

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE YETKİNLİK ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Asuman TEZEL KAHRİMAN

ANKARA 2016

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE YETKİNLİK ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Asuman TEZEL KAHRİMAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

ANKARA 2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler	I
Tablo ve grafik dizini	V
Şekiller dizini	VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1.Sağlık Kavramı	6
2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	7
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	13
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	14
2.2.4. Sağlığı Geliştirme Hizmetleri	14
2.2.5. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği	16
2.3. Hasta Kavramı	19
2.4. İletişim Kavramı, Tarihçesi ve Temel Unsurları	20
2.4.1. İletişim	20
2.4.2. İletişimin Temel Unsurları	23
2.4.2.1. Kaynak (Gönderici)	24
2.4.2.2. Mesaj (İleti)	25
2.4.2.3. Kanal	27
2.4.2.4. Geribildirim (Dönüt)	28

2.5. Sağlık İletişimi	28
2.5.1. Sağlık İletişimi Amacı ve Önemi	28
2.5.2. Sağlık İletişimi Düzeyleri	37
2.5.2.1. Kendi Kendine İletişim	37
2.5.2.2. Kişiler Arası İletişim	38
2.5.2.2.1. Sözlü İletişim	38
2.5.2.2.2. Sözsüz İletişim	39
2.5.2.3. Gruplar Arası İletişim	42
2.5.2.4. Kitle İletişimi	43
2.5.3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Araçlar ve Modeller	43
2.5.4. Sağlık Çalışanlarında İletişim	45
2.5.4.1. Hekim ve İletişim	45
2.5.4.2. Hasta ve İletişim	48
2.5.5. Ayaktan Muayene/Tedavi Birimlerinde (Aile Sağlığı Merkezlerinde) İletişim	49
2.5.5.1. İlk Karşılama	52
2.5.5.2. Görüşmeyi Yönetmek	53
2.5.5.3. Hastaya Tepki Vermek	54
2.5.5.4. Öğretici Olmak/Danışmanlık	54
2.5.5.5. Görüşmeyi Sonlandırmak	55
2.5.6. Sağlık İletişiminde Yetkinlik	57
2.5.6.1. Yeterlilik ve Yetkinlik Kavramları	57
2.5.6.2. Sağlık İletişiminde Yetkinliğin Temel Bileşenleri	58

2.5.6.2.1. Bilgi Paylaşımı	60
2.5.6.2.2. İlişkisel Boyut	62
2.6. İletişim Becerileri	63
2.6.1. Saygı Duymak	64
2.6.2. Empatik Anlayışla Yaklaşmak	64
2.6.3. Etkin Dinleme	65
2.6.4. Etkin Anlatma	67
3. GEREÇ-YÖNTEM	70
3.1. Çalışmanın Tipi ve Çalışma Grubu	70
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	70
3.3. İzinler	72
3.4. Veri Toplama Araçları	72
3.5. Araştırmada Kullanılan Terimler	75
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Uygulama Şekli	76
3.7. Veri Analizi	76
3.8. Araştırma Takvimi	77
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	78
4. BULGULAR	79
4.1. Kaıımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular	79
4.2. Faktör Analiziyle İlgili Bulgular	85
4.3. Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Puanları İle İlgili Bulgular	100
5. TARTIŞMA	111
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	131

7. KAYNAKLAR	134
8. ÖZET	142
9. İNGİLİZCE ÖZET	144
10. EKLER	146
EK1	146
EK2	147
EK3	148
EK 4	150
EK 5	153
EK 6	157
11. ÖZGEÇMİŞ	162

TABLO ve GRAFİK DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016.	78
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016.	80
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hekimlerle ilgili Bazı Sayısal Verilerin Ortalama ve Ortanca Değerlerinin Dağılımı, Ankara, 2016.	82
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hastalarla ilgili Bazı Sayısal Verilerin Ortalama ve Ortanca Değerlerinin Dağılımı, Ankara, 2016.	83
Tablo 5. Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Temel Değişkenler Analizi, Ankara, 2016.	84
Tablo 6. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Faktör Yapısı, Ankara, 2016.	88
Tablo 7. Hastaların Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Faktör Yapısı, Ankara, 2016.	92
Tablo 8. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Cronbach Alfa ve Korelasyon Katsayısı Değerleri, Ankara, 2016.	95
Tablo 9. Hastaların Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Cronbach Alfa ve Korelasyon Katsayısı Değerleri, Ankara, 2016.	97
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hasta ve Hekimlerin Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Puan Ortalama ve Ortancalarının Faktörlere Göre Dağılımları, Ankara, 2016.	99
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık İletişiminde Yetkinlik Puanları, Ankara, 2016.	101

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık İletişiminde Yetkinlik Puanları, Ankara, 2016.	103
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hastaların Görüşmeleri Hakkında Yaptıkları Bazı Değerlendirmelerin Ortalama ve Ortancalarının Dağılımı, Ankara, 2016.	106
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hastaların Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Puanları ile Görüşme Hakkında Yaptıkları Bazı Değerlendirmelerin Korelasyonları, Ankara, 2016.	108
Grafik 1.a. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Öz Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.	86
Grafik 1.b. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Diğer Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.	87
Grafik 2.a. Hastaların Sağlık İletişiminde Öz Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.	90
Grafik 2.b. Hastaların Sağlık İletişiminde Diğer Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.	91

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Sağlık Hizmetleri	8
Şekil 2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
Şekil 3. Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri	19
Şekil 4. İletişim Tanımları ve Modelleri	21
Şekil 5. İletişim Süreci	23
Şekil 6. Thomas ve Kreps'e göre İletişim Düzeyleri	29
Şekil 7. Sözlü Olmayan İletişimin Unsurları	41
Şekil 8. Hasta Odaklı İletişim Modelleri	44
Şekil 9. Hasta Odaklı Klinik Görüşme Basamakları	48
Şekil 10. Etkin İletişim Uygulamaları	56
Şekil 11. Avrupa Yükseköğretim Alanı-Yeterlilikler Çerçevesi (QF-EHEA) ve Avrupa Yeterlilikler Çerçevesi-Yaşamboyu Öğrenme (EQF-LLL) Düzey Tanımlayıcıları	58

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlığın en yaygın olarak kullanılan tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde yapılmıştır. Bu tanımın gücü, sağlığın fiziksel yönüne olduğu kadar psikolojik ve sosyal boyutlarına da ilgi göstermesinden kaynaklanmaktadır (1).

Sağlığın geliştirilmesi ise bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir (2). Bu konuda atılan en önemli adım olan 1986 Ottawa Sözleşmesinde beş ana hedef belirlenmiş ve bunlardan birisi de “kişisel becerilerin geliştirilmesi” olmuştur (3). Yaşamın her alanında iç içe olduğumuz iletişim bu becerilerin başında gelmektedir. Sağlık alanında iletişim sağlık çalışanları tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunda ve bu hizmetlerin alımında oldukça önemli bir yere sahiptir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmenin gereği kaliteli bir iletişimdir (4).

Günümüzde sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında kendine geniş yer bulan sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi iç içe konulardır. Amerika’da 40 milyondan fazla insanın sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tahmin edilmektedir. Bunun yansıması olarak da yazılı ve sözlü sağlık iletişiminde bir çok eksiklikler ortaya çıkmaktadır. Bunlar sağlık hizmeti alımındaki zorluklar, eksik anamnez, yanlış tanı ve tedavi seçimi, kaçırılan doktor randevuları, yanlış ilaç kullanımı ve eksik hasta onamlarını içermektedirler. Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığının hekim-hasta iletişimine etkilerini kanıtlayan çalışmalar

yapılmıştır. Özellikle hekimlerin kullandıkları terminoloji ve dil hasta ile aralarındaki en önemli iletişim bariyeridir. Amerika’da yapılmış bir araştırmaya katılan 125 hastadan “kusmak” kelimesini %98’i, “oral” kelimesini %75’i, “sinir” kelimesini %22’si, “malign” kelimesini %18’i “terminal” kelimesinin ise sadece %13’ü anladıklarını ifade etmişlerdir (5).

Sağlık iletişimi, multidisipliner bir kavramdır, tanımlanması ve özelliklerinin açık bir şekilde ifade edilmesi oldukça zordur. Genel olarak sağlıkla ilgisi bulunan canlı kişi veya grupların amaçlarına yönelik olarak faaliyette bulundukları sağlık merkezli bir iletişim olduğu söylenebilmektedir. Sağlık iletişimi, sağlık gereksinimlerini karşılamak isteyen kişilerin, hangi sağlık gereksinimi düzeyinde olursa olsun; gerek kamusal sağlık politikasıyla, gerekse de sağlık profesyonellerinin vasıtasıyla ihtiyaç duydukları her türden sağlıkla ilgili bilgileri bu ilgili kişi ve kurumlar ile paylaşabilmeleridir. Ayrıca kişilerin kendi sağlıklarıyla ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini pozitif yönlü etkileyen bir iletişim türüdür (6).

Sağlık iletişimi farklı düzeylerde gerçekleşebilmektedir. Kreps’e göre bu düzeyler bireysel, kişiler arası, gruplar arası ve kurumsal olabilmektedir. Kişiler ve kişi grupları arasında sağlık merkezli oluşan etkileşimler sağlık iletişimi konusunun geniş bir bölümünü kapsamaktadır. Bu doğrultuda doğru ve gerçek sağlık bilgilerinin yayılması, sağlıkla ilgili tutum ve davranışların edinilmesi ve kişilerin sağlıklı yaşam biçimleri geliştirmelerine yardımcı olunması, sağlık iletişimi başlığı altında ele alınmaktadır (7).

Sağlık, sağlık hizmetleri ve iletişim denildiğinde ilk akla gelen kişiler muhakkak “hekimler” ve “hastalar” olacaktır. Her meslek grubunda olduğu gibi tıpta da temel iletişim biçimi kişiler arası iletişim yani hasta ile hekim iletişimidir. Her hekimin ve hastasının iletişim şekli kişilik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Her alanda olduğu gibi burada da iletişim becerisi iletişimin başarısını doğrudan etkilemektedir. Hekimin hastanın sağlık sorunu ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre kişilerle farklı iletişim yöntemleri uygulaması gerekebilmektedir. Hekim hasta iletişimi birçok iç ve dış etkeni bir arada bulundurmaktadır (8).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında gerçekleştirilen hekim-hasta görüşmelerinin iletişimsel boyutu kendine özgü özelliklere sahiptir ve değerlendirilebilmesi için farklı kriterlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. İletişim hem hekim hem de hasta için temel bir yetenektir. Sağlık iletişiminin kalitesinin artırılabilmesi için öncelikle hekim ve hastaların bu konudaki yetkinliklerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık iletişiminde yetkinlik, iletişimsel davranışların analizini gerektirir. Bu analizin amacı iletişimi gerçekleştiren kişilerin hangi amaçlara bağlı olduklarını ortaya çıkarmaktır. Hekim ve hastaların tıbbi görüşme sırasında farklı hedefleri olsa da, literatür hekim-hasta iletişiminin iki ana hedefi olduğunu vurgulamaktadır. Bunlar bilgi paylaşımı ve ilişkisel boyuttur. Bilgi paylaşımı, hekim ile hasta arasındaki tıbbi görüşmenin vazgeçilmez ögesidir. Hekimler, doğru teşhis ve etkin tedavi planına karar verebilmek için hastadan bilgi almaya ihtiyaç duyarken, hastalar sağlık sorunları ve nasıl tedavi olacakları hakkında

hekimlerden bilgi almaya ihtiyaç duyarlar (9). Araştırmalar gösteriyor ki; hekim-hasta görüşmeleri sırasında ortaya çıkan bir başka önemli faktör de ilişkisel boyuttur. Hasta merkezli sağlık iletişimi modeli hekim-hasta etkileşiminin ilişkisel boyutunu vurgulamaktadır. Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu hekimin ilgi ve alaka göstermesi ile hastanın kişisel memnuniyeti arasında önemli bir korelasyon olduğunu, bazı çalışmalar ise hekim ile hasta arasındaki iyi ilişkilerin hastanın tedaviye uyumunu artırdığını göstermektedir (10).

Hekim ile hasta arasında gerçekleşecek etkin bir iletişim, herhangi bir aracı olmaksızın hasta merkezli olmalıdır. İngiltere’de iletişim çeşitlerinin sağlık üzerine etkilerini değerlendirmek ve mkemmek bir sağlık iletişiminin özelliklerini saptamak amacıyla yapılan 25 yıllık bir sistematik derlemede bulgular her alanda hekimlerle ilişkili bulunmuştur. Yıllar boyunca yeterli olduğu sanılan hekim-hasta iletişimi hakkında son zamanlarda aksini gösteren kanıtlar vardır. Dünyada ve ülkemizde hekim-hasta iletişiminden kaynaklanan bir çok sorun ve şikayet gözlemlemek mümkündür. Bu sorunların bazıları anamnez alımı sırasında ya da hastanın sağlık sorununa nasıl çözüm bulunabileceği hakkında görüşülürken ortaya çıkabilmektedir. Genel olarak sağlık iletişimindeki zorluklar, tanı koyma ile ilgili problemler, hastaya yetersiz bilgilendirme yapılması ya da hastanın hekimle görüşmesi sırasında yetersiz katılımı ve ilgisi olarak açıklanabilir (11).

Araştırmaların çoğunda iletişim sorunları, hekimin anamnez alırken hastanın sunduğu bilgileri takip etmemesine veya hastanın hekim tarafından tedavi planı anlatılırken onu etkin bir şekilde dinlememesine bağlanmaktadır.

Ancak araştırmacıların birçoğu da hekim-hasta iletişiminde ilişkisel boyut olarak duygusal desteğin önemine dikkat çekmektedir (11).

Sağlık iletişiminde ortaya çıkan ortak sorunlara destekleyici ve yapıcı iki çözüm nerisi sunulacak olursa öncelikle bu sorunların temel özellikleri, nedenleri belirlenmeli ve ikinci olarak da bunlara yönelik eğitim programları düzenlenmelidir. Çünkü iletişim becerileri öğrenilebilen davranışlardır (11).

Bu bağlamda hasta ve hekim arasındaki iletişimin düzeyi sağlığın korunması, sağlık sorunlarına tanı konulması ve tedavi aşamasında göz ardı edilemeyecek öneme sahiptir. Hekim hastadan aldığı bilgiler doğrultusunda ön tanı koymaktadır. Hastadan yaşadığı sorunla ilgili bilgi alamaması hastayı ve hekimi zaman açısından yıprattığı gibi, maliyet artışına da neden olacaktır. Sürecin uzunluğu hasta ve yakınlarını ruhsal açıdan da etkilemektedir. Hekim ile hastanın kurdukları iletişimde güven ortamı yaratmaları kendilerini daha iyi ifade etmelerini kolaylaştıracaktır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri yürütümünde önemli bir yere sahip olan aile hekimlerinin ve hastalarının sağlıkta iletişim yetkinlikleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti uygulamalarında hem zamandan hem de ekonomiden kazanç sağlayacaktır. Hekimlerin ve hastaların sağlık iletişimdeki yetkinlikleri değerlendirilerek sorunlar saptanabilir ve çözümleyici öneriler, uygulamalar üretilir. Ancak lkemizde bu yetkinliği değerlendirecek bir ölçek kullanılmamaktadır. Bu nedenle araştırmamızda “sağlık iletişiminde yetkinlik leği”nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin uygulanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Kavramı

Sağlık, yüzyıllar boyunca tanımlanmaya çalışılmış oldukça karmaşık bir kavramdır. Bu kavramın tanımlanması, tarihsel dönemlere ve toplumlara göre değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve birçok diğer ülkede sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın bireylerin, "yaşamlarını sürdürebilmelerinden", "hasta olmamalarına", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine", "mutluluk duygusuna sahip olmalarına" ve "iyilik halinin sağlanmasına" varıncaya kadar birçok farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (12). Aggleton'a (1990) göre ise sağlık birçok yolla tanımlanabilir. Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan resmi tanımlar, kendi içinde pozitif ve negatif tanımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlığın resmi olmayan tanımları ise, sağlıkla ilgili konularda profesyonel olmayan kişilerin sağlığa ilişkin algılamalarıdır (1).

Robinson ve Elkan'a (1996) göre sağlık kavramı, pozitif bir biçimde tanımlanmaktan ziyade genellikle hastalığın yokluğu biçiminde negatif yönden tanımlanmıştır. Negatif tanımlamalarla ilgili olarak ortaya çıkan en önemli problem, evrensel olarak nitelendirilecek ve bireyin hasta olduğunu gösterecek bir ölçütün her zaman bulunamamasıdır. Bu türde bir tanımlama sağlığın ancak bozulduktan sonra tanımlanabilmesine neden olduğu için "hastalıkların önlenmesi önceliklidir" ilkesiyle bağdaşmamakta ve bu konu ile ilgili planlamalara ters düşmektedir.

Sağlığın pozitif tanımları ise, pozitif öğelerle beraber negatif öğeleri (hastalığın yokluğu) de içermektedir. Örneğin Bovvling'e (1992) göre sağlık, "stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla entegrasyon, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ve fiziksel uyum" dur. Bunlara ek olarak, sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili en yaygın örneği Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımıdır ve bu tanıma göre "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" . Bu tanımın gücü, sağlığın fiziksel yönüne olduğu kadar psikolojik ve sosyal boyutlarına da ilgi göstermesinden kaynaklanmaktadır (1).

2.2.Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri kavramı; hastalıklar ile mücadelede hastalıkların önüne geçilmesi ve toplumların sağlık düzeylerinin yukarı taşınması amacıyla gerçekleştirilen eylemleri tanımlar. Bununla da birlikte ayrıca; hastalıkların teşhisinde, tedavisinde ve rehabilite edilmesinde sunulan hizmetlerin tamamı şeklinde de tanımlanabilmektedir. Bu hizmetler; sağlığın korunması ve geliştirilmesi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, çevre sağlığı hizmetleri vb. gibi konu başlıkları altında toplanmaktadır.

Sağlık hizmeti, kişilerin sağlıklı ilgili beklenti düzeylerini karşılamak ve tatmin edici bir seviyeye ulaştırmak amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetlerin tamamıdır. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre ise; İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktör gruplarının ortadan

kaldırılıp yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış kişilerin terapisi için yapılan hizmetlerdir (13).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri



Kaynak: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2012

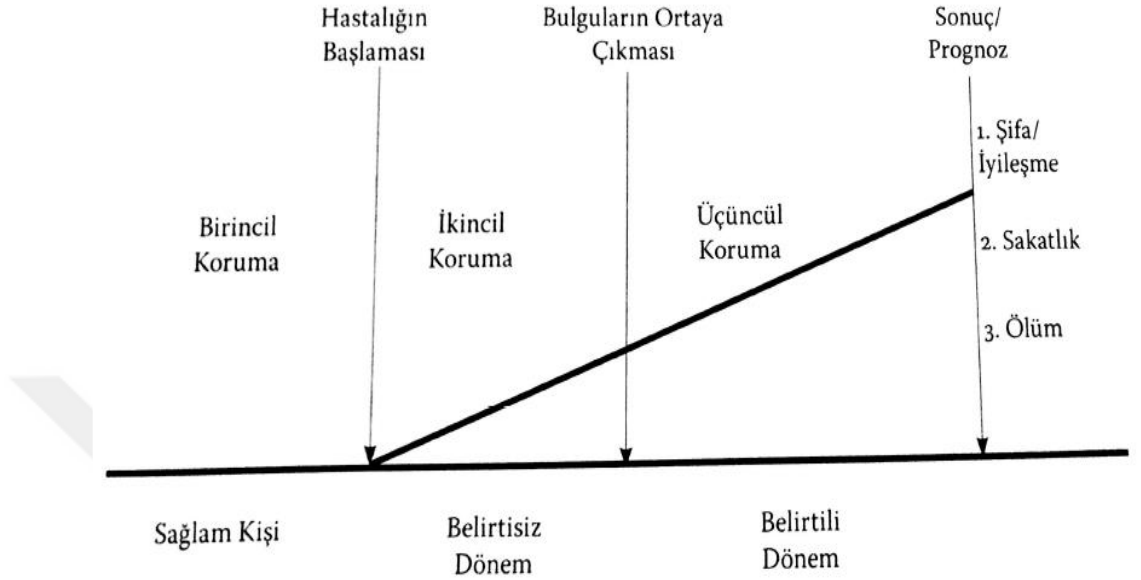
DSÖ'ye göre sağlık hizmetleri; sağlık kuruluşlarında, çeşitli sağlık personelinin yararlanılarak toplumun gereksinimlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlığını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir. DSÖ'nün sağlık hizmetleri tanımlaması evrensel özellikleri içeren bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumunun temel amacı, toplumdaki tüm

kişilerin sağlıklı olması için çalışmak, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve kişilerden üretim faktörü olarak faydalanılmasını sağlamaktır. Her türlü çabaya rağmen herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmamaktadır, bu durumda sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan hastaların tedavisi söz konusu olmaktadır. Ancak her hasta tam olarak iyileştirilemez; ölebilir ya da sakat kalabilirler. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı ise, kişilerin başkalarına bağımlı kalmadan kendi kendilerine yetecek şekilde yaşamalarını sağlamak, yani kişileri rehabilite edip sosyal hayata kazandırmaktır (14).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişileri yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilir. Sağlam kişi çeşitli etmenlere bağlı olarak hastalanabilir, bunlar bünyesel ve çevresel olarak iki grupta incelenebilir. Bünyesel olanlar; genetik, hormonal, metabolik etmenlerken, çevresel olanlar; fiziksel, kimyasal psikolojik, sosyal, kültürel ekonomik etmenler olabilir (15).

Şekil 2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri



Kaynak: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2012

Koruyucu sağlık hizmetleri üç grupta incelenir:

Birincil (Primer) Koruma: Hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler alarak söz konusu hastalığı önlemektir. Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılanma, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması birincil korumadır.

İkincil (Sekonder) Koruma: Hastalıkların belirtisiz ya da belirtilerin (semptomların) hafif olduğu dönemlerdeyken teşhis edilerek tedavi edilmeleridir. Sağlığın bozulma ihtimali karşısında erken tanı önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır.

Üçüncül (Tersiyer) Koruma: Hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkmasından sonra en iyi şekilde tedavi edilmesi, sekelli hastaların rehabilite edilmesidir. Hastalığa bağlı gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların

önlenmesi veya en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir (2,15).

Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır.

a. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler

Bu hizmetler doğrudan bireylere yöneliktir. Önde gelen kişiye yönelik koruyucu hizmetler şunlardır:

1.Bağışıklama: Bulaşıcı hastalıkları önlemenin en etkili yollarından biri kişilerin bağışıklanmasıdır. Aktif bağışıklama aşılardan, pasif bağışıklama hazır antikor içeren serumların sağlam kişilere verilmesidir (seroproflaksi). Toplumdaki kişilerin %90-95'i hastalığa karşı bağışık duruma getirilirse, o hastalık toplumda kontrol altına alınabilir. Bu nedenle aşılama hizmetlerinin kapsayıcılığı ne kadar yüksek olursa bulaşıcı hastalıklarla mücadele o kadar başarılı olur.

2.İlaçla Koruma: Bilindiği gibi her hastalığın önleyici bir aşısı bulunmayabilir. Bu tür durumlarda risk altındaki kişileri ilaçla korumak (kemoproflaksi) mümkündür. Örneğin; tüberkülozlu bir annenin çocuğuna isoniazid verilmesi, sıtmanın endemik olduğu bölgelere yolculuk yapacak kişilere pirimetamin ve klorokin verilmesi, meningokoksik menenjitli hastanın kardeşine sülfamid verilmesi gibi.

3.Erken tanı: hastalıklar ne kadar erken teşhis edilirse o kadar erken ve kolay tedavi edilirler. Hastalıkların erken teşhisi için kişilerin eğitilmeleri ve

bütün sağlık personelinin bu konuda farkındalıklarının yüksek olması gerekmektedir.

4.Sağlık Eğitimi: kişilerin kendi sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlık hizmetlerini uygun biçimde nasıl kullanabilecekleri hakkında bilgilendirilmeleri ve bu konuda olumlu davranışlar kazandırılmaları için yapılan planlı çalışmalara “sağlık eğitimi” denir. Kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu oldukları bilincinin sağlanması da oldukça önemlidir. Çünkü bir toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ancak bireylerin istekli ve öz sorumluluk sahibi olmaları ile sağlanabilir.

5.İyi beslenme: Çoğu hastalığın temel hazırlayıcı faktörü dengesiz ve yetersiz beslenmedir. Buna örnekler vermek gerekirse beslenmesi bozuk çocuklarda kızamık öldürücü olabilirken, tüberküloz gibi hastalıklar yetersiz beslenen kişiler arasında daha yaygındır, yine enfeksiyon hastalıkları kötü beslenen kişilerde ağır klinik tablolar gösterir. Bu yüzden iyi beslenme kişileri hastalıklardan ve meydana gelen hastalıkların kötü sonuçlarından koruyabilir.

6.Aile Planlaması: Araştırmalar da göstermektedir ki çok ve sık doğum yapan annelerin ve bu annelerin çocuklarının sağlıkları risk altındadır. Bu annelerde implantasyon bozuklukları, atoni, demir eksikliği anemisi, rekto-sistosel ve genital sistem enfeksiyonları; doğan bebeklerinde ise prematürite, doğum anomalileri, malnütrüsyon ve enfeksiyon hastalıkları sık görülür. Ayrıca birçok kadın istenmeyen gebeliklerini sonlandırmak isterken sakatlık ve ölümle karşılaşmaktadır. Aile planlaması hizmetleri tüm bunlardan korunabilmek için en önemli faktördür.

7.Kişisel Hijyen: Bireylerin kültürel, sosyo-ekonomik durum, aile ve kişisel özelliklerinden oldukça etkilenen kişisel hijyen ve özbakım sağlığın korunmasında ve devamlılığının sağlanmasında oldukça önemlidir.

a. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Çevremizdeki fiziksel, kimyasal ve biyolojik etmenleri yok ederek, düzelterek veya etkilerini önleyerek kişilerin ve toplumun sağlığını korumayı hedefleyen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler arasında atıkların zararsızlaştırılması, vektörlerin kontrolü, temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda kontrolü vb. yer almaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde multisektörel işbirliği bir adım daha ön plana çıkmaktadır (15).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınmaktadır.

a.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Evde ve ayaktan verilen hizmetlerdir. Aile hekimliği birimleri, verem savaş dispanserleri, işyeri hekimlikleri bu birimlere örnektir.

b.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastaların 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin çalıştığı ya da tam teşekküllü hastanelerde yatırılarak tedavileridir.

c.Üçüncü basamak Sağlık hizmetleri: Hastalara konuyla ilgili en geniş imkanlara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetlerdir. Bu merkezlerde en gelişmiş tıp teknolojileri uygulanmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar halinde ele alınmasının başlıca sebebi bu kuruluşlar arasında bir sevk sistemi gerekliliği olmasıdır. Acil durumlar dışında ilk başvuru merkezleri birinci basamak olmalıdır. Yerleşim yerlerine daha yakın ulaşımı daha kolay olan birinci basamak kuruluşlardan yararlanılarak ileri tetkik ve tedavi ihtiyacı olmayan kişilerin ileri basamak kuruluşlara başvurularının önüne geçilip gereksiz yoğunluk önlenabilir böylece hizmet kalitesi yükselirken, maliyetler düşer (15).

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Fiziken ve/veya ruhsal açıdan sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmadan, daha bir yaşam kalitesiyle hayatlarını sürdürebilmeleri için verilen hizmetlerdir. Kişilerin bedensel sakatlıklarının olabildiğince düzeltilebilmesi için tıbbi rehabilitasyon, iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamaları için sosyal(mesleki) rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir (15).

2.2.4. Sağlık Geliştirme Hizmetleri

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir (2).

Sağlığı geliştirme hizmetleri sadece bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeyi ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeyi hedeflemektedir.

Sağlığın geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir.

Yani bu hizmetlerde toplum katılımı esastır.

Ottawa Sözleşmesi'nde 1986'da çerçeveselendiği üzere beş öncelikli eylem alanı bulunmaktadır:

- 1.Sağlıklı halk politikası oluşturulması,
- 2.Sağlığı destekleyici çevrelerin yaratılması,
- 3.Sağlık için toplum hareketinin güçlendirilmesi,
- 4.Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
- 5.Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi.

Sağlığı geliştirmenin vazgeçilmez parçası ise sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi, öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlar bütünüdür. Bilginin artırılması, birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin oluşturulması ve geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış bir iletişim şeklini içerir (3).

2.2.5. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği

Gelişen teknoloji ve bilimin tıbbı uyarlanması getirdiği uzmanlaşmanın sonucunda hasta ile hekim arasındaki ilişki, hastalık ile hekim arasındaki bir ilişkiye dönüşmüş, hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesi mümkün olmamaya başlamıştır.

Bu durum ilk kez 1923 yılında Amerikalı bir hekim olan Francis Peabody tarafından ortaya konulmuştur. Peabody tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların oradan oraya sürüklendiğini ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir hekimlik anlayışının gerekliliğini savunmuştur. Millis Raporu (1966)’nda birinci basamak sağlık hizmetleri için mezuniyet sonrası eğitimin gerekliliğinden ve Willard Raporu’nda da halkın sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi için ‘‘Family Practice (Aile Hekimliği)’’ olarak isimlendirilecek yeni bir uzmanlık dalının kurulmasından söz edilmiştir. Yayınlanan bu raporlar üzerine 1947’den bu yana adı ‘‘American Board of General Practice’’ olan kuruluş adını ‘‘American Board of Family Practice’’ olarak değiştirmiştir (16,17).

İngiltere’de genel pratisyenliği geliştirmek, yükseltmek ve genel pratisyenlerin sesi olmak için 1952 yılında ‘‘Collage of General Practitioners’’ kurulmuştur ve 1972 yılında bu isim ‘‘The Royal Collage of General Practitioners’’ olarak değişmiştir. Avrupa’da ise Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik kavramları, 1967’de UEMO’nun (Avrupa Genel Pratisyenler Birliği) kurulmasıyla hız kazanmıştır (16).

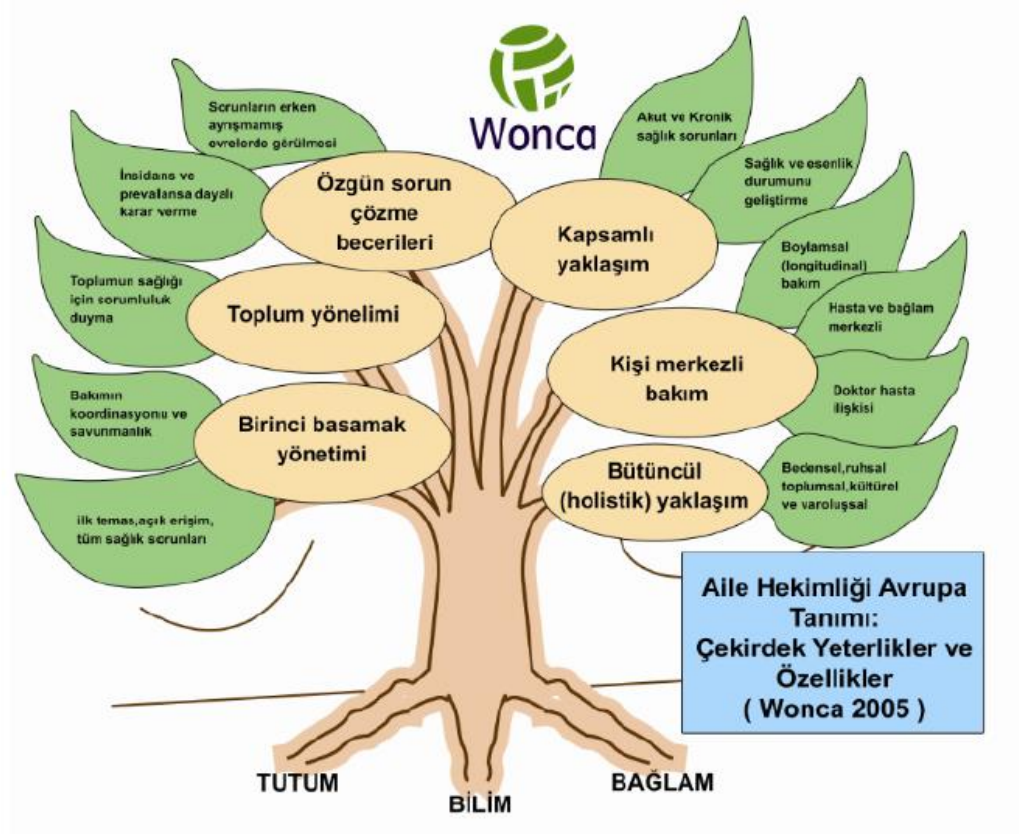
Hollanda’da 1974 yılında “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında “Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu kabul eder” tanımı Leeuwenhorst tarafından yapılmıştır (18).

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) 1991 yılında şu tanımı yapmıştır: “Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” (18).

Olesen'in 2000 yılında yaptığı tanım şu şekildedir: "Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için hizmet sağlayıcı ilk müdahaleleri yapmak üzere eğitilmiştir. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakılmaksızın bir toplum içindeki bireylere hizmet sunar ve sağlık sisteminin var olan imkanlarını hastaların yararına en iyi şekilde kullanır. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek kişilerin sağlığını koruma, hastalıklara tanı koyma, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarıyla ilgilenir"(19).

Aile Hekimliği disiplini tanımlayan 11 temel özellik vardır. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir. Bu temel özellikler ve çekirdek yeterlikler şekilde özetlenmiştir:

Şekil 3. Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri



Kaynak: WONCA, 2005

2.3.Hasta Kavramı

Bürger hasta terimini “daha önceden, şu anda veya potansiyel olarak sağık hizmetinden yararlanmış/yaralanacak kişi” olarak açıklamıştır. Landgraf ve arkadaşlarına göre ise bu kavram ilk defa 16. Yüzyılda tıbbi yazılarda ortaya konmuş ve “bir hekimin muayenesi altındaki kişi” olarak tanımlanmıştır. Buradaki hasta kavramı, daha ziyade bir soruna karşı dayanan, sabreden kişidir, İngilizcede “hasta” anlamında kullanılan “patient” kelimesi “sabırlı” anlamına da gelmektedir (6).

2.4.İletişim Kavramı, Tarihçesi ve Temel Unsurları

2.4.1. İletişim

İletişim kelimesi, latince “communis” sözcüğünden türetilmiş olan “communication” kavramını ifade eder. Latince karşılığı açısından ortaklık ve toplumsal olma gibi anlamlarının yanında bireysel olarak anlaşmayı sağlama anlamı da vardır. Yani iletişim hem bireylerin birbirleriyle gerçekleştirdikleri hem de toplumsal düzeyde gerçekleşen bir süreçtir (20).

Zaman içerisinde kapsam ve içeriğinde büyük değişiklikler olan iletişimin “anlamların paylaşılması süreci” olarak yapılan klasik tanımı da önemli ölçüde değişmiştir. Wilbur Schramm iletişimi “özel ilişkiler düzeni içindeki bilgi işaretlerini hedefleyen eylemler dizisi” olarak ilişkisel boyutlarıyla ifade ederken, L. Lawrence Kinciad “karşılıklı anlayışa ulaşmak için bilginin katılımcılar tarafından paylaşıldığı yakınlaşma süreci” dediği iletişimi kişiler arasındaki yakınlaşma olarak tanımlamıştır. Aşağıdaki tabloda birçok iletişim modeli ve tanımı sunulmuştur. Bu örnekler çeşitli zamanlarda iletişime işlevsel yönden nasıl yaklaşıldığını göstermektedir (7).

Şekil 4. İletişim Tanımları ve Modelleri

KAYNAKLAR	MODEL TÜRÜ	MODELİN TEMEL ÖGELERİ	İLETİŞİM TANIMI
Aristo	Doğrusal	Konuşmacı Konuşma Dinleyici	İkna etmek için varolan tüm yolların kullanılması
Claude Shannon ve Warren Weaver (1949)	Doğrusal	Kaynak Kodlayıcı Mesaj Kodaçıcı Hedef (Varış Yeri) Geri bildirim	Bir zihnin diğer bir zihni etkileyebileceği tüm süreçler
Charles Osgood ve diğerleri (1957)	Doğrusal	Mesaj Kodaçıcı Yorumlayıcı Kodaçıcı Mesaj Kodlayıcı	Kanallar yoluyla iletebilen sinyallerle hedefi etkilemeyi amaçlayan bir sistem
Bruce Westley ve Mac Lean (1957) Newcomb (1953)	Doğrusal	Mesaj Kaynak (Danışmanlık Rolü) Kapı Tutucular (Kanal Rolü) Alıcılar (Davranış Sistemi Rolü) Geri bildirim	A kişisi X objesiyle ilgili bir mesajı B kişisine kapı tutucu C yoluyla ulaştırır
David Berlo (1960)	Doğrusal	Kaynak Mesaj Kanal Alıcı Geri bildirim	Kaynağın kasıtlı olarak alıcının davranışını değiştirdiği süreç
Wilbur Schramm (1973)	İlişkisel	Bilgi işaretleri Katılımcılar arasındaki ilişki Aktif alıcılar	Özel ilişkiler düzeni içindeki bilgi işaretlerini hedefleyen iletişimler takımı
D. Lawrence Kincaid (1981)	Yakınlaşma	Bilgi Belirsizlik Yakınlaşma Karşılıklı anlayış Karşılıklı anlaşma Ortak eylem	Karşılıklı anlayışa ulaşmak amacıyla bilginin katılımcılar tarafından paylaşıldığı yakınlaşma süreci

Kaynak: Tabak R. S., Sağlık İletişimi, Ankara, 2006.

İletişim, iki insan ya da iki insan grubu arasındaki mesaj alışverişidir. İletişim, herkesin bildiği bir insan etkinliği olmasına rağmen çok az kişi tarafından yeterli şekilde tanımlanabilmektedir. İletişim, göndericinin uygun bir kanal ile

alıcıya düşünce, duygu, bilgi, tutum gibi mesajlar iletmesi ve alıcının da bu mesajları çözümlemesi ve dikkate almasıdır. Bu süreçte amaç, karşılıklı etkileşime geçmek ve paylaşımda bulunmaya çalışmaktır. Kişi veya kişiler iletişimi bire bir yapabildikleri gibi, dil, jest, mimik, gazete, radyo, televizyon, internet gibi çeşitli araçlar kullanarak da yapabilmektedir (21).

Bilimsel açıdan değişik tanımları, farklı teorileri ve bir çok iletişim modeli vardır. Bunlar içerisinde ortak kriterler şu şekilde sıralanabilir :

a.İletişim bir süreç olarak ele alınmaktadır ve bu süreç sonunda başarılı iletişim (başarılı anlaşma) olarak değerlendirilir.

b.İletişim en az iki gerçek veya hayali birim (örneğin insanlar) arasında gerçekleşir.

c.Sosyal bilimler açısından iletişim bir fenomen, insani bir faaliyet, antropolojik bir özellik olarak değerlendirilmektedir.

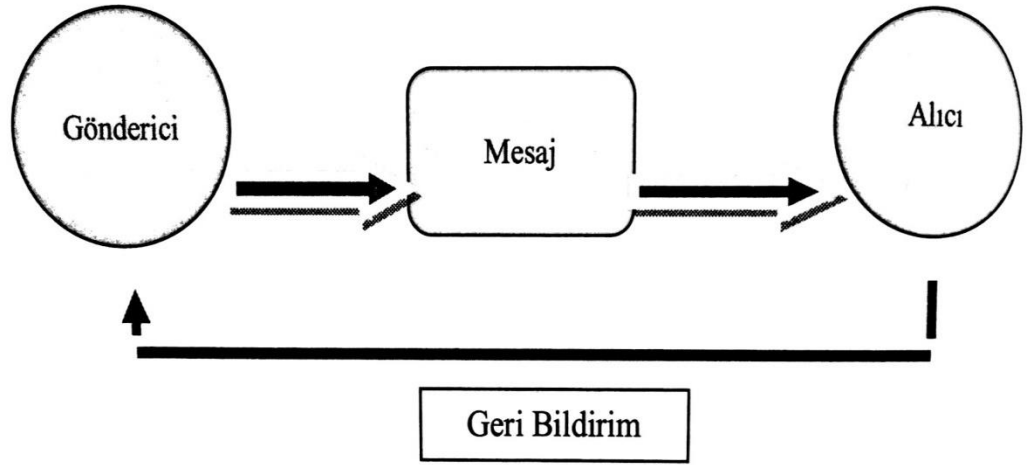
Bu nedenle iletişim olarak tanımlanabilmesi için şu üç soruyu yanıtlamalıdır:

- 1.Neyin süreç haline getirildiği
- 2.Hangi öğelerin bu sürece dahil olduğu
- 3.Bu sürecin nasıl, ne biçimde ortaya çıktığı (6).

2.4.2. İletişimin Temel Unsurları

İletişim, gönderici ile alıcı arasındaki karşılıklı etkileşimin gerçekleştiği dinamik bir süreçtir. İletişim süreci, iki birim arasında gidip gelen mesajın göndericisini ile alıcısını bağlayan dairesel bir süreç olarak ifade edilmektedir. Mesaj kodlanarak bir araç ile gönderilir. Alıcı tarafından alınan mesaja bir anlam yüklenir ve bu anlamlar, bir kişiden diğerine aktarılmaktadır. Bu mesajların her iki birim tarafından bütünüyle anlaşılması iletişim sürecini tamamlar (22).

Şekil 5. İletişim Süreci



Kaynak: Okay, A., Sağlık iletişimi, İstanbul, 2014.

Aynı zamanda iletişimin temel özelliklerini oluşturan temel unsurlar şu şekilde sıralanabilir:

2.4.2.1. Kaynak (gönderici):

İletişimde mesaj aktarımını yapan kişiye kaynak yani gönderici denir. İletişim sürecinde kaynak ilk ve en önemli basamaktır. İletişim sürecinin gidişatını da kaynak belirler. Kaynak tarafından gönderilen mesaj anlaşılır ortak bir dilde, açık şekilde oluşturulmuş olmalıdır. Alıcının mesajı mesajı yanlış algılaması iletişim sürecini aksatır ve bozar. İşte bu yüzden ki kaynak oldukça önemli, sorumluluğu fazla olan basamaktır. Bu nedenle kaynak; bilgili, becerikli, yaratıcı, iyi niyetli, paylaşımcı, açık, dürüst ve dikkatli olmak gibi birçok olumlu özelliğe sahip olmalıdır (23). Kaynak; alıcıya giden mesaj yorumlanıp, geri bildirim yapıldığında da yapılan geri bildirimi doğru yorumlamalıdır. Başarılı bir iletişimde kaynak, sadece mesaj göndermekle kalmaz, geri bildirimleri de yorumlar.

İletişim sürecini başlatan unsur kaynaktır. Sürece yön verme görevini de kaynak üstlenmektedir. İletişimin kaynağı; kişi, grup, kurum, kuruluş veya toplum olabilir (21). Kaynak, asıl içeriği yani mesajı, sözlü veya sözsüz işaretler haline dönüştürerek kanala bırakan ögedir (24). Kaynak; kimi zaman bir insan olduğu gibi kimi zaman da gazete, dergi, radyo, televizyon olabilmektedir. Kaynak tek bir insan ise kişi, gazete ya da televizyon vb. olduğunda ise kurumsal bir yapı söz konusudur (25).

Bazı durumlarda, kaynaktan çıkan bilgi, tutum, duygu ve anlamların tam olarak alıcıya iletilmesi güçleşebilmektedir. Bu engelleri oluşturan bazı etmenler şunlardır:

Mesaj hakkındaki bilgi ve becerileri: Kaynağın konu hakkında yeterliliği, alıcıyı doğru tanıyabilmesi başarılı bir iletişimin temelini oluşturmaktadır.

Mesaja ve alıcıya yönelik tutumu: Kaynak, ilettiği konuya ve alıcıya karşı olumlu davranış içinde olmalıdır.

İletişim becerisi: Başarılı bir iletişim gerçekleştirilebilmesi için kaynakta ve alıcıda yeterli düzeyde beceriler olmalıdır. Bunlar; kodlama, kod açma, yorumlama yetenekleri ayrıca sözsüz iletişim için şekil çizme, resim yapma, jest-mimik gibi uygun beden dilini kullanabilme yetenekleridir (7).

2.4.2.2. Mesaj (İleti)

Mesaj kaynak ile alıcı arasındaki; sözcük, vücut dili, semboller ve rakamsal ifadelerle aktarılan duygu, düşünce, bilgi gibi aktarımlardır. Başka bir anlatımla, kaynağın ürettiği ve aktardığı, paylaştığı anlam ve kavramlardır. Mesajın anlatılmak isteneni tam olarak verebilmesi için kullanılan iletişim aracının doğru olması gerekmektedir. Mesajın etkin olması kaynak ve alıcının birbirlerini tanımaları ile de ilişkilidir.

Mesajın boyutları içerik, biçim, çağrışım ve yaklaşımdan oluşur.

İçerik: mesajın özünün ne olduğunu ifade eder.

Biçim: mesajın kodlanma şeklidir. Yazı, slogan, ses, görüntü vb. olabilir.

Çağrışım: mesajla anlatılmak istenen algılanabilir yarardır. Örneğin sağlık iletişiminde mesajlar, sağlık, ekonomik güvence, sosyal güvenlik gibi konularına yönelik olabilir.

Yaklaşım: birçok mesaj yaklaşımı vardır. Bunlar teker teker kullanılabileceği gibi, birlikte de kullanılabilir. Bunlara örnek verecek olursak; ürkütme-korku, negatiflik-pozitiflik, karmaşıklık-basitlik, ödüllendirici mesaj, uyarıcı yönlendirici mesajlar olarak sıralayabiliriz.

Bu dört temel boyutun dışında mesajın ayrıca taşınması gereken nitelikler vardır. Bunlar:

Anamlılık: Mesajın yeteri kadar algılanması ve anlaşılması anlamlılığa bağlıdır. üç farklı anlamdan sözedilebilir; çağrışımsal, kavramsal ve hiyerarşik anlam, çağrışımsal anlam, mesajın biçim ve içeriğiyle neleri anlattığıdır. Kavramsal anlam, bilgi öğelerinin organize edilmeleri neticesinde ortaya çıkar. Hiyerarşik anlam ise, bilgi öğelerinin sistematik bir şekilde düzenlenmesiyle ortaya çıkar.

Doğruluk: Mesajın gerçek cisim, olay ve kişilerle ilişkili olmasıdır. Yanlış ve yanıltıcı olan iletiler, iletişim öğeleriyle düzeltilemez ve hem iletişim etiğine uymaz hem de güven yitimi oluşturur.

Gerçekçilik: İletinin uygulanabilir ve ulaşılabilir olduğu anlamına gelir. Gerçeklik taşımayan mesajlar algılanamaz veya iletişime katılımı önler.

Açıklık-Anlaşılabilirlik: İletişimin sağlanabilmesi için mesajın alıcı tarafından algılanabilmesi, açık ve anlaşılabilir olması gereklidir (7).

İletişim sürecinde mesajların; açık, anlaşılır şekilde ve doğru formüle edilmesi gerekmektedir. Aktarılan mesaj, öncelikle fiziksel olarak var olmalı, kodlanabilmeli, hedef alıcı ise bu biçimlenmiş içeriği bir anlam yükleyerek çözümleyebilmelidir. Örneğin, hiç trafikle karşılaşmamış olan bir yerli için trafik ışıkları bir şey ifade etmez. Dağarcığında böyle bir bilgi yoktur. Herkes tarafından aynı simgeler kullanıldığı zaman, mesaj kişiler arasında aynı anlamı ifade etmeye başlar (4).

2.4.2.3. Kanal

Kanal, formüle edilmiş mesajın kaynaktan alıcıya veya alıcılara ulaştırılmasını sağlayan tüm doğal ve yapay araçlardır. Duygularımızı karşıya iletirken kanal, jest ve mimiklerimiz, bilgi ve birikimlerimizi iletirken ise kelimeler olabilir. Araç ise bu mesajları kanallar yoluyla gönderilebilen işaretlere çeviren fizik ve teknik araçlardır (7). İletişimde televizyon, telefon, radyo, gazete, bilgisayar gibi iletişim araçları mevcuttur. Televizyon, telefon, radyo, internet gibi iletişim araçlarında kanallar sinyaller, frekanslar, kablolardır.

İletişim sürecinde kullanılan kanallar ikiye ayrılır:

Doğal İletişim Kanalları: Kişilerin ses, hareket, jest ve mimikler doğal iletişim kanallarıdır. Davula vurulunca çıkan ses, ateşten çıkan duman da bu grupta yer almaktadır.

Yapay İletişim Kanalları: İnsanlar tarafından teknoloji ile geliştirilen iletişim araçları araçlardır. Bu iletişim kanalları yazılı, görsel, işitsel ve teknolojik olabilir (26).

2.4.2.4. Geribildirim (Dönüt)

Kaynağın gönderdiği mesajlara alıcının verdiği tepki ve kaynağın kendisini algılayarak değerlendirmesidir. Döngüsel iletişimde geribildirim olmazsa olmazdır. Geri bildirim, kaynağın gönderdiği sözlü veya sözsüz iletilerin sonuçları ile ilgili bilgi verir. Bu nedenle geribildirimün diğer bir adı “aydınlatıcı yankı” dır. İletişim sürecinde alıcının kendisini ifade etmesini, kaynağın ise kendini tanıması ve değiştirmesi imkanını sağlar (7).

2.5. Sağlık İletişimi

2.5.1. Sağlık İletişimi , Amacı ve Önemi

Sağlık iletişimi, multidisipliner bir kavramdır, tanımlanması ve özelliklerinin açık bir şekilde ifade edilmesi oldukça zordur. Dolayısıyla sağlık iletişimine sosyal bilimlerin çatısı altında yer bulmaya çalışılmaktadır. Sağlık iletişimi, literatürde sağlıkta iletişim olarak da yer almaktadır. Genel olarak sağlıkla ilgisi bulunan canlı kişi veya grupların amaçlarına yönelik olarak faaliyette bulundukları sağlık merkezli bir iletişim olduğu söylenebilmektedir. Sağlık iletişimi, sağlık gereksinimlerini karşılamak isteyen kişiler, hangi sağlık gereksinimi düzeyinde olursa olsun; gerek kamusal sağlık politikasıyla, gerekse de sağlık profesyonellerinin vasıtasıyla ihtiyaç duydukları her türden sağlıkla ilgili

bilgileri bu ilgili kişi ve kurumlar ile paylaşabilmeleri ve bilgi asitmerisi engeline uğramadan, kendi sağıklarıyla ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini pozitif yönlü etkileyen bir iletişim türüdür (6).

Sağık iletişimi farklı düzeylerde olabilmektedir. Bunlar Thomas tarafından altıya ayrılırken, Kreps sağık iletişimi düzeylerini dörde ayırmıştır.

Şekil 6. Thomas ve Kreps'e göre İletişim Düzeyleri.



Kaynak: Okay, A., Sağık iletişimi, İstanbul, 2014.

Yukarıdaki şekli kısaca şu şekilde açıklayabiliriz:

Thomas'a göre;

Bireysel Düzey: Bireysel davranışlar sağlık düzeyini etkiler ve sağlıkla ilgili değişimin sağlanabilmesi için bireyin kendisi temel hedeftir. Sağlığın geliştirebilmesi için, iletişim bireyin bilgi, tutum ve davranışını etkileyebilmektedir.

Sosyal ağ: Kişinin çevresiyle ilişkilerinin ve iletişim halinde olduğu grupların sağlığı üzerinde hatırı sayılır etkileri olabilmektedir. Bir sosyal ağın kamuoyu liderleri, bir sağlık programı için, genellikle başlangıç oluşturmaktadırlar.

Organizasyon/Kurumlar: işletmeler, kulüpler, sivil topluluklar, organizasyonlar yani okullar, işyerleri, sağlık hizmeti vericileri gibi kurumlar sağlık ile ilgili mesajlarını üyelerine iletebilmektedir.

Cemiyet/Topluluk: Sağlıklı yaşamı destekleyen politika ve uygulamalarla toplulukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlanabilir. Cemiyetlerin karar verme yetkileri, sağlığı etkileyebilecek olan organizasyon ve kurumlarca planlanmakta ve bunlar yol gösterici olabilmektedir. Örnek verecek olursak, okulları, iş yerlerini, sağlık hizmeti ortamlarını, yerel yönetim ve hükümet ile ilgili birimleri sayabiliriz.

Toplumsal Düzey: Toplum davranışının, değerlerin, tutumların ve kanaatlerin, yasaların, politikaların bireyler üzerinde çok etkisi vardır (6).

Kreps'e göre;

Kişinin kendi zihninde oluşan (intrapersonel) sorgu: Sağlık hizmetlerini etkileyen, sağlık inançları, tutumları, davranışları ve kararları gibi ruhsal ve psikolojik süreçleri ifade etmeye yönelik psikolojik bakışı içermektedir.

Kişiler arası sağlık iletişimi sorgusu: Sağlık hizmetleri ilişkilerinin gelişmesini etkileyen iletişim yollarını ve sağlık çıktılarını nasıl etkilediğini açıklar. Hekim-hasta iletişimi ve ilişkisi sağlık iletişimi araştırmalarının popüler bir alanını oluşturur.

Grup sağlık iletişimi sorgusu: Sağlık hizmetini yürüten sağlık çalışanları, destek grupları, etik komiteler ve aileler gibi gruplarda, sağlık hizmeti ile ilgili önemli kararların alınmasında grup üyeleri arasında bilgi aktarımı olur. Grup sağlık iletişimi, gruba mensup bireyler arasındaki koordinasyonu gerçekleştirmede iletişimin rolünün incelenmesini içerir.

Kurumsal sağlık iletişimi sorgusu: İletişimin birbirine bağlı gruplar arasındaki koordinasyonu sağlama, farklı uzmanları harekete geçirme rolünü incelerken, sağlık hizmetlerindeki çok yönlülüğün etkili şekilde sağlanabilmesi ve sağlık risklerine karşı koruyucu önlemlerin alınabilmesi için gerekli olan bilgilerin alışverişi sürecini kapsar (27).

Sağlık bilgilerinin paylaşılması, olumsuz yönde, hastaya ait mahremiyete zarar verecek olan, sağlık bilgilerinin servis edilmesi anlamına gelen bir kavram olarak düşünülmemelidir. Hastanın hekimiyle her türlü bilgiyi paylaşabilmesi, hekiminden rahatça sağlık durumu ve hastalığıyla ilgili bilgi alabilmesi ve bilinç

düzeyini arttırabilmesidir. Hekim hastadan aldığı bilgiler doğrultusunda tanı koymaktadır. Hastadan sağlık sorunuyla ilgili bilgi alamaması hastayı ve kurumu hem zaman hem de maliyet açısından olumsuz etkilerken, sürecin uzunluğu hasta ve yakınlarını ruhsal açıdan da olumsuz etkilemektedir. Hekimin hasta ile iletişimde güven veren bir ortamın yaratılması hastanın kendini ifade etmesini kolaylaştıracaktır (6).

Sağlığa konu olan her türlü beşeri iletişim sağlık iletişiminin de konusunu teşkil etmektedir. Sağlık iletişimi denilince sadece hasta ile hekimin iletişimi anlaşılmamalıdır. Kişiler ve kişi grupları arasında sağlık merkezli oluşan etkileşimler de sağlık iletişimi konusunu kapsamaktadır. Bu doğrultuda yanlış olmayan sağlık bilgilerinin yayılması, sağlıkla ilgili tutum ve davranışların değişmesi ve kişilerin sağlıklı yaşam biçimleri geliştirmelerine yardımcı olunması, sağlık iletişimi başlığı altında ele alınması gereken konular arasındadır (7).

Eski Yunanlılara bakıldığında Hipokrat'ın sağlık için iletişim gibi tıp dışı konuların gerekliliğini ifade ettiği görülmektedir. Belki de günümüzde “plasebo etkisi” olarak belirtilen durumu Hipokrat “bazı hastaların durumlarının kötü olduğu bilinmesine rağmen, hekimin sıcakkanlı ve iyi davranmasının neticesinde bu hastalar sağlıklarını geri kazanmaktadırlar” diye tarif etmiştir. Bu durumu günlük yaşantımızda da düşünürsek bize “bugün ne kadar iyi görünüyorsun” denildiğinde kendimizi daha iyi hisseder ya da “çok solgunsun, hasta mısın?” denilse olumsuz etkilenir ve kendimizi kötü hissederiz (6).

İnformal şekilde yürütölmekte olan sağıık iletişimi, modern tıbbın yayılması ile önem kazanmıştır. Hekime muayene olma şansı az ve hekimler arasında birbirine üstünlük dikkate alınmazken, yirminci yüzyılın başlarında sağıık iletişimi, ağızdan ağıza yayılan bir iletişim şekli olarak uygulanmıştır. Ülkemiz için hiç yabancı olmayan bu yöntem sağııkta iletişimin ilk basamaklarını oluşturmuştur (6). Sağıık iletişiminin gelişimini etkileyen faktörleri sıralayacak olursak:

Yeni tıbbi modeller: Bilimsel tıbbın gelişmesi ve gittikçe yaygınlaşması, tanı ve tedavide bir çok yeni yöntemlerin ortaya konması, bağımsız objektiflik olgusunun öne çıkmasına ve hasta ile olan iletişimin göz ardı edilmesine neden olmuştur. Hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimden kaçılamadığı zamanlarda ise, hekimlerin tıbbi terminoloji ağırlıklı konuşmalarına neden olmuştur. Hasta-hekim iletişimi tamamen hekimin bilgisinden kaynaklanan gücünün hakim olduğı dengesiz bir ilişki olmuş ve bunun sonucu olarak da hekim-hasta iletişiminin niteliğı azalmıştır.

Tüketimin artması: Tüketicilik hareketi 1970'lerin sonunda başlamış ve sağıık hizmeti alıcılarının, sağıık hakkında bilgi sahibi ve kendi sağııklarına katkı sağıılayacak durumda olmadıklarını ortaya koymuştur. Buna göre iletişimin gerçekleşmemesinin temel sorumlusu sağıık hizmetleri ve hekimlerdir. Hekimin hastayı yeterli bilgiye sahip görmemesi nedeniyle hasta ile iletişime girmemesine, hastanın da bu nedenle hekimle iletişim kurmaktan kaçınmasına neden olmuştur.

Sağlık hizmetlerinde ayırım yapılması: Amerika Birleşik Devletlerinde birçok hizmetin sunulmasında yapıldığı gibi sağlık hizmetlerinde de yapılan ayırım, hekimlerin hastalara olan yaklaşımını ve iletişimini etkilemiştir. Sosyoekonomik açıdan güçlü hastalar ile diğerleri arasında sağlık durumu, sağlık davranışı ve hekimle olan iletişim açısından farklılıklar oluşmuştur.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ortaya çıkması: Hastalıkların önlenmesinin, tedaviden daha önemli olduğu yönündeki görüşler, koruyucu sağlık önlemleri konusunda yapılan araştırmalara hız verilmesi sağlık hizmetleri boyutlarının gelişmesine yol açmıştır. Tüketicuyu koruma hareketlerinin de yükselişiyle, halkın hekimle iletişime geçme isteği artmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin anlaşılmasıyla ortaya çıkan görüşler sağlık kurumlarında iletişimin daha aktif olması gerekliliğini de beraberinde getirmiştir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlamanın kabul edilmesi: Sağlık iletişimi kavramı aslında bir ürünü bir kurumu ya da fikri pazarlama amacıyla ortaya çıkmamış olsa da, bir çok açıdan aslında pazarlamanın bir parçası olarak düşünülebilir. Sağlık iletişimi, sağlık hizmetlerinde kabul edilen pazarlamanın bir parçasıdır (27).

Bu faktörler günümüzden yaklaşık 50 yıl önce ABD’de geçerli olan hususlardır. Ancak bunların ülkemiz için düşünüldüğünde, hiç de farklı olmadığı ve bazılarının halen devam ettiği görülmektedir.

Sağlık iletişimi yalnızca, doğru sağlık bilgilerine gereksinim duyanlar için değil, aynı zamanda toplumsal bir misyonu yerine getirmesi açısından kamu için

de yarar sağlamaktadır. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin varlığı ve bunların toplum tarafından bilinmesi sayesinde, hastalıklar henüz oluşmadan veya daha fazla ilerlemeden kontrol altına alınabildiği için ülke ekonomisine de göz ardı edilemeyecek bir yarar sağlayacaktır (7). Hastalar kendileriyle aynı hastalığı yaşayan kişilerle iletişim halinde olabilirler. Yaşadıkları sorunları bir arkadaşıyla paylaşan kişinin nasıl yardım alabileceği, hangi kuruma gitmesi gerektiği hakkında bilgi alışverişi de sağlık iletişimin bir parçasıdır.

Sağlık iletişimi, sağlığın geliştirilmesi ve toplum geneline yaygınlaştırılması için sosyal pazarlama, medyada savunuculuk, halkla ilişkiler ve tanıtım yöntemlerini kullanarak önemli kazanımlar elde edilmesini sağlar. Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlara kamusal eğitim kampanyaları esnasında etkili ve verimli bilgi akışı sağlamada rol oynayan en temel sistemlerden birisi sağlık iletişimi, diğer ismiyle sağlıkta iletişimdir. Örneğin; diyabet, obezite, solunum yetmezliği gibi hastalıklara neden olan hareketsiz yaşam, yanlış beslenme ve sigara, tütün, nargile, alkol gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanılmaması hususunda halkı bilgilendiren ve farkındalıklarını artıran kamu spotları önemli bir görevi yerine getirmektedir (28). Diğer yandan internet ortamında da kişiler sağlık ve hastalıklarla ilgili uzmanlar tarafından yapılmış açıklamalara ulaşabilmekte, bilgi alışverişi sağlanabilmektedir. Doğru ve güvenilir kaynaklara dayanan bilgi akışı toplumun sağlık bilincini geliştirmektedir.

Toplumu sağlıkla ilgili bilgi sahibi yapmak ve halk sağlığında önem teşkil eden konuları kamuoyunun gündemine taşıyarak kamusal bir lobicilik fonksiyonu üstlenmesi açısından sağlık iletişimi önemli bir yer tutmaktadır. Yararlı sağlık

bilgilerinin yayılması için hekim hasta iletişiminin yanı sıra kitle iletişim araçları ve diğer teknolojik yeniliklerin kullanılması, bireysel ve toplum sağlığı koruma ve geliştirmenin önemi hakkındaki farkındalık düzeylerini artırır. Sağlık iletişimi, temel olarak halkın sağlık düzeyini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Araştırmalar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde, ayrıca kamuoyunun gündemine getirilmesinde kamu spotları ve sağlık mesajlarının daha fazla kişiyi bilgi almaya teşvik ettiğini ve sürdürülebilir yaşam tarzlarında önemli bir artış olduğunu göstermektedir (4). Sağlık iletişimi, eğitici eğlenme veya eğlenceli eğitim, sağlık gazeteciliği, kişilerarası iletişim, medya desteği, kurumsal iletişim, risk iletişimi, sosyal iletişim ve sosyal pazarlama da dahil pek çok alanı çatısı altında toplamaktadır. Çocuklara diş fırçalama alışkanlığından tutun tuvaletten sonra el yıkama alışkanlıklarına kadar pek çok bilgi çizgi filmler ve onların karakterleri aracılığıyla verilmektedir. Bunların dışında; kukla gösterileri, eğlenceli ve eğitici şarkılar, hikaye anlatımları vb. de sağlık iletişiminde kullanılan yöntemler arasında gösterilebilmektedir. İletişim araçlarında, özellikle multi-medya ve yeni bilgi teknolojisindeki gelişmeler sağlık bilgisine erişimi ve bu bilginin birikimini kolaylaştırmaya devam etmektedir. Bu yüzden, sağlık iletişimi bireylerin ve toplulukların daha fazla yetkin hale gelmesi için gittikçe önem kazanan bir faktör olarak Türkiye’de de tüm dünyada olduğu gibi karşımıza çıkmaktadır (3).

Kişiler sadece sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarıyla değil sağlık kelimesinin yer aldığı her konuşmada ve dialoglarında, gazete, dergi gibi yazılı basında, radyo, televizyon gibi yayınlarında, internette sağlık iletişimi içindedirler. Gelişen iletişim teknolojileri sayesinde sağlıkla ilgili bilgileri anında

edinebilmekte ve yayabilmektedirler. İnsanın söz konusu olduğu her alanda sağlıktan dolayısıyla sağlık iletişiminden söz etmek mümkündür (4).

2.5.2. Sağlık İletişimi Düzeyleri

2.5.2.1.Kendi Kendine İletişim

Kendi kendine iletişimde kişinin olayları nasıl yorumladığı ön plandadır. Farklı insanlar aynı olaylarla karşılaşsa bile konu aynıdır ama seçenekler birbirinden çok farklıdır. Seçenekler farklı olsa da çeşitli nedenlerle kişilerin davranışlarının benzerlik gösterebildiği bilinmektedir. Berry kendi kendine iletişimin temel unsurlarını şu şekilde açıklamıştır:

Kişinin kendisinin özü: Kişinin kendini nasıl gördüğü, nasıl sınıflandığı ve kişiliği ile alakalıdır. Aynı zamanda başkaları tarafından da nasıl değerlendirildiği önemlidir. Kişi duruma ve başkalarıyla olan iletişimlerine göre kendi imajını değiştirebilir

İhtiyaç ve motivasyonlar: Bunlar kişinin iletişimi yönlendirmesi, yorumlaması ayrıca kendisinin sunum şeklini seçmesi için gereklidir.

Bilişler: Kişinin iletişimi nasıl şekillendirdiği ve çözümlediği, kendi bilgi, deneyim ve değerlerine dayanır. Bilişsel süreç; kodu çözümleme (mesajları yorumlama), entegrasyon (yorumladıklarını diğer enformasyonlarla bağlantılı hale getirme), hafıza (enformasyonu hatırlama), şemalar (enformasyonu düzenleme) ve kodlama (bunları başkalarına iletmek için iletişimi oluşturma) şeklinde sıralanabilir.

Başkaların tepkilerini gözlemlemek: Birey başkalarının üzerinde nasıl bir etki yarattığını gözlemler ve daha sonraki davranışlarını ona göre yapılandırır (6).

2.5.2.2. Kişiler Arası İletişim

Kişiler birbirlerini fark ettikleri an iletişim başlar. Yani içsel iletişimden çıkıp karşılıklı etkileşime girilmiş ve kişiler arası iletişim süreci başlamıştır (29).

Kişiler arası iletişim, söz konusu bireylerin inanışlarından, tutumlarından, duygu ve düşüncelerinden etkilenir. Sağlık davranışı kazandırılması ve sağlığın geliştirilmesi hususunda sağlık iletişiminde önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında sağlık profesyonelleri ve hizmeti alanlar arasında bu iletişim söz konusu olacağı için sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesinde temel hususlardandır. Kişiler arası sağlık iletişimi kitle iletişim araçlarıyla iletilen mesajların tamamlanmasını, desteklenmesini ve güçlenmesini sağlar (7).

Alıcı ile kaynak arasındaki ortak yaşantı ve deneyim alanı ne kadar geniş olursa kişiler arası iletişimin başarısı o kadar yüksek olacaktır. Sağlık konusunda tutum değişikliği ve ikna amacı olan kişiler arası iletişim büyük öneme sahiptir.

Çift yönlü bu iletişimde mesajlar sözlü ya da sözsüz olabilir:

2.5.2.2.1. Sözlü İletişim

Kelimeler aracılığıyla gerçekleştirilen diyaloglardır. Sözlü iletişim insanları diğer varlıklardan ayıran en önemli özellikleridir. Konuşarak veya yazarak gerçekleştirilecek olan sözlü iletişim resmi boyutta ya da gayriresmi boyutta olabilir. Hastane yönetiminden o hastanede görev yapan bir hekime

gönderilen yazılı metin resmi sözlü iletişim örneği iken, iki hekim arkadaşın aralarında gerçekleşecek diyaloglar gayriresmi sözlü iletişim örneği olacaktır.

Konuşarak sözlü iletişimin etkin bir şekilde yapılabilmesi için olmazsa olmaz unsurlar “konuşmak” ve “dinlemek” olacaktır. Asıl hedef ise anlaşmaktır. Kaynak ve alıcının anlaşabilmesi için iletinin doğru kullanılan ifadelerle her iki taraf için aynı anlama sahip olması ve bu ifadeler hakkında ortak bir anlaşmanın olması gereklidir. Yani ortak, anlaşılır, aynı terimlerin olduğu bir dil kullanılmalıdır. Örneğin hasta-hekim iletişiminde aynı ulusal dil kullanılmasına rağmen anlaşma sağlanamaya bilmektedir, bunun nedeni hekimlerce kullanılan tıbbi terimler ve hastaların bu terimleri anlamaması sorunudur.

Yazılı sözel iletişimin ise etkinlik kriterleri “yazmak” ve “okumak”tır. Yazılı iletişimde her zaman geri bildirim almak mümkün olmayabilmek de veya geri bildirim gecikebilmektedir. Bu yüzden genellikle yazılı iletişimde amaç bilgi vermektir.

Sağlık iletişiminde sözel iletişiminin yeri oldukça büyüktür. Kişilerin sağlığı koruyucu yöntemler, tıbbi uygulamalar, tedavi ve ilaçlar, bunların amaç ve hedefleri hakkında bilgi sahibi olmaları konusunda en önemli yardımcıdır. İlaç prospektüsleri, sağlığı koruma ile ilgili broşürler, hasta-hekim iletişimi gibi (6).

2.5.2.2.2. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletiler kelimelerin dışında kalan tüm ifadelerdir. Sözsüz iletişimin temel işlevlerini açıklayacak olursak:

Duyguları açıklama: Kişi sözsüz iletişimle sevincini, üzüntüsünü, öfkesini, korkusunu, sevgisini, nefretini ve benzeri tüm duygularını ifade edebilir. Sağlık iletişiminde kişiler sağlık profesyonellerine sözlü olarak iletemedikleri durumlarını sözsüz olarak aktarabilirler. Kelimelerle yalan söylenebilir ancak beden dili yalan söylemez.

Etkileşimi düzenleme: Sözsüz iletişim sözel iletişimle beraber de kullanılabilir ve kişilerin etkileşimini düzenler. Bireyler konuşmak ya da dinlemek isteyip istemediklerini, ne hakkında konuşmak istediklerini, ne kadar konuşmak ya da dinlemek istediklerini göz temaları, mimik, jest, ses tonu ve vücut hareketleriyle belli ederler. Böylece iletişimi yönlendirirler.

Sözel mesajların geçerliliğini sağlama: Bir iletişimin geçerliliği ve etkinliği sözel ve sözel olmayan mesajların tutarlılığıyla doğru orantılıdır. Hasta-hekim iletişiminde bu tutarlılık birbirlerine güven duymalarını, daha açık ve dürüst olmalarını ve doğru anlaşılmayı sağlar.

İlişkileri geliştirme: Sözsüz iletiler kişilerin birbirleri hakkında ne hissettiklerini ortaya koyar. Sözlü iletişimde iletilen mesajların yorumlanmasına yardımcı olur ve kişilerin birbirlerine nasıl yaklaşacaklarını belirler.

İmaj sürdürme: her iletişim ortamında katılımcıların sürdürmek istedikleri rolleri ve imajları vardır. Sözsüz iletişim bireylerin bu imajlarını diğerlerine yansıtma ve doğru bir şekilde ortaya koymalarını sağlar (7).

Şekil 7. Sözlü Olmayan İletişimin Unsurları.

Sözcüksüz İletişim Araçları	Beden Dili	Mekansal davranış	Görünüm resmi
			
Ses tonunun düşük veya yüksek olması. Konuşma ritmi Konuşma sesi Konuşma hızı, verilen aralar.	Beden duruşu Jestler Mimikler Göz teması	Mesafe Yürüyüş	Sportif olup olmama durumu Kıyafet Makyaj Kullanılan takılar Saç

Kaynak: Franken, 2007:144.

Franken'in sözlü olmayan iletişim unsurları tablosunda görüldüğü gibi bu birleşenlerin her biri kişiler arasındaki iletişimde birçok şey iletmektedir. Bu unsurların doğru algılanıp, yorumlanması oldukça önemlidir. Ayrıca sözsüz iletişim unsurları toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık gösterir (6).

Adler ve Roman, sözsüz iletişimde özellikle de sevinç, üzüntü, korku, kızgınlık, tiksime gibi duyguları anlatan yüz ifadelerinin evrensel olduğunu saptanmış olduğunu belirtmişlerdir ve insanların sözsüz iletişimi kullanma ve anlamlandırmalarında önemli farkların olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu farkların da kültür ve cinsiyetten kaynaklı olduğunu saptamışlardır:

- Kültür: Mimik ve jestlerin anlamları kültürden kültüre değişebilmektedir. Bir kültürde olumlu bir anlama sahip olan bir jest, diğer bir kültürde tümüyle farklı olabilmektedir. Mekanın kullanılması

ile ilgili olarak ise, Kuzey Amerikalılar ve Orta Doğulular arasındaki fark örnek verilebilir, bir iş ortamında iletişim içinde bulunan bireylerin Amerika’da birbirlerine daha uzak, Orta Doğu’da ise daha yakın durdukları gözlemlenmektedir.

- b) Cinsiyet: Sesin tonu, derinliği ve tizliği gibi kadın ve erkek arasındaki fizyolojik özelliklerin dışında, iki cins arasında sözsüz iletişim açısından en önemli fark sosyal kökenlidir. Kadınlar, sözsüz mesaj kullanımında ve karşısındaki kişinin sözsüz mesajlarını algılamakta erkeklere göre daha başarılıdırlar (27).

2.5.2.3.Gruplar Arası İletişim

İnsanlar hayatları boyunca çeşitli gruplara dahil olur ve bu gruplar içinde farklı rollere sahip olurlar. Bu gruplar içinde kişi etkilenir ve etkileşimde bulunur.

Hartley, grup tanımını “kendilerini, aynı sosyal kategorinin üyesi olarak algılayan bireyler topluluğudur, bu kişiler kendilerine ait bu tanımlamada bazı duygusal bağlantılar paylaşır, gruplarının ve üyeliklerinin değerlendirilmesiyle bir sosyal anlaşma derecesine ulaşmayı isterler” şeklinde yapmıştır. Birey aile grubu, dini gruplar, kulüp grupları, sosyal gruplar ve çalışma grupları içerisinde bulunabilir.

Sağlık iletişimi açısından düşünüldüğünde pek çok farklı gruptan söz etmek mümkündür. Belli bir hastalığa yakalan insanların birbirlerini desteklemek için oluşturdukları bir grup, uyuşturucu bağımlılarının bir araya gelerek, sorunlarını tartıştıkları bir grup ya da sağlık profesyonellerinin çözüm ve

önerilerini ortaya koydukları bir grup olabilmektedir. Bu gruplar sağlık iletişimi kampanyaları için öncelikli hedef kitle haline getirilerek bunlar üzerinden bireylere ulaşmak kolaylaştırılabilir (6).

2.5.2.4.Kitle İletişimi

Günümüzde kitle iletişimi bir çok alanda yoğun olarak kullanılmaktadır. Bu yoğun kullanım pek çok halk sağlığı sorununun çözümlenmesi ve bu konularda sağlık iletişimi sağlanabilmesi beklentisi için kitle iletişimi bir araç haline gelmiştir. Bu durum özellikle kampanya haline gelmiş sağlık konulu faaliyetlerde ön plana çıkmaktadır. Maalesef bu beklenti ve yaklaşım kitle iletişimini olumsuz etkilemektedir. Burada asıl önemli faktör sağlık eğitimidir, sağlık eğitiminin bir parçası olabilecek olan kitle iletişiminin ise asıl hedefi davranış değişikliği değil gerekli ve faydalı bilgi iletimi ile tutum gelişimini sağlamaktır.

Kitle iletişiminde teknoloji ürünleri kullanarak geniş kitlelere ulaşılabilir. Kaynak ve alıcı arasında zaman ve mekan farkı vardır. Hedef kitle sınırlaması net değildir. İletişim tek yönlü ve dolaylıdır, bireysel geri bildirim şansı yoktur (7).

2.5.3. Sağlık İletişiminde Kullanılan Araçlar ve Modeller

Hekim, sağlık uygulamalarındaki yetkileri ve donanımı nedeniyle ayrı bir yere sahiptir. Hekim-hasta iletişimi, sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen en önemli iletişim boyutu olarak kabul edilebilir.

Önceden “sağlık yardımına ihtiyaç duyan ile yardım eden” arasındaki ilişki olarak görülen ve hekime “babacan, otoriter” bir görev yükleyen sağlık iletişimi modelleri dönemimizde “bireyin ihtiyaçlarına özel” bir yaklaşımı benimsemekte ve “bilgi alışverişi ve karar paylaşımı” temelinde “hasta odaklı” bir çerçeve olarak biçimlenmektedir.

Şekil 8. Hasta Odaklı İletişim Modelleri

H.E.A.R.T.H. Modeli	C.A.R.E. Modeli	P.E.E.E.R. Modeli
Hear: Dinle	Connect: Bağlantı içinde ol	Plain language: Sade bir dil kullanımı
Emphatize: Empati Kur	Appreciate: Değer ver	Engagement:
Apologize: Anla	Respond: Yanıtla	Yükümlülük, katılım
Thank: Yüreklendir	Empower: Destekle - Yüreklendir	gösterme
		Emphaty: Empati
		Empowerment:
		Yüreklendirme
		Respect: Saygı

Kaynak: Sağlık Kurumlarında İletişim, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, Şubat 2015.

Hasta odaklı iletişim modellerinde yer alan etkin dinleme, empati, davranış ve beden dili kontrolü, açık olma, güven verme, ve iletişimin doğru bir şekilde gerçekleştiğini onaylayan geribildirim unsurları, başarılı bir iletişimin temelini oluşturmaktadır. Bu ilkelerden yola çıkılarak hizmet verilen toplumun tanımlayıcı ve sosyoekonomik özellikleri göz önüne alınarak beklenti ve memnuniyet

durumları saptanarak sağlık kurumları ve hekimler kendi iletişim modellerini geliştirebilirler (30).

2.5.4. Sağlık alışanlarında İletişim

Sağlık alışanlarının iletişim becerilerinin gelişmiş olması ve kişiler arası başarılı iletişim kurabilmeleri gerekmektedir. Halk sağlığının korunması ve gelişmesi açısından bu oldukça önemlidir. Sağlık alışanları toplumla ve toplumdaki bireylerle iletişim halindedir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmenin gereği kaliteli bir iletişimdir. Sağlık sektörü, sağlık hizmet sunucuları birçok farklı meslek grubundan oluşmaktadır. Farklı meslek gruplarındaki her bir sağlık çalışanının görev, yetki ve sorumlulukları farklı olduğu gibi meslek gruplarından her birinin eğitim seviyesi, kişisel bilgi ve becerileri de farklılık göstermektedir. Tüm sağlık sektörü üyelerinin görevlerinin ve yetkilerinin birbirlerini tamamlamakta ve her birinin görevlerini uyum içinde yerine getirmeleri gerekmektedir (4).

2.5.4.1.Hekim ve İletişim

Hekim ile hasta ilişkisinde, her iki tarafın da iletişimsel özellikleri kurulacak ilişkinin başarısını doğrudan etkilemektedir. Özellikle hekimlerin iletişim yöntemini seçerken hastasının birçok özelliğini bilmesi ve ona göre davranması hastayla etkili iletişim kurmalarına yardımcı olacaktır.

Her meslek grubunda olduğu gibi hekimlikte de temel iletişim biçimi kişiler arası iletişim yani hasta ile hekim iletişimidir. Her hekimin ve hastasının iletişim şekli kişilik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Her alanda

olduğu gibi burada da iletişim becerisi iletişimin başarısını etkilemektedir. Hekimin hastanın sağlık sorunu ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarına göre kişilerle farklı iletişim yöntemleri uygulaması gerekebilmektedir. Hasta dışında o kişinin ailesini ve yakınlarını da bilgilendirmesi, onlarla da iletişim kurulması gerekebilir. Hekim hasta iletişimi birçok i ve dış etkeni bir arada bulundurmaktadır.

Etkin bir hekim-hasta iletişimiyle, sağlık hizmetlerinin memnuniyet düzeyi artacak, hasta bireylerin sağlık sorunlarıyla başa çıkma becerileri yükselecek, hekimlerde iş doyumunu artacak, tükenmişlik sendromunun görülme sıklığı azalacak ve sağlığın geliştirilmesine katkı sağlanacaktır (8).

Kişiler arası iletişimin içerik bakımından çok geniştir. Hasta ile hekim birbirinden farklı iletişim türleri kullanabilmektedir. İletişim direkt olarak kurulabildiği gibi çeşitli araçlar yardımıyla da kurulabilmektedir. Teknoloji çok gelişmiş olsa da yüz yüze ve karşılıklı iletişimin sağladığı bilgi akışını başka yöntemlerle elde etmek mümkün değildir. Hekim ve hastanın göz göze gelmeleri ve tokalaşmaları ile iletişim süreci başlar. Hasta endişeli ve kaygılı ise; göz göze gelmekten kaçınabilir, ellerini nereye koyacağını bilemeyebilir. Hekim ile hasta arasında sadece sözel iletişim gerçekleşmez, bu süreçte beden dili de oldukça önemlidir. Örneğin hasta ter vs. kokuyor ise bu sağlık sorunundan kaynaklı ya da eksikliğinden olabilir. Bu tür gözlemler yüz yüze iletişim sayesinde sağlanabilmektedir. Bir konuyla ilgili karşı tarafa mesaj iletmek için oluşturulan sözlü ve sözsüz tüm ifadeler bilinçli oluşturulmaktadır. Bilinçsizce, farkında olunmadan karşı tarafa iletilen mesajlar, gözlem yeteneği yüksek, tecrübeli bir

hekim tarafından hastanın duygu, düşünce ve sosyokültürel durumu hakkındaki bilgi olarak yorumlanabilmektedir. İletişimde söz edilen güç eksenini kendi çıkarlarını ve menfaatlerini gözetmek ve paylaşmak arasında, ilişki eksenini ise uzun süreli dostluk ve bir anlık iş bitirme kavramları arasında yer almaktadır. “Benim istediğim olacak”, “dediğim dedik” tarzı bir karakter çizen hekimler hastalarına yeterli hareket alanı bırakmamakta, kontrolü ellerinde tutmaya çalışmaktadırlar (31).

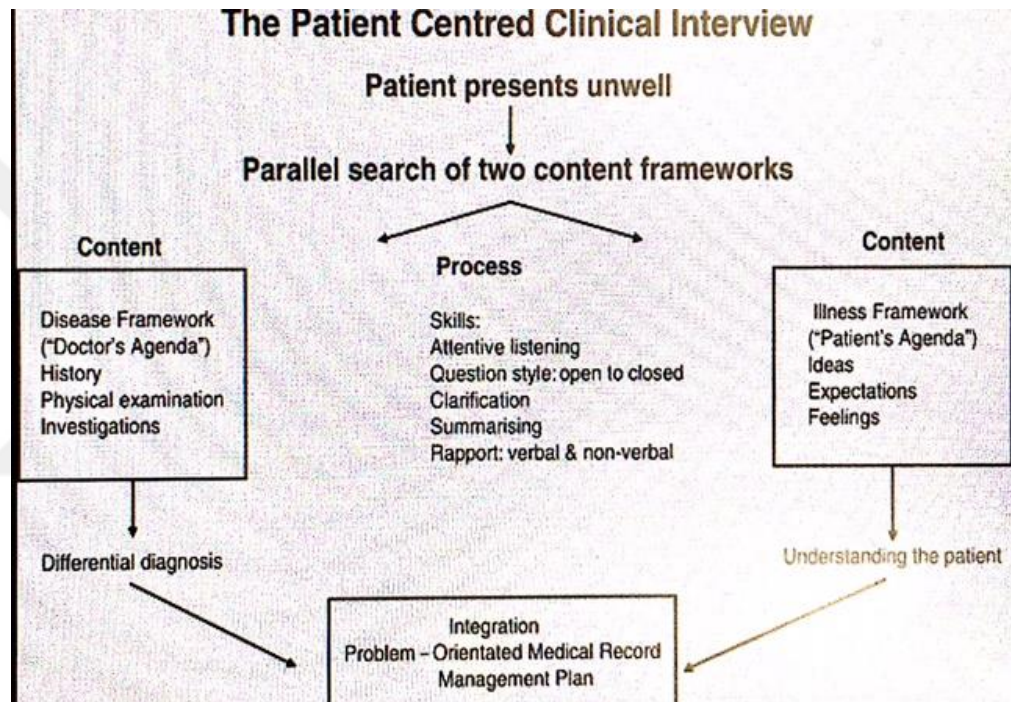
İyi bir hekim-hasta iletişimi sağlık hizmetinde memnuniyeti, hastanın sağlık sorunuyla başa çıkabilmesini, tedavide işbirliğini artırırken; olası malpraktis uygulamalarını ve hekimlerde görülen mesleki tükenmeyi azaltır (32).

Hekimlerin klinik iletişim becerileri görev yaptıkları her alanda kullanılmaktadır. Bunların çoğu ise hasta ile yüz yüze yapılan görüşmelere bağlı olup, yapılanlar şu şekilde sıralanabilir:

- Hastanın özgeçmişini kayıt altına alma,
- Açıklama yapma (işleyiş, tahliller veya riskler hakkında bilgi verme),
- Keşfetme, sorgulama,
- Hastanın rızasının alınması,
- Ara bilgi,
- İkna etme (bir yöntem veya tedavi planı)

- Verilen tedavi hakkında doğru bilgilerle bilgilendirme (yazılı veya sözlü)
- İzlenecek yol, yapılacak tedavi ile ilgili bir örnek sunma (33).

Şekil 9. Hasta Odaklı Klinik Görüşme Basamakları.



Kaynak: Brown Jo., How clinical communication has become a core part of medical education in the UK, Medical Education 2008;42:271–278doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02955.x

2.5.4.2. Hasta ve İletişim

Günümüzde hastalar giderek hastalıkları ve tedavi yöntemleri konusunda oldukça kontrolcü ve bilgi sahibi olma çabası içindedirler (6). Sağlık iletişimi kavramı yaygınlaştıkça geçmişin, pasif olan, hekimin önerilerini ve kararlarını sorgulamaya cesaret edemeyen ‘iyi hasta’ kavramı, yerini; sorularına

anlayabileceği tanımlarla yanıt bekleyen, kendi sağlık bakımı ile ilgili kararlarda kendi katılımını önemseyen, tüm sağlık kayıtlarını görmeyi ve paylaşmayı, tedavi süreciyle ilgili detaylı bilgi almayı, konsültasyonlar dışında da hekimi ile iletişime girebilmeyi isteyen, iletişim becerileri yüksek hastaya bırakmıştır (34).

Hastaların hekimle yaptıkları tıbbi görüşme süreçlerine bakıldığında, hastaların bu süreçte hekimle kurdukları iletişimde iki ana hedefleri olduğu söylenebilir. Bunlar hastanın sağlık problemiyle ya da sağlığıyla alakalı bilgileri sağlama, edinme, arama amacı ve bu edindiği bu bilgileri doğrulama, yönlendirmeleri doğru uygulama amacıdır (35). Son 50 yıldır yapılan birçok çalışma, hastaların iletişim yeteneklerinin, hekimle görüşme sırasındaki etkileşimlerinin ve sağlık iletişimi konusundaki farkındalık düzeylerinin yükselmesinin hastaların sağlık hizmetinden daha etkin bir şekilde faydalanmalarını, sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarını kolaylaştıracağını, memnuniyetlerinin artacağını ve harcadıkları vakit ve paranın azalacağını göstermiştir (36).

2.5.5. Ayaktan Muayene/ Tedavi Birimlerinde (Aile Sağlığı Merkezlerinde) İletişim

Hekim ya da hasta tarafından sunulan bilgi, bilgi arayışı davranışı, hekim-hasta ilişkisi ve iletişim biçimi hekim-hasta iletişiminin etkinliğini değiştiren unsurlardır. Sağlık hizmeti veren sağlık personeli ile hastalar arasındaki iletişim zayıfladıkça doğru tanı koyma ve uygun tedavi verme sıklığı azalacaktır. Hekim

ile hastanın görüşme süreci sağlık hizmetinin ve sağlık iletişiminin önemli bir parçasıdır ve üç fonksiyonu vardır:

1. Bilgi toplamak: Hastayı tanımak ve sağlık sorunu ile ilgili bulguları belirlemek için hastaya sorular yönelterek kişisel özellikleri ve şikayetleri hakkında bilgi edinilir.
2. Terapötik yaklaşım sağlamak: hastanın duygusal durumunu göz önüne alarak kendisini rahat hissetmesini sağlayan ve sağlık sorunu ile ilgili doğru ve tam bilgi vermesine imkan sağlayan bir yaklaşım uygulanır.
3. Bilgi sunmak: hekim tanıyı koyduktan sonra hastaya sağlık sorunu ile ilgili bilgi vermelidir. Verilen tedavinin nasıl uygulanacağı ve sağlık sorununu nasıl gidereceği anlaşılır bir biçimde açıklanmalıdır.

Bu üç fonksiyon birbirini etkiler ve tamamlar. Örneğin güven ortamı oluşturulmamış bir görüşmede hasta ve hekim arasındaki iletişim etkin olamayacak aralarındaki bilgi alışverişi doğru bir şekilde gerçekleştirilemeyecek sağlık hizmeti sektöre uğrayacaktır.

Etkin bir sağlık personeli-hasta iletişiminde, her iki tarafın sözlü ve sözsüz iletişim becerilerine sahip olması gerekmektedir. Sağlık personeli-hasta iletişimi; bilgi sunma, bilgi edinme, duyguları yansıtmak, tutum ve davranışları yansıtmak, güvene dayalı bir ilişki oluşturma gibi unsurlar içermektedir. Bu unsurların yanı sıra hekimin hastayla iletişimi, onun davranışlarını yönlendirmeye, düşünceleri ifade etmeye, fikir alışverişine, sorunu çözmeye ve bu konuda uzlaşmaya katkı sağlamaktadır.

Hekim doğru tanı ve tedaviyi seçmek için hasta ile ilgili önemli detayları öğrenmek isterken, hasta hekim tarafından ilgi ve alaka görmeyi beklemektedir. Sonuç olarak her iki taraf içinde hedef sağlık sorunun çözümünü sağlamaktır. Hasta için şikayetlerini ifade etmek her zaman kolay olmayabilir. Hekimin ilgisi ve soracağı hedefe doğru yönlendirici doğru sorular diyalogu hem kendisi hem de hastası açısından kolaylaştıracaktır.

Anamnez süreci üç basit basamaktan oluşmaktadır: Soru, cevap ve doğrulama/değerlendirme bu süreç hasta ile hekim işbirliğine dayanmaktadır. Zaten İngilizcede iletişim anlamına gelen “communication” sözcüğünün bir diğer anlamı da “ortaklık sağlamak”tır. Yani önemli olan hasta ve hekimin kullandıkları simge sembol ve sözcükleri aynı şekilde anlamaları, algılamalarıdır.

Bazı durumlar hekim ile hasta arasındaki iletişimi olumsuz etkilemekte ve iletişimin etkinliğini azaltmaktadır. Bunlar “iletişim engelleri” olarak adlandırılırlar. Duygusal, sosyoekonomik durum, kültürel farklılıklar, tıbbi terminoloji kullanımı, zaman sınırlılığı gibi engeller sıralanabilir.

Hekim ile hastanın iletişiminin etkin olmasını sağlayan üç unsur vardır ve bunlar tanı-tedavi sürecini de doğrudan etkilemektedir:

- a. İki yönlü kesin bilgi aktarımı
- b. Hekimin hastayı tek bir birey olarak değerlendirmesi
- c. Hekimin hastaya ihtiyacı olan duygusal desteği vermesi

Hastanın muayene odasına girmesi ile hekim-hasta iletişimi başlar ve karşılamadan görüşmeyi sonlandırmaya kadar her adım iletişimin gidişatını etkilemektedir.

Her hastanın sağlık hizmeti alacağı hekimden beklentileri vardır. Bunlardan ilki tıbbi yetkinlik, diğerleri ise profesyonellik, saygı, nezaket, samimiyet, ilgili olma ve sözlü-sözsüz iletişim yeteneğidir. Hekimin öz bakımının iyi olması, kendini tanıtmayı, hastaya ismiyle hitap etmesi, yargılayıcı tavırlardan kaçınması, göz teması kurması ve kendinden emin, güven sağlayan bir tavır sergilemesi beklenen davranışlar arasındadır (37).

Aile Sağlığı Merkezlerinde ve diğer ayaktan muayene yapılan polikliniklerde hekim-hasta iletişiminin temel adımları şu şekilde sıralanabilir:

2.5.5.1. İlk Karşılama

Hazır olunur: Adı-soyadı bilinerek hasta karşılanır. Sıcak ve ilgili bir karşılama iletişimi olumlu etkilerken, mesafeli ve ilgisiz tavırlar iletişimi olumsuz etkileyecektir.

Yakınlık gösterilir: Göz teması sağlanır, tokalaşılır ve görüşme odasındaki sağlık personelleri kendilerini tanıtarak, tanı-tedavi sürecindeki rollerini anlatır. Hekimin karşılama sırasında kalkarak hastaya doğru birkaç adım atması hatta tokalaşması, oturacağı yeri işaret etmesi hasta üzerinde olumlu bir etki bırakır. Fakat hasta içeri girdiğinde hekim hastayı oturarak karşılıyor ve yüzünü hastaya çevirmiyorsa “çok işim var, ilgilenmek istemiyorum” şeklinde bir mesaj vermektedir.

Oturulur: Hekimin sürekli ayakta durması da hastayı rahatsız edecektir. Hekimin oturma biçimi ve pozisyonu da önemlidir. Hasta ile karşılıklı, yüz yüze bakacak şekilde oturmak iletişimi etkin kılar.

Konuşma imkanı sağlanır: Hastaya konuşma imkanı verilir ve sağlık sorunu ile ilgili öyküyü anlatması sağlanarak dikkatlice dinlenilir.

2.5.5.2.Görüşmeyi Yönetmek

Açık uçlu sorular sormak: Hastanın sağlık durumu ile ilgili yeterli bilgi alabilmek için “hangi durumlarda ağrı hissediyorsunuz?” gibi açık uçlu sorularla hastanın konuşması sağlanır.

Yönlendirici sorulardan kaçınılır: Verilmesi istenilen bir cevap için hastayı yönlendirecek sorular tercih edilmemelidir. Yönlendirici sorular, hastanın yanlış bilgi vermesine neden olabilecektir.

Sorularda aşırıya kaçılmaz: Görüşme süresince çok fazla ve sıkıştırıcı tarzda sorular sormak da hastayı zorlayacak ve eksik ya da yanlış cevaplar vermesine neden olacaktır.

Konu bütünlüğü sağlanır: Konudan konuya geçmek, hastanın dikkatini dağıtacak ve konuyu saptıracaktır. Bu yüzden görüşme belli bir plan üzerinde yürütülmelidir.

Kendisi ve ailesi hakkında bilgi edinilir: Hastanın yaşam biçimi, mesleği vb. hakkında bilgi edinmek için ilgili sorular sorulur.

Hasta soru sormaya teşvik edilir: Güvene dayalı bir görüşme ortamı sağlanabilmesi için hastaya soru sorması için fırsat verilir.

Etkin dinleme yapılır: Hastanın sadece sözlü anlatımları değil beden dili de dikkate alınmalıdır. Hasta bir bütün olarak dinlenilmelidir.

2.5.5.3.Hastaya Tepki Vermek

Sözlü ve sözsüz şekilde olan tüm detaylara dikkat edilir: Bazı konularda açıklama yapmak ve detaya inmek hasta için zor olabilir, bazı bilgileri gizli tutma yolunu seçebilir. Böyle durumlarda hastanın beden dili söyledikleri ile çelişen ipuçları verebilir.

Yargılayıcı tavırdan kaçınılır: Hekim ile hasta arasında kültür, inanç vb. farklılıklar olabilir. Hastayla olan iletişimde ve görüşme sırasında hekim bu değerlerinden arınmalıdır.

Hasta cesaretlendirilir: Hekimin hastayı takdir etmesi aralarındaki ilişkiyi güçlendirecektir. Beklenen ve istenilen davranış değişikliğine yönelik cümlelerle, ifadelerle hasta cesaretlendirilir.

İş birliği sağlanır: Hastaya ihtiyaç duyduğu konularda destek verileceği ile ilgili güven sağlanır.

2.5.5.4.Öğretici Olmak/ Danışmanlık

Tıbbi terimlerden kaçınılır: Açıklanmayan veya anlaşılamayan her kelime ya da kısaltma görüşme üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır.

Paylaşılan bilginin doğru algılandığından emin olunur: Hastanın verilen bilgileri anladığından ve görüşmenin verimli geçtiğinden emin olmak için çeşitli sorular yöneltilir ancak bu sorular asla sınava tabi tutuyormuş gibi bir izlenim uyandırmamalıdır.

Olası engellerin farkına varılır: Hastanın duygu durumu göz önünde bulundurularak özenli, hassas ve merhametli davranılır.

2.5.5.5. Görüşmeyi Sonlandırmak

Görüşme özetlenir: Görüşme süresince paylaşılan bilgiler kısaca tekrar edilir ve hastanın onayı alınır.

Sorular yanıtlanır: Hastanın görüşme sırasındaki bilgileri doğrulamak ve tekrar etmek amaçlı soruları dikkatlice cevaplanır. Bu sorular görüşme sırasında sık sık tekrarlanırsa bile sabırla cevaplanmalıdır.

İş birliği onaylanır: Hasta hekimin her durumda kendisinin yanında olacağını bilmek ister, bu yüzden hekim bunu belli etmeli ve işbirliğine hazır olduğunu ifade etmelidir.

Gelecek görüşme tarihi belirlenir: Bir sonraki muayene/görüşme tarihi belirlenir ve görüşme sonlandırılır (37).

Şekil 10. Etkin İletişim Uygulamaları.

Uygulama	Açıklama
Net ve basit bir şekilde iletişim kurulur	Sade bir dil kullanılır Tıbbi terimlerden kaçınılır Hastaya uygun dil kullanılır Somut öneriler geliştirilir
Öğretici bir içerik sunulur	Hastanın temel bilgisini öğrenmeye yönelik sorular sorulur Diyalog süresince en fazla üç önemli noktadan bahsedilir “iyi olur” yerine “ihtiyaç var” ifadesi kullanılır
Soru sormaya teşvik edilir	“ne gibi sorularınız var?” gibi ifadeler kullanılarak hasta soru sormaya teşvik edilir Beden diliyle “sorularınızı cevaplamaya hazırım” mesajı verilir
Doğru algılandığından emin olunur	“bana anlatır mısın” bana açıklar mısın” gibi sorular yöneltilir Hastanın yapması gerekenleri özetlemesi istenir
İletişim araçları kullanılır	Yazılı/görsel materyaller Basit, kolay anlaşılır resimler Multimedya desteği: interaktif şablonlar ve videolar gibi
Sayısal içerik sunulur	Risklerle ilgili istatistiksel bilgi verilir “ilaç kullanım dozu” gibi sayısal hesaplamalar yapılır ve belirtilir
İlaç tedavisinin doğru uygulanacağından emin olunur	İlaç kullanımını nasıl yapması gerektiği en basit haliyle anlatılır İlaç kullanımıyla ilgili resimli bir şablon paylaşılır

Kaynak: Keller ve diğerleri, 2013.

2.5.6. Sağlık İletişiminde Yetkinlik

2.5.6.1.Yeterlilik ve Yetkinlik Kavramları

Avrupa Yeterlilik Çerçevesi yeterlilikleri bilgi, beceri ve yetkinlik olarak üç alt başlıkta toplamakta ve bunları da öğrenme kazanımlarına dayandırmaktadır. Yeterlilik, yetkili bir kurumun değerlendirme ve onaylama sürecinin sonunda bir kişinin mevcut standartlarda öğrenme kazanımlarına sahip olduğunu belgelemesi ile ortaya çıkan resmi dokümandır.

Bilgi, teorik ve/veya olgusal olarak tanımlanır. Bilgi, bir çalışma, öğrenim veya araştırma alanı ile ilgili olguların, ilkelerin, teorilerin ve deneyimlerin bütünüdür. Bilgi, enformasyonun öğrenim yoluyla özümsemesinin dönüştüğü sonuç anlamına gelir.

Beceri, bilişsel (mantıksal, sezgisel ve yaratıcı düşünme kullanımı) ve pratik (el becerisi, teknik, malzeme, alet ve araç kullanımı) olarak tanımlanır. Beceri, bilgiyi uygulama ve teknik bilgiyi (know-how) kullanarak görevleri yerine getirme ve problemleri çözme kabiliyeti anlamına gelir.

Yetkinlik, sorumluluk alabilme ve bağımsız çalışabilme (özerklik) yönünden tanımlanır. Yetkinlik, bilgiyi, becerileri ve kişisel sosyal ve/veya yöntemsel hünerleri mesleki ve kişisel gelişimde ve çalışma veya öğrenim durumlarında kullanma olarak tanımlanan kanıtlanmış kabiliyettir. Yetkinlik vasıf, hüner ve tutumun dinamik bir bileşimidir (38).

Yetkinlikler bağımsız çalışabilme ve sorumluluk alabilme yetkinliği, öğrenme yetkinliği, iletişim ve sosyal yetkinlik, alana özgü yetkinlik olmak üzere 4 gruba ayrılır.

Şekil 11. Avrupa Yükseköğretim Alanı-Yeterlilikler Çerçevesi (QF-EHEA) ve Avrupa Yeterlilikler Çerçevesi-Yaşamboyu Öğrenme (EQF-LLL) Düzey Tanımlayıcıları



Kaynak: Türkiye Yüksek Öğretim Yeterlilik Çerçevesi

2.5.6.2.Sağlık İletişiminde Yetkinliğin Temel Bileşenleri

Literatürdeki detaylı araştırmalara rağmen kişiler arası iletişimin yetkinliği ve bunun ölçülebilirliği arasında tam bir uzlaşmaya varılamamıştır. Yetkinlik hakkında yapılmış bir çok araştırma genel bir iletişim teorisi geliştirmek amacıyla ortaya çıkmıştır. Bu durum övgüye değer olmasına rağmen genel iletişim yetkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan incelemeler soyut ve teorik durumlar geliştirilmesine neden olmuştur. Bunlar soyut ve teorik yapılı ancak

zayıf işlevselliği ve öngörü gücü olan durumlardır. Yani bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri içeren yapıların birbirleriyle nasıl örtüştüğü ve ilişkilendirildiği açıkça ifade edilememiştir. Bu tür yaklaşımların bir diğer sonucu da sağlık iletişiminde yetkinliğin asıl davranışsal boyutunun göz ardı edilmesi olmuştur (10).

Yetkinlik üzerine araştırma yapmak iletişimsel davranışa dayanmaktadır. Cegala ve arkadaşlarının yaklaşımı genel iletişim teorisine karşı değildir ama onlara göre sağlık iletişiminde yetkinliğin ne olduğu ancak birçok değişik bağlamlarla türetilir. Bu yaklaşıma göre sağlık iletişiminde yetkinlik en iyi şekilde katılımcıların kullandıkları dil açısından tanımlanabilir ve bu kullanım iletişimin gerçekleştiği birincil sosyal ortamda bulunan kaynaklarla ve engellerle sınırlanmaktadır. Buna göre yetkinlik değerlendirmeleri katılımcıların iletişimsel olarak neyi başarmak istedikleri, iletilen mesajları nasıl algıladıkları ve birbirlerinin davranışlarına yükledikleri anlamlara göre değişmektedir. Sağlık iletişiminde yetkinliğe böyle bir yaklaşım, süreç bazlı bir araştırma modeli gerektirmektedir, gerçekleştirilen iletişimin ve iletişimsel davranışların izlenmesi mümkün olmalıdır (10).

Sosyal bilimcilerin iletişim yetkinliklerini değerlendirmek için kullandıkları metodlar içerik düzeyinde bilgi sağlamakla sınırlı kalmaktadır. İletişimsel yetkinlik değerlendirmesi, katılımcıların iletişimsel davranışlarının analizi ile başlar. Katılımcıların amaçlarını etkin bir şekilde ortaya koyan iletişimsel hareketler ve aynı zamanda birbirlerinin amaçlarını anlamalarını sağlayan iletişimsel davranışlar yetkinlik olarak tanımlanır (10).

Sağlık iletişiminde yetkinlik, iletişimsel davranışların analizini gerektirir. Bu analizin amacı iletişimi gerçekleştiren kişilerin hangi amaçlara bağlı olduklarını ortaya çıkarmaktır. Hekim ve hastaların tıbbi görüşme sırasında farklı hedefleri olsa da, literatür hekim-hasta iletişiminin iki ana hedefi olduğunu vurgulamaktadır. Bunlar bilgi paylaşımı ve ilişki geliştirmedir (10).

2.5.6.2.1. Bilgi Paylaşımı

Bilgi paylaşımı, hekim ile hasta arasındaki tıbbi görüşmenin vazgeçilmez ögesidir. Hekimler, doğru teşhis ve etkin tedavi planına karar verebilmek için hastadan bilgi almaya ihtiyaç duyarken, hastalar sağlık sorunları ve nasıl tedavi olacakları hakkında hekimlerden bilgi almaya ihtiyaç duyarlar (9).

Yetkin bir hekim-hasta iletişimi bir bakıma düzgün bir anamnez alımını kolaylaştıran bilgi paylaşımını işaret eder. Bu bilgi paylaşımı hastanın sağlık sorunun ne olduğu, nasıl bir tedaviye karar verileceği ve bunların hastaya nasıl açıklanacağına yöneliktir.

Şaşırtıcı olsa da belki de bilgi paylaşımı sırasındaki değişik algılar hekim ve hasta arasındaki yanlış anlaşılmanın esas kaynağı olabilir. Bu konuda yapılmış bir araştırmaya göre hastaların büyük bir kısmı olabildiğince çok bilgi almaya meraklıyken, hekimler hastaların bilgi edinme ihtiyaçlarını doğru bir şekilde algılayamamakta ve genellikle sundukları bilgilerin hastanın ihtiyacından fazla olduğunu zannetmektedirler.

Bilgi paylaşımı kavramı bir çok hekim-hasta iletişimi araştırmasının merkezinde olmasına rağmen tıbbi görüşme esnasında hekim ve hastanın nasıl

bilgi edinmeye çalıştıkları hakkında çok az şey bilinmektedir. Bunun bir nedeni de çalışmalarda genel iletişim kategorilerinin kullanılmasıdır.

Bir yandan da hekimin sunduğu bilgileri hastanın açısından tanımlamaya özen göstermemesi bilgi paylaşımının yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Tanı ve tedavi konularında verilen mesajların ne tarafından oluşturulduğu hasta ve hekime göre oldukça farklıdır. Bu farklılık bilginin nasıl anlaşıldığını da etkiler. Yani genel olarak bilgi paylaşımı tıbbi görüşmenin sağlık iletişimi açısından önemli bir parçasıdır. Ancak tıbbi görüşmelerdeki bilgi paylaşımı hakkında yeterli kaynak bulunmamaktadır (10).

Cegala ve arkadaşları tıbbi görüşme sırasındaki bilgi paylaşımının temel parçaları olan bilgi edinme, bilgi sunma ve bilgiyi doğrulama üzerinde durmuştur.

1. *Bilgi Edinme / Arama:* Araştırmacılar genellikle kişilerin bilgi edinme boyutunu soru sorma sıklıklarıyla değerlendirirler. Soruların işlevleri arasındaki farkı ayırt etmek veya soru içeriğini belirlemek için daha az çaba sarf edilmiştir. Benzer şekilde hastaların tıbbi konulardaki bilgi arayışı ve sosyal ya da idari konularla ilgili soruları arasında önemli farklılıklar vardır. Cegala ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada üç tip hasta sorusu tanımlanmıştır. Bunlar doğrudan sorular sorular, kendine güvenle sorulan sorular ve gömülü (gizlenmiş) sorulardır.
2. *Bilgi Sunma / Sağlama:* Hastaların hekimler tarafından sunulan bilgilere olan ilgi eksikliklerinin yanı sıra, hekimlerin bilgi sunma yöntemleridir oldukça tartışmalıdır. Amerika'da çalışan bir hekim olan Tuckett ve

Çalışma arkadaşları, sağlık iletişimi araştırmacılarının bilgi sağlama konusundaki değerlendirmelerinin yeterince detaylı olmamasını eleştirmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda bu konuda literatürde gelişmeler olmuştur. İlgili çalışmalarda bilgi sunma düzeyleri istemsiz olarak ya da direkt olarak sorulan sorulara verilen cevapların açıklanma ve detaylandırılma miktarlarına göre değerlendirilmiştir.

3. *Bilgiyi Doğrulama*: Hekim- hasta iletişimi ile ilgili yapılan çalışma ve araştırmalarda sağlık iletişiminde ve hastaların sağlık hizmeti alımında oldukça önemli olmasına rağmen bilginin doğrulanması konusuna daha az önem verildiği grlmektedir. Bilgiyi doğrulama, bilgiyi açıklamayı ve doğru algılanmasını hedefleyen; söylenenlerin tekrar edilmesini rica etmek, konunun özetlenmesini istemek gibi söylemlerdir (36).

2.5.6.2.2. İlişkisel Boyut

Araştırmalar gösteriyor ki hekim hasta görüşmeleri sırasında ortaya çıkan bir başka önemli faktör de ilişkisel boyuttur. Hasta merkezli sağlık iletişimi modeli hekim-hasta etkileşiminin ilişkisel boyutunu vurgulamaktadır. Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu hekimin ilgi ve alaka göstermesi ile hastanın kişisel memnuniyeti arasında önemli bir korelasyon olduğunu, bazı çalışmalar ise hekim ile hasta arasındaki iyi ilişkilerin hastanın tedaviye uyumunu artırdığını göstermektedir.

Tipik olarak hekimlerin hastalarıyla yeterli düzeyde ilişki kurmadıkları gözlenmektedir. Hekim ve hastanın ilişkisel iletişimleri güven, saygı ve bağlılıkla

ilgilidir. Bu bağlamda hekim-hasta arasındaki iyi bir ilişkisel boyut her iki tarafın da memnuniyetini artıracaktır (10).

2.6.İletişim Becerileri

İletişim, hem günlük hayatta hem de iş yaşamında meydana gelen değişimlerden ve gelişmelerden etkilenmektedir. İletişim becerisi, hem kişilerin yaşamlarını mutlu ve huzurlu geçirebilmeleri, iş hayatında başarılı olabilmeleri için gerekli olan sonradan kazanılabilir bir beceridir (39).

Bireylerin duygu, düşünce, inanç ve tutumlarını anlaşılabilir ve amacına uygun bir şekilde aktarma yeteneğine iletişim becerisi denir (40). Etkili ve iyi bir iletişim için şunlara dikkat edilmesi gerekir:

- Bireyin kendisine ve karşısındakilere içten saygı duyma
- Empatik anlayışla ile yaklaşma
- Etkin dinleme
- Somut konuşma
- Uygun bir şekilde kendini açma
- Ben dili kullanma
- Tek ve tam mesaj yollama
- Güvene dayalı davranışlar sergileme
- Açık ve dürüst olma
- Sözel ve sözsüz iletileri uyumlu bir şekilde kullanma

2.6.1. Saygı Duymak

Saygı; değeri, üstünlüğü, yaşlılığı, yararlılığı, kutsallığı, dolayısıyla bir kişiye, bir şeye karşı dikkatli, özenli, ölçülü davranmaya neden olan sevgi duygusu, hürmet; başkalarını rahatsız etmekten çekinme duygusudur. Kişinin kendine saygı duyması daha az savunucu olmasını ve diğer insanları daha kolay kabullenmesini sağlar.

Saygı, karşındakini yargılamamayı, yermemeyi ve alay etmemeyi gerektirir. Bu da bireye hoşgörü ile yaklaşabilmek anlamına gelir.

2.6.2. Empatik Anlayışla Yaklaşmak

Kişinin farklı kültürlere sahip başka bireylerle iyi iletişim kurabilmesini sağlar. Empati, kendini karşıdaki insanın yerine koyarak onun duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlamasıdır. Bu anlaşılan duygu ve düşüncelerin empati kurulan kişiye yansıtılması da empatinin vazgeçilmez bir aşamasıdır. Kişi duygularını tam olarak ifade etse bile bu ona karşıdaki kişi tarafından belli edilmezse iletişim tamamlanamaz. Ancak empati herkesin duygularını kendimizinmiş gibi benimseyip herkesi hoşnut etmeye çalışmak anlamına gelmez. Empati kurduğumuz kişiye yakınlık duymamız gerekmemektedir. Yakın duymak sempatidir. Sempati karşıdakiyle sevinip, karşıdakiyle acı çekmekken; empati, karşıdakinin duygularını anlamaktır (41).

2.6.3. Etkin Dinleme

İletişimde önemli olan çıkan sesleri duymak değildir. Seslerin kelimelere dönüşmesi, bu kelimelerin taşıdığı anlamı anlamaktır. Aksi takdirde çıkan sesler gürültüden öteye geçemez.

İletişim sürecinde işitilen, görülen her şey iletişim sürecini algılamada ve süreci harekete getirmekte önemlidir. Etkin dinlemede sadece duyulan kelimeleri değil, duygu ve tutumları da algılamak gerekmektedir. Sadece kelimeleri dinleyen kişiler kelimelerin arkasındaki duygu ve tutumları göremez. Dinleyen kişiler konuşanı mümkün olduğunca çok kanaldan dinlemeli, düşünceleri, duyguları ve tutumları anlamaya çalışmalıdır. Örneğin; bir hastanın hekimi tarafından takdir edilmesi güzel bir duygudur. Ama bu takdir şekli isteksiz, duygudan yoksun olursa ve hasta bunu algılasa bu hekimin kelimelerinin ötesini anlayabilmesinden kaynaklanmaktadır. Etkin dinlemede geri bildirimler çok önemlidir. Geri bildirim sayesinde konuşan kişi algılandığını, dinleyen kişinin fikirlerinin ne olduğunu algılayabilmektedir (42).

Olayların farklı bakış açılarıyla değerlendirilmesi bazı konularda yarar sağlamakla birlikte iletişim kopukluklarına da neden olmaktadır.

Algı kavramı yer ve zaman farkı olmaksızın kişiler arasında değişkenlik göstermektedir. Aynı ortamda bulunan farklı alıcıların algılamaları farklı sonuçlara ulaşmalarına neden olabilir. Kişiler farklı bilgilere, olaylara ilgi gösterebilmekte ya da aynı bilgi, olayları birbirinden farklı algılamakta bu yüzden

iletişimde engeller ortaya çıkabilmektedir. Bu algılama farklılıklarının artması, iletişimin etkililiğini azaltmaktadır (4).

İnsanların çoğu anlamaktan çok anlaşılmaq istediğı için başkası konuşurken onu anlamaya çalışmak yerine ona nasıl cevap vereceğini düşünür. Örneğin doktor istediğı tetkikleri yaptırmadığı için hastasından şikayet ederken hasta da doktorun kendisini dinlemediğinden ve doktoru anlayamadığından şikayet etmektedir. Burada tetkik isteyen doktor olduğu için hastasını dinlemesi gerekmektedir ancak doktor tetkik sonuçlarını değerlendirmek ister ve hastayı daha fazla dinleme gereğı duymaz ama bunun farkında değildir. Bu şekilde hekim ile hasta arasındaki sorun asla aşılamaz (41).

Sonuç olarak farklı dinleme biçimlerinden söz edilmektedir. Literatüre bakıldığında şu başlıklar görölmektedir:

Görünüşte Dinleme: Dinliyormuş gibi görünerek başka şeyler düşünmek.

Seçerek Dinleme: Sadece kendisinin yakınlık duyduğu alan ile ilgili olan kısımlarla ilgilenmek.

Saplanarak Dinleme: Duygusal olarak saplantılı olunan şeyi arama, sürekli güdülenecek ya da üzülecek bir şey bulmak için dinleme.

Savunucu Dinleme: Duyulan her şeyi kendine karşı bir saldırı olarak kabul etmek ve hemen savunmaya geçerek karşılık vermek.

Tuzak Kurucu Dinleme: Sessiz ve dikkatlice dinleyerek karşıda olan kişiyi zor duruma düşürmek için fırsat arayışı içinde olma; açık aramak, hata bulmak, eksikleri ortaya çıkarmak için dinleme.

Yüzeysel Dinleme: Konuşanın kullandığı kelimelere yüzeysel anlamlar yükleme ve altta yatan asıl anlama ulaşamama. Örneğin aile hekiminin “bir şey olursa tekrar gel” demesiyle sık sık aile hekimine gidip alakalı alakasız sorular soran hasta ve bu durumdan rahatsızlık duyan aile hekimi.

Aktif Dinleme: Konuşanı tam olarak anlamak amacıyla dinleme. Bu tek taraflı bir dinleme değil, karşılıklı bir etkileşimdir (41).

2.6.4. Etkin Anlatma

İletişimde etkili dinleme kadar etkin anlatma da oldukça önemlidir. Sağlık iletişiminde en sık karşılaşılan sorunların belki de en önemlisi etkin anlamadır. Çünkü anlatım doğru olmayınca mesaj alıcıya ulaştırılamaz ve iletişim süreci tamamen başarısızlığa uğrar.

Etkin anlatmanın üç özelliği vardır. Bunlar; doğruluk, açıklık ve etkinliktir. Yazının ya da konuşmanın doğru ve açık olması için aykırılık gibi anlatım bozukluklarından kaçınılmalıdır. Eksiklik, fazlalık, yabancı kelime kullanımı, sıra yanlışlığı ya da uyumsuzluk gibi bozuklukların önüne geçilmelidir. Bu hataların başlıca nedenleri ise az okuma, genel kültür eksikliği ve çoğu zamanda dikkatsizlik olarak sıralanabilir. Örneğin hekimin hastası ile iletişimde sürekli latince terimler kullanması büyük olasılıkla hastanın bir çok şeyi anlamamasına neden olur, bu yüzden de hasta başka bir hekime gitme ya da

büyük bir ihtimalle hastalığı daha önce geçiren birine danışma yoluyla bilgi edinmeye çalışacaktır. Önemli olan sizin ne kadar bilgi anlattığınız değil, karşı tarafın sizin anlattıklarınızı ne kadar anlayıp anlamadığıdır. Kişi ancak anlayabildiği bilgi dahilinde hareket edebilecektir. Hastanın sağlık sorununu anlatamaması önemli bir sorundur ve bu sorun etkin tedavi sürecini doğrudan etkileyecektir.

İletişim sürecinde etkili konuşmak ve anlatmak için şu kavramları bilmek gereklidir:

Artikülasyon: İnsanların anlayacağı kelimeleri oluşturmak için ses organlarını kullanabilme becerisine sahip olmak gerekir eğer ses organlarında bir sorun ya da noksan varsa etkili konuşma yapılamaz. Artikülasyon sırasında sözcükler açık ve net bir şekilde çıkarılmalı, yutulmamalıdır ve mırıldanılmamalıdır.

Telaffuz: Kelimeleri olması gerektiği şekilde doğru ses ve doğru vurguyla seslendirmektir. Telaffuzda yöresel ağız ifadelerinden kaçınmak ve yazı dili ile konuşmaya önem vermek gereklidir.

Dil bilgisi: Her dilin kendi kural ve özellikleri vardır. Dil kuralları dışında kullanıldığında anlam yönünden de bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden etkili anlatım için konuşan kişinin konuştuğu dilin ses, şekil, anlam ve cümle yapısı hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.

Sürat: Önemli olan söyleneceklerin anlamına uygun, normal konuşmadır. Dakikada 90-100 kelime konuşmak normaldir, vurgulanacak kelimeler de yavaşlamak çabuk ilerleyen düşünceleri anlatırken de hızlanmak gerekir.

Duraklama: Konuşmada noktalama işaretleri anlamındadır. Karşıdaki kişi ya da kişilerin konuşma içeriğini değerlendirmesi için metin anlamına uygun, gerekli vurgu ve tonlamaları yerinde yapabilmek için konuşan kişinin kendisini dinlemesi ve kolay nefes alması için ve bir sonraki söyleyeceklerinin planını yapabilmesi için duraklama yapılır.

Ses tonu: Sesin alçalıp, yükselmesi; azalıp, çoğalmasıyla değişik ses tonları ortaya çıkar. Bu konuşmayı daha iyi ilgi çekici ve anlamlı hale getirir. Böylece konuşma monotonluktan kurtulur ve dinleyicinin ilgisini çeker.

Ses gücü: Konuşan kişinin sesinin dinleyenlerin tümü tarafından kolaylıkla duyulabilmesidir. Ses gücünün yüksekliği konuşmacının kendine güven kazanmasını sağlamaktadır (41).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışmanın Tipi ve Çalışma Grubu

Araştırma metodolojik bir çalışma olup olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnek büyüklüğü ölçek madde sayısının en az 5 katı alınması kuralına göre hesaplanmış ve en az 200 aile hekimine ve onların 18 yaş ve üzerinde olan hastasına ulaşılmasına karar verilmiştir (43). Araştırmanın yapılacağı Aile Sağlığı Merkezleri Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın eğitim bölgeleri olan Ankara'nın Sincan, Etimesgut ve Yenimahalle ilçelerinden seçilmiştir. Alan uygulaması öncesinde hazırlanmış olan anketin anlaşılabilirliği 10 aile hekimi ve hastası üzerinde denenmiştir. Yapılan deneme uygulamasında anketin uygulanmasıyla ilgili sorunlarla karşılaşılması üzerine asıl uygulamaya geçilmiştir. Asıl uygulamada katılımcıların aynı kriterlere uyan kişiler olması sağlanmıştır. Alan uygulamasından sonra, eksiksiz doldurulmuş olan 253 hasta ve 253 aile hekimi anketinin tamamı analize alınmıştır.

3.2.Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Sincan, Etimesgut ve Yenimahalle ilçelerinde gerçekleştirilmiştir.

Etimesgut ilçesi, Ankara'nın batısında Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. İlçenin 2014 yılı yıl ortası nüfusu 501.351 olarak belirlenmiştir. Nüfusun %50.41'i erkek,%49.59'ukadındır. Bu nüfusun %24.22'si 15 yaş altı, %69.71'u 15-64 yaş arası, %6.07'si 65 yaş ve üzeridir. Aile sağlığı merkezine başvuranların çoğunluğu ev hanımı, emekli, işçi ve memur; az sayıda

serbest çalışan ve öğrenci olup orta derecede sosyoekonomik düzeye sahiptir. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan %1,85, lise altı bir okulda eğitim görmüş %38,56, lise mezunu %30,63, yükseköğrenim mezunu %23.87 ve bilinmeyen %2.87'dir. Aile sağlığı merkezlerinde toplam 109 hekim hizmet vermektedir ve aile hekimi başına düşen kişi sayısı 4587'dir.

Sincan ilçesi Ankara'nın batısında Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. 2014 yılı yıl ortası nüfusu 497516'dır. Nüfusun %50,99'u erkek, 49,01'i kadındır. Nüfusun %26'sı 15 yaş altı, %69'ı 15-64 yaş arası ve %3'ü de 65 yaş ve üzeridir. Aile sağlığı merkezlerine başvuranların çoğunluğu işçi ve memur, az sayıda serbest çalışan ve emekli olup, orta derecede sosyoekonomik düzeye sahiptir. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan %5, lise altı bir okulda eğitim görmüş %64, lise mezunu %19, yükseköğrenim mezunu %8, bilinmeyen %4'tür. İlçede hizmet veren toplam aile hekimi sayısı 133, aile hekimi başına düşen kişi sayısı 3849'dur.

Yenimahalle ilçesi Ankara'nın kuzeyinde Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. 2014 yılı yıl ortası nüfusu 608.217'dir. Nüfusun %49,01'i erkek, %50,99'u kadındır. Nüfusun %20,33'ü 15 yaş altı, %72,50'si 15-64 yaş arası, %7,17'si 65 yaş üstüdür. Aile sağlığı merkezlerine başvuranların çoğunluğu işçi ve memur, az sayıda serbest çalışan ve emekli olup, orta derecede sosyoekonomik düzeye sahiptir. Bölgede yaşayan halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan %2,25 , %38,93'ü lise altı bir okulda eğitim görmüş, %29,36'sı lise mezunu, %26,17'si yükseköğrenim mezunu, %2,76'sı bilinmemektedir.

İlçede 152 aile hekimi hizmet vermekte ve aile hekimi başına düşen kişi sayısı 3947'dir.

3.3.İzinler

Ohio Devlet Üniversitesi İletişim Bölümünden Cegala ile Louisville Üniversitesi Aile ve Toplum Hekimliği Bölümünden Coleman tarafından 1998 yılında hazırlanan “Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Geliştirilmesi ve Kısmi Değerlendirilmesi” isimli çalışmanın örnek alınması ve içeriğinin kullanılması için mail ortamında izin alınmıştır. İzin yazısı ek-1’de sunulmuştur.

Çalışma için, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan onay alınmıştır. Onay belgeleri ek2 ve 3’de sunulmuştur.

3.4.Verİ Toplama Araçları

Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması gerçekleştirilmiştir. Cegala ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş ölçeklerin hem hekim hem de hasta ayağının Türkçeye uyarlanmasında grup çevirisi (dil geçerliliği) ve uzman görüşü yöntemleri kullanılmıştır. Ölçek ek-4’de sunulmuştur. Dil geçerliliği için çeviri-tersine çeviri yöntemi kullanılmıştır (44).

Bu aşama için ölçek maddeleri, ikisi İngilizce tercüman olan üç kişi tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra bu metinler yine ikisi İngilizce öğretmeni olan üç farklı kişi tarafından ayrı ayrı olmak üzere tekrar İngilizceye çevrilmiştir. En sonunda, ölçme araçlarının çevirilerinde grupta çalışmanın yararlı olduğu yönündeki önerilere uygun olarak bu çeviriler hem İngilizceye hem de ölçülen kavrama hâkim iki araştırmacı tarafından

karşılaştırılarak tek bir çeviri metin oluşturulmuştur (45). Çeviri metnin görünüm geçerliliğini sağlamak üzere, ikisi tıp biri sosyoloji kökenli üç araştırmacı tarafından maddeler gözden geçirilerek ölçeklerin son haline karar verilmiştir. Ölçekler, bu haliyle, geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında kullanılan hekim ve hastalardan veri toplama aracının ikinci bölümünü oluşturmuşlardır.

Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçekleri, hekim ve hastaninkiler birbirine paralel olan ifadelerden oluşmaktadır. Bu ifadeler kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, kararsızım, kısmen katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde cevaplanarak bu cevaplar sırayla 1,2,3,4,5,6,7 numaralarıyla puanlanmıştır. Cegala ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık iletişimde yetkinlik ölçeği hekim ve hastaların yetkinliğini “bilgi sunma”, “bilgi edinme”, “bilgiyi doğrulama” ve “sosyoduygusal iletişim (duygusal destek)” kümeleri altında incelemektedir.

Çalışmadaki veri toplama anketleri üçer bölümden oluşmaktadır: Hekimler için olan sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğinin birinci bölümü 6 sorudan oluşup tanımlayıcı bilgileri içermektedir, ikinci bölüm 37 ifadeden oluşan 7’li likert ölçeğidir; bunların ilk 24’ü hekimin kendi iletişim davranışlarını, son 13’ü ise hekime göre hastanın iletişim davranışlarını içermektedir, son bölümde ise hekimin hastası ile görüşmesini değerlendiren 3 adet 1’den 3’e kadar puanlama olan soruları vardır. Hekim anket formu ek-5’de sunulmuştur. Hastalar için olan sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğinin birinci bölümü 9 sorudan oluşup tanımlayıcı bilgileri içermektedir, ikinci bölüm 40 ifadeden oluşan 7’li likert ölçeğidir; bunların ilk 16’sı hastanın kendi iletişim davranışlarını, son 24’ü ise

hastaya göre hekimin iletişim davranışlarını içermektedir, son bölümde ise hastanın hekim ile görüşmesini değerlendiren 3 adet 1’den 3’e kadar puanlama olan soruları vardır. Hasta anket formu ek-6’de sunulmuştur.

Hekim ve hastaların sağlık iletişiminde kendi yetkinliklerini değerlendirdikleri ifadelerin tümü “özyetkinlik”, karşı tarafı değerlendirdikleri ifadelerin tümü ise “diğer yetkinlik” olarak isimlendirilmiştir.

Anket formlarında bölümlere göre aşağıdaki sorular yer almıştır:

Hekim Anketi 1. Bölüm:

- Tanımlayıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, toplam hekimlik yılı, uzaman aile hekimi olma durumu, uzman aile hekimliği yılı)

Hekim Anketi 2. Bölüm:

- Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği

Hekim Anketi 3. Bölüm:

- Hekimin hastasının ziyaret amacını karşılama derecesi
- Hekime göre hastasının bilgi edinme isteğinin derecesi
- Hekimin hastasının bilgi edinme ihtiyacını karşılama derecesi

Hasta Anketi 1. Bölüm:

- Tanımlayıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslek, gelir getiren bir işte çalışma durumu, hane toplam geliri, ilgili aile hekime kayıtlı olma yılı)

Hasta Anketi 2. Bölüm:

- Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği

Hasta Anketi 3. Bölüm:

- Hastanın hekim ziyaretinden memnuniyet derecesi
- Hastanın bilgi edinme isteğinin derecesi
- Hastanın bilgi edinme ihtiyacını karşılama derecesi

Sağlık iletişimde yetkinlik varlığı, elde edilen puanların ortalama değerlerine göre değerlendirilmiştir. Ortanca değer üzerindeki puanlara sahip hekim ve hastalar ilgili alanda yetkin kabul edilmiştir.

3.5.Araştırmada Kullanılan Terimler

Hekim ve hastaların sağlık iletişimde kendi yetkinliklerini değerlendirdikleri ifadelerin tümü “özyetkinlik”, karşı tarafı değerlendirdikleri ifadelerin tümü ise “diğer yetkinlik” olarak isimlendirilmiştir.

Bilgi sunma: Kişinin karşısındaki kişiye bir konuda sahip olduğu bilgiyi iletmesidir.

Bilgi edinme: Kişinin karşısındaki kişiden bir konu hakkında bilgi alması ve bu bilgiyi almak için olan çabasıdır (konu hakkında soru sormak gibi).

Bilgiyi doğrulama: Bilgiyi açıklamayı ve doğru algılanmasını hedefleyen; söylenenlerin tekrar edilmesi, söylenenlerin tekrar edilmesini rica etmek, konunun özetlenmesini istemek gibi söylemlerdir.

Duygusal destek (sosyoduygusal iletişim): Kişilerin iletişim sürecinde birbirlerine hissettirdikleri güven saygı ve bağlılık gibi duygulardır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Uygulama Şekli

Belirtilen kısımların yer aldığı anket formları ile Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olan Dr. Asuman Tezel Kahrıman tarafından sahada uygulanmıştır. Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği anket formları belirlenen Aile hekimlerine ve hastalarına tıbbi görüşmeyi (muayeneyi) takiben yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Katılımcı başına anket doldurma süresi ortalama 10-15 dakikadır.

Uygulamanın başında katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış, kendilerine anket hakkında kısa bilgi aktarılmış ve “Katılımcı Onam Formu” sunularak rızaları alınmıştır.

3.7. Veri Analizi

Uygulamadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle normal dağılıma uygunluk analizleri yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum;maximum) olarak verilmiştir.

Sağlık iletişimde yetkinliği değerlendirmeye yönelik hekim anketlerindeki 24 özyetkinlik ifadesi ve 13 diğer yetkinlik ifadesi faktör analizi neticesinde 2’şer boyuta dönüşmüştür. Hastaların anketlerindeki 16 özyetkinlik ifadesinden 3 tanesi faktör yükü yetersiz olduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır böylece 13 özyetkinlik ifadesi ve 24 diğer yetkinlik ifadesi faktör analizi sonucunda 3’er boyuta dönüşmüştür. Bu faktörler:

Hekimlerin özyetkinlik ifadelerini

1. Bilgi sunma
2. Bilgi edinme, bilgileri doğrulama ve duygusal destek,

Diğer yetkinlik ifadelerini

1. Bilgi edinme
2. Bilgileri doğrulama ve duygusal destek

Hastaların özyetkinlik ifadelerini

1. Bilgi sunma
2. Bilgileri doğrulama
3. Bilgi edinme ve duygusal destek

Diğer yetkinlik ifadelerini ise

1. Sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme
2. Tetkik ve tedavi ile ilgili bilgi edinme
3. Bilgileri doğrulama ve duygusal destek

şeklinde isimlendirilen başlıklar altında toplamıştır.

3.8.Araştırma Takvimi

Planlama Aşaması

Literatür Tarama: Ağustos, Eylül, Ekim 2015

Araştırma Önerisinin Hazırlanması: Eylül, Ekim 2015

Uygulama Aşaması

Verilerin Toplanması: Ekim, Kasım, Aralık 2015, Ocak 2016

Verilerin Bilgisayara Aktarılması: Ocak 2016

Analiz Aşaması

Verilerin Analizi : Şubat 2016

Verilerin Yorumu: Şubat, Mart 2016

Rapor Aşaması

Tez Raporunun Hazırlanması: Mart 2016

Tez Raporunun Sunulması: Nisan 2016

3.9.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmayı uygulama sürecinde bazı hastalar görüşme yaptıkları (muayene oldukları) aile hekiminin kayıtlı nüfusundan değildir, misafir hasta olarak başvurmuşlardır. Bu durum yetkinlik puanlarını hastanın ilgili aile hekimine kayıtlı olma yılıyla karşılaştırmayı engellemiştir.

4. BULGULAR

4.1.Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırmaya 253'ü hekim, 253'ü hasta olmak üzere 506 kişi katılmıştır.

Hekimlerin 135'i (%53,4), hastaların ise 147'si (58,1) kadındır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016.

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=253)		
25-34 yaş	75	29,6
35-44 yaş	43	17,0
45-54 yaş	130	51,4
55 yaş ve üzeri	5	2,0
Cinsiyet (n=253)		
Kadın	135	53,4
Erkek	118	46,6
Medeni Durum (n=253)		
Evli	158	62,5
Bekar	95	37,5
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=253)		
Çocuğu yok	91	36,0
Çocuğu var	162	64,0
Uzman Hekim Olma Durumu (n=253)		
Uzman Hekim Değil	226	89,3
Uzman Hekim	27	10,7

*:kolon yüzdesi

Tablo 1'de araştırmaya katılan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin 75'i (%29,6) 25-34 yaş

grubunda, 43'ü (%17,0) 35-44 yaş grubunda, 130'u (%51,4) 45-54 yaş grubunda ve 5'i (%2,0) ise 55 yaş ve üzerindedir. Evli olduğunu belirten hekim sayısı 158 (%62,5) iken 95 (%37,5) hekim bekar olduklarını belirtmiştir. Hekimlerin 91'i (%36,0) çocuk sahibi olmadıklarını, 162'si (%64,0) ise çocuk sahibi olduklarını ifade etmiştir. Araştırmaya 27 (%10,7) uzman doktor aile hekimi ve 226 (%89,3) uzman olmayan aile hekimi katılmıştır.



Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2016.

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=253)		
18-24 yaş	30	11,9
25-34 yaş	92	36,4
35-44 yaş	35	13,8
45-54 yaş	26	10,3
55 yaş ve üzeri	70	27,6
Cinsiyet (n=253)		
Kadın	147	58,1
Erkek	106	41,9
Medeni Durum (n=253)		
Evli	195	77,1
Bekar	58	22,9
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=253)		
Çocuğu yok	56	22,1
Çocuğu var	197	77,9
Öğrenim Durumu (n=252)		
İlkokul	30	11,9
Ortaokul	42	16,7
Lise	110	43,7
Yüksekokul/Üniversite	70	27,8
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu (n=253)		
Çalışmıyor	147	58,1
Çalışıyor	106	41,9
Aylık Toplam Hane Geliri (n=252)		
1000 TL ya da daha az	12	4,8
1001 TL -1500 TL	34	13,5
1501 TL -2000 TL	42	16,7
2001 TL - 2500 TL	80	31,7
2501 TL – 5000 TL	54	21,4
5001 TL ve üstü	30	11,9

%:kolon yüzdesi

Tablo 2’de araştırmaya katılan hastaların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların 30’u (%11,9) 18-24 yaş grubunda, 92’si (%36,4) 25-34 yaş grubunda, 35’i (%13,8) 35-44 yaş grubunda, 26’sı (%10,3) 45-54 yaş grubunda ve 70’i (%27,6) ise 55 yaş ve üzerindedir. Evli olduğunu belirten hasta sayısı 195 (%77,1) iken 58 (%22,9) hasta bekar olduklarını belirtmiştir. Hastaların 56’sı (%22,1) çocuk sahibi olmadıklarını, 197’si (%77,9) ise çocuk sahibi olduklarını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların 30’u (%11,9) ilkokul mezunu, 42’si (%16,7) ortaokul mezunu, 110’u (%43,7) lise mezunu, 70’i (%27,8) yüksekokul veya üniversite mezunu olduklarını belirtmiştir.

Gelir getiren bir işte çalışmadıklarını ifade eden hasta sayısı 147 (%58,1) iken gelir getiren bir işte çalıştığını ifade eden hasta sayısı 106’dır (%41,9). Yine araştırmaya katılan hastaların 12’si (%4,8) aylık toplam hane gelirlerinin 1000 TL ya da daha az olduğunu, 34’ü (%13,5) 1001-1500 TL olduğunu, 42’si (%16,7) 15001-2000 TL olduğunu, 80’i (%31,7) 2001-2500 TL olduğunu, 54’ü 2501-5000 TL olduğunu ve 30’u (%11,9) 5001 TL ve üstü olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hekimlerle ilgili Bazı Sayısal Verilerin Ortalama ve Ortanca Değerlerinin Dağılımı, Ankara, 2016.

	N	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca(min;-maks;)
Yaş	253	41,6 $\pm$ 8,5	45,0 (26,0-59,0)
Çocuk Sayısı	162	1,7 $\pm$ 0,7	2,0(1,0-3,0)
Hekimlik Yılı	253	16,7 $\pm$ 8,8	20,0(1,0-32,0)
Uzmanlık Yılı	27	5,7 $\pm$ 4,9	4,0(1,0-17,0)

Tablo 3’de araştırmaya katılan hekimlerle ilgili bazı sayısal verilerin ortalama ve ortanca değerlerinin dağılımı sunulmuştur. Hekimlerin yaş ortalaması 41,6 $\pm$ 8,5 iken ortancası 45,0 (26,0-59,0)’dir. Çocuk sahibi olan hekimlerin çocuk sayısı ortalaması 1,7 $\pm$ 0,7; ortancası 2,0(1,0-3,0)’dir. Araştırmaya katılan hekimlerin hekim olarak çalışma yıllarının ortalaması 16,7 $\pm$ 8,8’dir. Uzman doktor olanlar ise ortalama 5,7 $\pm$ 4,9 yıldır uzman olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hastalarla ilgili Bazı Sayısal Verilerin Ortalama ve Ortanca Değerlerinin Dağılımı, Ankara, 2016.

	N	Ortalama±SD	Ortanca(min;-maks;)
Yaş	253	41,6±15,1	35,0 (20,0-80,0)
Çocuk Sayısı	196	2,1±1,0	2,0(1,0-6,0)
Kaç yıldır bu aile hekimine gidiyor	217	3,5±1,6	4,0(1,0-7,0)

Tablo 4’de araştırmaya katılan hastalarla ilgili bazı sayısal verilerin ortalama ve ortanca değerlerinin dağılımı sunulmuştur. Hastaların yaş ortalamaları 41,6±15,1’dir; ortancaları ise 35,0 (20,0-80,0)’dir. Çocuk sahibi olan hekimlerin çocuk sayısı ortalaması 2,1±1,0; ortancası 2,0(1,0-6,0)’dir. Araştırmaya katılan hastaların çalışma anketinin uygulandığı aile hekimine gitme yıllarının ortalaması 3,5±1,6; ortancası ise 4,0(1,0-7,0)’dür.

4.2.Faktör Analiziyle İlgili Bulgular

Tablo 5. Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Temel Değişkenler Analizi, Ankara, 2016.

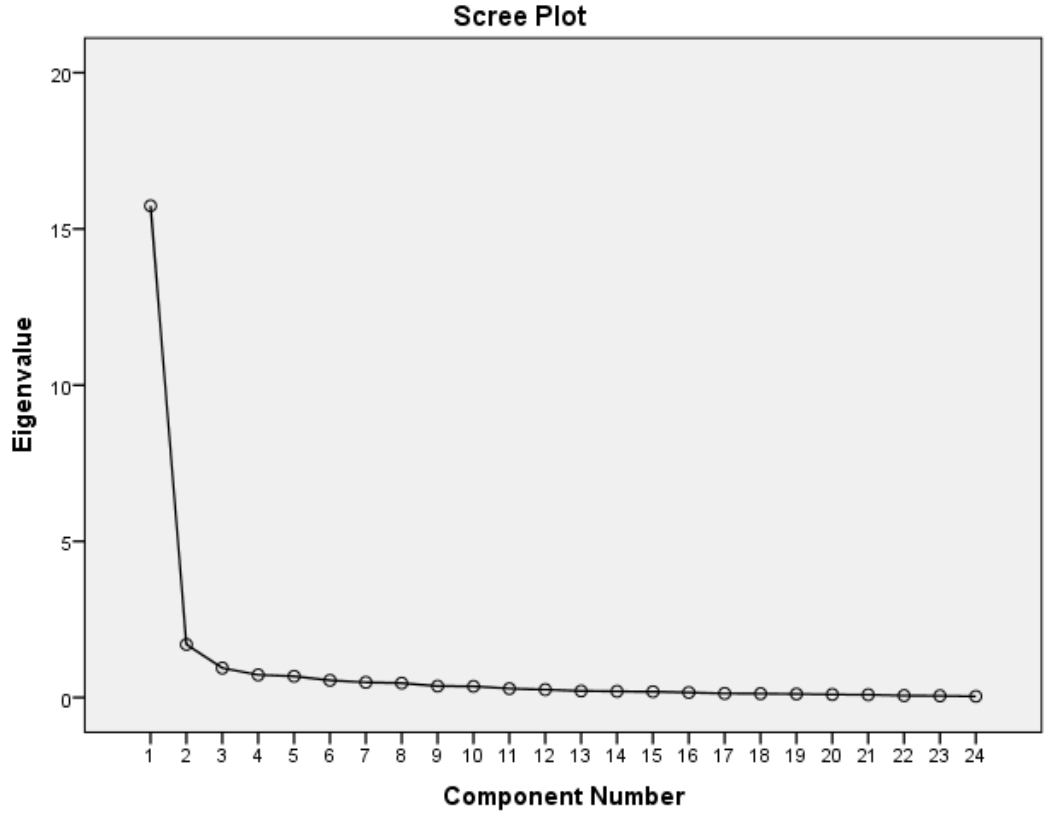
	Faktör	Varyans Değerleri Eigenvalues	Varyans Yüzdesi (%)	Kümülatif Varyans (%)
Hekim Öz Yetkinlik	1. Bilgi sunma	15,739	65,580	65,580
	2. Bilgi edinme, bilgileri doğrulama ve duygusal destek	1,697	7,072	72,652
Hekim Diğer Yetkinlik	1. Bilgi edinme	9,202	70,782	70,782
	2. Bilgileri doğrulama ve duygusal destek	1,082	8,323	79,105
Hasta Öz Yetkinlik	1. Bilgi sunma	6,526	50,199	50,199
	2. Bilgileri doğrulama	1,645	12,657	62,857
	3. Bilgi edinme ve duygusal destek	1,281	9,858	72,714
Hasta Diğer Yetkinlik	1. Bilgi edinme	14,063	58,596	58,596
	2. Tetkik ve tedavi ile ilgili bilgi edinme	1,877	7,822	66,419
	3. Bilgileri doğrulama ve duygusal destek	1,558	6,491	72,910

Tablo 5’de sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği temel değişkenler analizi sonuçları sunulmuştur. Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği temel birleşenler analizi adına hekimlerin öz yetkinliklerine ait “15,739” ve “1,697” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip iki faktör, hekimlerin hastaların yetkinliklerini değerlendirmelerine ait “9,202” ve “1,082” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip iki faktör, hastaların öz yetkinliklerine ait “6,526” ; “1,645” ve “1,281” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip üç faktör, hastaların hekimlerin yetkinliklerini değerlendirmelerine ait “14,063” ; “1,877” ve “1,558” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip üç faktör elde edilmiştir. Hekimlerin öz

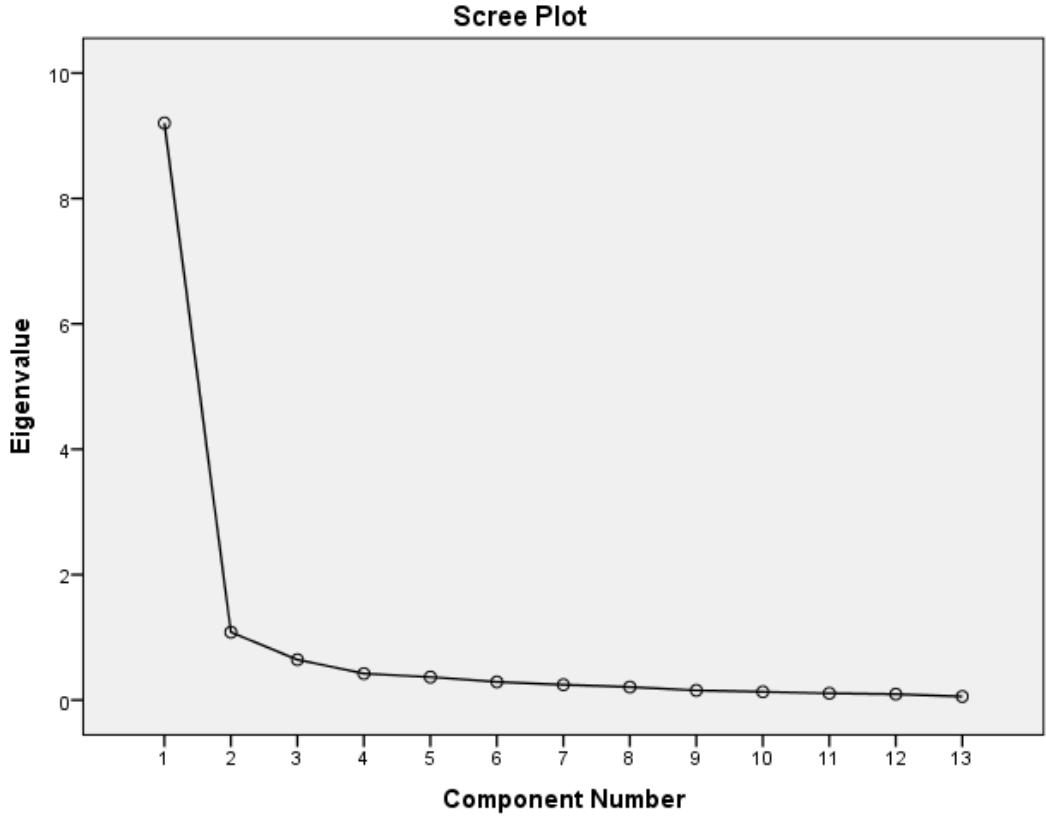
yetkinliklerini ifade eden faktörler toplam varyansın %72,652'si; hekimlerin hastaların yetkinliklerini değerlendirmesini ifade eden faktörler toplam varyansın %79,105'i; hastaların öz yetkinliklerini ifade eden faktörler toplam varyansın %72,714'ü; hastaların hekimlerin yetkinliklerini değerlendirmesini ifade eden faktörler ise toplam varyansın %72,910'u tarafından açıklanmaktadır.

Hekimlerin hastayı değerlendirmelerinin 1. Faktörü olan **“Sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme”**nin toplam varyans içindeki payı %70,782; hastaların hekimi değerlendirmelerinin 1. Faktörü olan **“Sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme ve anlama”**nın ise %58,596'dur. Bu istatistiksel veriler bu faktörlerin diğer faktörler içinde en önemlileri olduğunu göstermektedir.

Grafik 1. Hekimlerin Öz ve Diğer Yetkinlikleri için Özdeğer Eğim Grafikleri.



Grafik 1.a. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Öz Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.



Grafik 1.b. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Diğer Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin sağlık iletişimde özyetkinlik ve diğer yetkinlik bölümleri için özdeğer eğim grafiği incelendiğinde birinci özdeğerden ikinci özdeğere grafiğin keskin bir düşüş gösterdiği, ikinci özdeğerden itibaren yataylaştığı görülmektedir (Grafik 1a ve 1b). Ölçeğin bu yapısını bozan ifadeler olup olmadığını değerlendirmek için ifadelerin faktör yüklerine bakılmıştır (Tablo 6). Faktör yükleri 0,50'nin üzerinde olan ifadeler geçerli sayılmıştır.

Tablo 6. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Faktör Yapısı, Ankara, 2016.

Öz Yetkinlik				Diğer Yetkinlik			
<i>*KMO: 0,941</i>		<i>**p<0,001</i>		<i>*KMO:0,916</i>		<i>**p<0,001</i>	
Faktör 1		Faktör 2		Faktör 1		Faktör 2	
#İfade	Yük	#İfade	Yük	#ifade	Yük	#İfade	Yük
1	0,692	11	0,572	25	0,888	30	0,776
2	0,623	12	0,639	26	0,846	31	0,760
3	0,666	13	0,724	27	0,869	32	0,771
4	0,827	14	0,591	28	0,817	33	0,817
5	0,761	15	0,711	29	0,568	34	0,772
6	0,808	16	0,750			35	0,638
7	0,789	17	0,593			36	0,857
8	0,816	18	0,821			37	0,737
9	0,577	19	0,830				
10	0,642	20	0,843				
		21	0,831				
		22	0,865				
		23	0,799				
		24	0,779				

***Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy**

****Bartlett's Test of Sphericity**

#İfadeler:

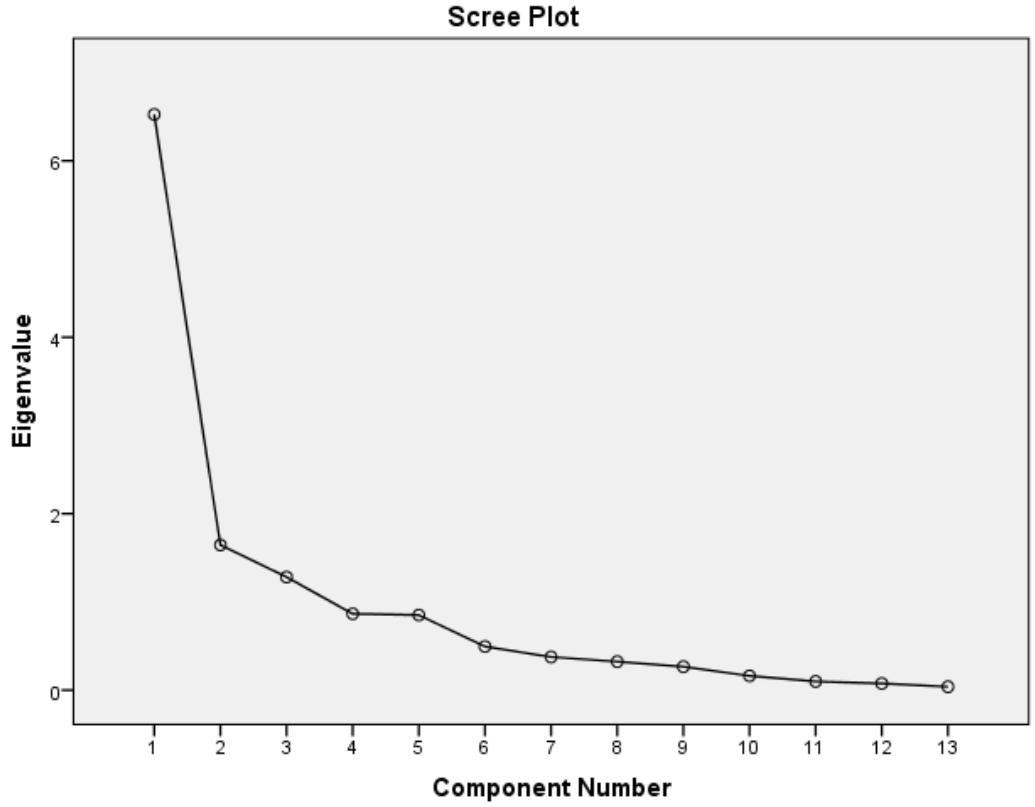
- 1.Sağlık sorununun tanısını hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 2.Sağlık sorununun sebeplerini hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 3.Sağlık sorununun tedavisini hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 4.Tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 5.İhtiyaç duyulan tahlillerin amaçlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 6.Reçete edilen ilaçların hastanın sağlık sorununa nasıl çözüm olacağını hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 7.Reçete edilen ilaçların nasıl alınacağını hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 8.İlaçların olası yan etkilerini hastaya iyi bir şekilde sundum.

- 9.Hastanın sağlık sorununun uzun vadede sonuqlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.
- 10.Hasta için önemli olan bilgileri tekrar ettim .
- 11.Hastanın benim açıklamalarımı anladığından emin oldum.
- 12.Hastanın benim yönlendirmelerimi anladığından emin oldum.
- 13.Hastanın sunduğu bilgileri anladığıma emin oldum.
- 14.Hastayı soru sorması için cesaretlendirdim.
- 15.Hastaya doğru soruları sordum.
- 16.Hastaya açık ve anlaşılır sorular sordum.
- 17.Açık uçlu sorular kullandım.
- 18.Hastanın anlayabileceği dili kullandım.
- 19.Sıcak kanlı ve arkadaşça davrandım.
- 20.Güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladım.
- 21.Hastayı ona özen gösterdiğimi belli ettim.
- 22.Hastayı rahat ve konforlu hissettirdim.
- 23.Merhamet gösterdim.
- 24.Açık ve dürüsttüm.
- 25.Hasta sağlık sorunu ile ilgili gerekli öyküyü sağladı.
- 26.Hasta sağlık sorunu ile ilgili semptomları açıkladı.
- 27.Hasta Hangi ilaçları aldığını açıkladı.
- 28.Hasta sorularımı net bir şekilde cevapladı.
- 29.Hasta sorularımı dürüstçe cevapladı.
- 30.Hasta anlamadığı bir şey olduğu zaman bunu bana belli etti.
- 31.Hasta bir şeyi tekrar etmemi istediği zaman bunu bana belli etti.
- 32.Hasta anlamadığı terimleri açıklamamı istedi.
- 33.Hasta sağlık durumu ile ilgili sorular sordu.
- 34.Hasta sorduğu soruların cevaplarını takip etti.
- 35.Hasta uygun sorular sordu.
- 36.Hasta güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladı.
- 37.Hasta açık ve dürüsttü.

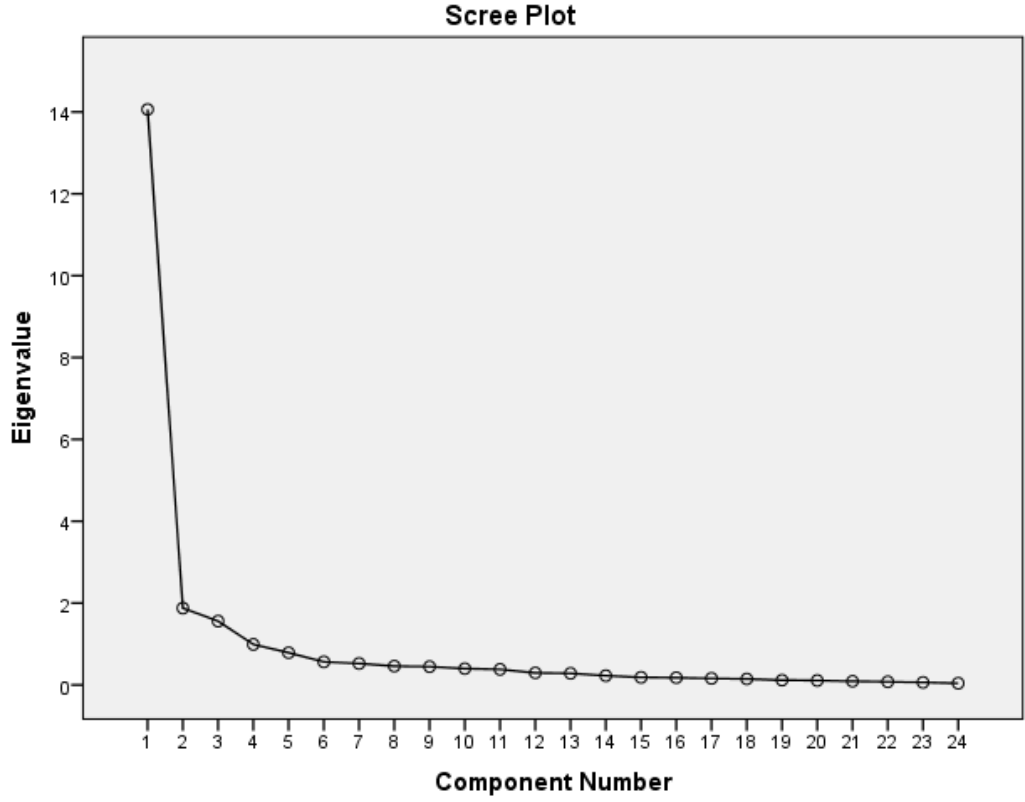
Tablo 6’da hekimlerin sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeğinin faktör yapısı sunulmuştur. Faktör yükleri 0,50’nin üzerinde olan ifadeler alınmıştır. Faktör

yükü yetersiz olan bir ifade saptanmamıştır. Hekimlerin öz yetkinliklerini değerlendirme 1. Faktörü 10 ifadeden, 2. Faktörü 14 ifadeden, hastaların yetkinliğini değerlendirme 1. Faktörü 5 ifadeden, 2. Faktörü ise 8 ifadeden oluşmaktadır.

Grafik 2. Hastaların Öz ve Diğer Yetkinlikleri için Özdeğer Eğim Grafikleri.



Grafik 2.a.Hastaların Sağlık İletişiminde Öz Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.



Grafik 2.b.Hastaların Sağlık İletişiminde Diğer Yetkinlik Ölçeğinin Özdeğer Eğim Grafiği, Ankara, 2016.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık iletişimde özyetkinlik ve diğer yetkinlik bölümleri için özdeğer eğim grafiği incelendiğinde birinci özdeğerden üçüncü özdeğere grafiğin keskin bir düşüş gösterdiği, üçüncü özdeğerden itibaren yataylaştığı görülmektedir (Grafik 2a ve 2b). Ölçeğin bu yapısını bozan ifadeler olup olmadığını değerlendirmek için ifadelerin faktör yüklerine bakılmıştır (Tablo 7). Faktör yükleri 0,50'nin üzerinde olan ifadeler geçerli sayılmıştır.

Tablo 7. Hastaların Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Faktör Yapısı, Ankara, 2016.

Öz Yetkinlik						Diğer Yetkinlik					
*KMO: 0,824			** p<0,001			*KMO:0,923			** p<0,001		
Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3		Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3	
#İfade	yük	#İfade	Yük	#İfade	yük	#İfade	Yük	#İfade	Yük	#İfade	Yük
1	0,854	7	0,841	12	0,893	17	0,706	20	0,631	27	0,673
2	0,756	8	0,858	14	0,935	18	0,647	21	0,725	28	0,710
4	0,509			15	0,753	19	0,816	22	0,628	29	0,707
5	0,813					31	0,754	23	0,575	30	0,672
6	0,852					32	0,810	24	0,855	35	0,687
11	0,615					34	0,694	25	0,731	36	0,686
13	0,836							26	0,626	37	0,746
16	0,815									38	0,797
										39	0,797
										40	0,682

*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

**Bartlett's Test of Sphericity

#İfadeler:

1.Sağlık sorunumla ilgili öyküyü doktora iyi bir şekilde anlattım.

- 2.Sağlık sorununun belirtilerini doktora iyi bir şekilde tanımladım.
- 4.Hangi ilaçları aldığımı doktora iyi bir şekilde açıkladım.
- 5.Doktorun sorularına eksiksiz cevap verdim.
- 6.Doktorun sorularına dürüstçe cevap verdim.
- 7.Doktora anlamadığım bir şey olduğunda söyledim.
- 8.Doktora tekrarlamasını istediğim bir şey olduğunda söyledim.
- 11.Doktordan anlamadığım terimleri açıklamasını rica ettim.
- 12.Doktora tüm sorularımı sordum.
- 13.Bana sorulan sorulara cevap verdim.
- 14.İhtiyacım olan tüm bilgileri aldım.
- 15.Güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundum.
- 16.Açık ve dürüstüm.
- 17.Doktor sağlık sorununun ne olduğunu beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 18.Doktor sağlık sorununun nedenini beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 19.Doktor iyileşmem için neler yapabileceğimi beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 20.Doktor tedavi seçiminin avantajları ve dezavantajlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 21.Doktor ihtiyaç duyulan tahlillerin amaçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 22.Doktor reçete edilen ilaçların sağlık sorunuma nasıl çözüm olacağını beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 23.Doktor reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağımı beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 24.Doktor ilaçların olası yan etkilerini beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 25.Doktor sağlık sorununun uzun vadede sonuçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.
- 26.Doktor benim için önemli bilgileri tekrar etti.
- 27.Doktor açıkladıklarını anladığımdan emin oldu.
- 28.Doktor yönlendirmelerini anladığımdan emin oldu.
- 29.Doktor benim söylediklerimi anlayıp anlamadığını kontrol etti .
- 30.Doktor soru sormam için beni cesaretlendirdi.
- 31.Doktor bana sağlık sorunumla ilgili sorular sordu.
- 32.Doktorun soruları açık ve anlaşılırdı.
- 33.Doktor sağlık sorunum ile ilgili detaylı sorular sormama imkan sağladı.
- 34.Doktor anlayabileceğim dili kullandı.
- 35.Doktor sıcak kanlı ve arkadaşçaydı.
- 36.Doktor güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundu.
- 37.Doktor beni önemseydiğini gösterdi.
- 38.Doktor beni rahat ve konforlu hissettirdi.

39.Doktor bana merhamet gösterdi.

40.Doktor açık ve dürüsttü.

Tablo 7’de hastaların sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğinin faktör yapısı sunulmuştur. Faktör yükleri 0,50’nin üzerinde olan ifadeler alınmıştır. Bu değerin altında kalan 3., 9. ve 10. İfade faktör yapısına dahil edilmemiştir. Hastaların öz yetkinliklerini değerlendirme 1. Faktörü 8 ifadeden, 2. Faktörü 2 ifadeden, 3. Faktör 3 ifadeden; hekimlerin yetkinliğini değerlendirme 1. Faktörü 6 ifadeden, 2. Faktörü ise 7 ifadeden, 3. Faktörü ise 10 ifadeden oluşmaktadır.

Tablo 8. Hekimlerin Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Cronbach Alfa ve Korelasyon Katsayısı Değerleri, Ankara, 2016.

	İlgili İfadenin Diğer İfadelerle Olan Korelasyon Katsayısı
Öz Yetkinlik Faktör 1	
<i>İfade 1</i>	0,931
<i>İfade 2</i>	0,966
<i>İfade 3</i>	0,951
<i>İfade 4</i>	0,936
<i>İfade 5</i>	0,929
<i>İfade 6</i>	0,948
<i>İfade 7</i>	0,926
<i>İfade 8</i>	0,945
<i>İfade 9</i>	0,969
<i>İfade 10</i>	0,946
CA: 0,951	
Öz Yetkinlik Faktör 2	
<i>İfade 11</i>	0,896
<i>İfade 12</i>	0,894
<i>İfade 13</i>	0,965
<i>İfade 14</i>	0,939
<i>İfade 15</i>	0,960
<i>İfade 16</i>	0,947
<i>İfade 17</i>	0,923
<i>İfade 18</i>	0,960
<i>İfade 19</i>	0,942
<i>İfade 20</i>	0,925
<i>İfade 21</i>	0,939
<i>İfade 22</i>	0,947
<i>İfade 23</i>	0,936
<i>İfade 24</i>	0,958
CA: 0,968	
Diğer Yetkinlik Faktör 1	
<i>İfade 25</i>	0,878
<i>İfade 26</i>	0,893
<i>İfade 27</i>	0,947

<i>İfade 28</i>	0,915
<i>İfade 29</i>	0,867
CA: 0,943	
Diğer Yetkinlik Faktör 2	
<i>İfade 30</i>	0,901
<i>İfade 31</i>	0,911
<i>İfade 32</i>	0,947
<i>İfade 33</i>	0,955
<i>İfade 34</i>	0,948
<i>İfade 35</i>	0,945
<i>İfade 36</i>	0,926
<i>İfade 37</i>	0,891
CA: 0,954	

CA: Cronbach Alfa Değeri

Tablo 8’de hekimlerin sağlık iletişimde yetkinlik ölçeği cronbach alfa ve korelasyon katsayısı değerleri sunulmuştur. Ölçek puanları ölçekler arası tanımlamada büyük gruplar için kullanılan Pearson korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı, 0 ile 0.25 arasında ise ilişki olmadığından ya da çok zayıf olduğundan , 0.26-0.49 arasında zayıf bir ilişkiden, 0.50-0.69 arasında orta güçte bir ilişkiden, 0.70-0.89 arasında yüksek, 0.90’dan başlayarak çok yüksek bir ilişkiden söz edilir . Cronbach alfa değerinin 0,50 ve üzerinde olması çalışmanın güvenilirliği için yeterli olmaktadır (46). Hekimlerin sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğinin öz yetkinlik-faktör 1 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,951; öz yetkinlik-faktör 2 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,968; diğer yetkinlik faktör 1 ifadelerinin 0,943; diğer yetkinlik faktör 2 ifadelerinin ise 0,954 olmak üzere oldukça yüksektir.

Tablo 9. Hastaların Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Cronbach Alfa ve Korelasyon Katsayısı Değerleri, Ankara, 2016.

	İlgili İfadenin Diğer İfadelerle Olan Korelasyon Katsayısı
Öz Yetkinlik Faktör 1	
<i>İfade 1</i>	0,789
<i>İfade 2</i>	0,827
<i>İfade 4</i>	0,881
<i>İfade 5</i>	0,860
<i>İfade 6</i>	0,891
<i>İfade 11</i>	0,849
<i>İfade 13</i>	0,871
<i>İfade 16</i>	0,805
CA: 0,862	
Öz Yetkinlik Faktör 2	
<i>İfade 7</i>	0,745
<i>İfade 8</i>	0,743
CA: 0,878	
Öz Yetkinlik Faktör 3	
<i>İfade 12</i>	0,739
<i>İfade 14</i>	0,720
<i>İfade 15</i>	0,860
CA: 0,672	
Diğer Yetkinlik Faktör 1	
<i>İfade 17</i>	0,940
<i>İfade 18</i>	0,906
<i>İfade 19</i>	0,912
<i>İfade 31</i>	0,900
<i>İfade 32</i>	0,921
<i>İfade 34</i>	0,920
CA: 0,841	
Diğer Yetkinlik Faktör 2	
<i>İfade 20</i>	0,912
<i>İfade 21</i>	0,940
<i>İfade 22</i>	0,909
<i>İfade 23</i>	0,906

<i>İfade 24</i>	0,917
<i>İfade 25</i>	0,947
<i>İfade 26</i>	0,945
CA: 0,895	
Diğer Yetkinlik Faktör 3	
<i>İfade 27</i>	0,874
<i>İfade 28</i>	0,871
<i>İfade 29</i>	0,938
<i>İfade 30</i>	0,913
<i>İfade 35</i>	0,947
<i>İfade 36</i>	0,918
<i>İfade 37</i>	0,940
<i>İfade 38</i>	0,945
<i>İfade 39</i>	0,901
<i>İfade 40</i>	0,963
CA: 0,951	

CA: Cronbach Alfa Değeri

Tablo 9’de hastaların sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği cronbach alfa ve korelasyon katsayısı değerleri sunulmuştur. Hastaların sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeğinin öz yetkinlik-faktör 1 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,862; öz yetkinlik-faktör 2 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,878; öz yetkinlik-faktör 3 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,672; diğer yetkinlik faktör 1 ifadelerinin 0,841; diğer yetkinlik faktör 2 ifadelerinin 0,895; diğer yetkinlik faktör 3 ifadelerinin ise 0,951 olmak üzere oldukça yüksektir.

4.3.Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Puanları İle İlgili Bulgular

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hasta ve Hekimlerin Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Puan Ortalama ve Ortancalarının Faktörlere Göre Dağılımları, Ankara, 2016.

	ÖzYetkinlik		Diğer Yetkinlik	
	Ortalama±SD	Ortanca(min;-maks;)	Ortalama±SD	Ortanca(min;-maks;)
Hekim (n=253)				
Faktör1	54,1±11,6	56,0 (11,0-70,0)	22,9±7,2	24,0 (5,0-35,0)
Faktör2	76,2±16,3	79,0 (14,0-98,0)	38,1±10,6	39,0 (8,0-56,0)
Hasta (n=253)				
Faktör1	49,6±6,0	51,0 (31,0-56,0)	36,4±4,7	37,0 (22,0-42,0)
Faktör2	17,0±3,1	18,0 (8,0-21,0)	36,1±9,5	37,0 (7,0-49,0)
Faktör3	11,0±2,5	12,0 (2,0-14,0)	55,6±11,7	59,0 (13,0-70,0)

Tablo 10’da araştırmaya katılan hasta ve hekimlerin sağlık iletişimde yetkinlik ölçeği puan ortalama ve ortancalarının faktörlere göre dağılımları sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin “bilgi sunma” öz yetkinliklerinin puan ortalaması 54,1±11,6; ortancası 56,0 (11,0-70,0), “bilgi edinme, bilgileri doğrulama ve duygusal destek” öz yetkinliklerinin puan ortalaması 76,2±16,3; ortancası 79,0 (14,0-98,0)’dır. Hekimlerin “bilgi edinme” diğer yetkinliklerinin puan ortalaması 22,9±7,2; ortancası 24,0 (5,0-35,0), “bilgileri doğrulama ve duygusal destek” diğer yetkinliklerinin puan ortalaması 38,1±10,6; ortancası 39,0 (8,0-56,0)’dır. **Hekimlerin toplam sağlık iletişimde yetkinlik puanlarının ise ortalaması 191,6±39,3; ortancası 198,0 (74,0-259,0)’dır.** Araştırmaya katılan

hastaların “bilgi sunma” öz yetkinliklerinin puan ortalaması $49,6 \pm 6,0$; ortancası 51,0 (31,0-56,0), “bilgi edinme ve duygusal destek” öz yetkinliklerinin puan ortalaması $17,0 \pm 3,1$; ortancası 18,0 (8,0-21,0), “bilgileri doğrulama” öz yetkinliklerinin puan ortalaması $11,0 \pm 2,5$; ortancası 12,0 (2,0-14,0)’dır. Hastaların “sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme” diğer yetkinliklerinin puan ortalaması $36,4 \pm 4,7$; ortancası 37,0 (22,0-42,0), “tetkik ve tedavi ile ilgili bilgi edinme” diğer yetkinliklerinin puan ortalaması $36,1 \pm 9,5$; ortancası 37,0 (7,0-49,0), “bilgileri doğrulama ve duygusal destek” diğer yetkinliklerinin puan ortalaması $55,6 \pm 11,7$; ortancası 59,0 (13,0-70,0)’dır. **Hastaların toplam sağlık iletişimde yetkinlik puanlarının ise ortalaması $205,9 \pm 30,4$; ortancası 207,0 (104,0-252,0)’dır.**

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık İletişiminde Yetkinlik Puanları, Ankara, 2016.

	Öz Yetkinlik Puanları		Diğer Yetkinlik Puanları		Toplam
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 1	Faktör 2	Yetkinlik Puanları
	Ortanca(min;- maks;)				
Kadın	54,0 (11,0-70,0)	74,0 (14,0-98,0)	22,0 (5,0-35,0)	37,0 (8,0-56,0)	185,0 (85,0-259,0)
Erkek	60,0 (20,0-70,0)	84,0 (22,0-98,0)	25,0 (5,0-35,0)	42,0 (9,0-56,0)	208,0 (74,0-259,0)
	*p<0,001	p<0,001	p:0,055	p<0,001	p<0,001
Evli	56,0 (11,0-70,0)	78,0 (14,0-98,0)	22,0 (5,0-35,0)	38,5 (8,0-56,0)	192,5 (85,0-254,0)
Bekar	58,0 (20,0-70,0)	81,0 (22,0-98,0)	25,0 (5,0-35,0)	41,0 (9,0-56,0)	202,0 (74,0-259,0)
	*p:0,010	p:0,062	p:0,060	p:0,055	p:0,022
Çocuğu yok	52,0 (11,0-69,0)	71,0 (14,0-98,0)	22,0 (5,0-35,0)	35,0 (8,0-52,0)	181,0 (74,0-241,0)
Çocuğu var	58,5 (13,0-70,0)	84,0 (14,0-98,0)	25,0 (5,0-35,0)	42,0 (8,0-56,0)	207,5 (95,0-259,0)
	*p<0,001	p<0,001	p:0,01	p<0,001	p<0,001
Uzman hekim değil	56,0 (11,0-70,0)	79,0 (14,0-98,0)	23,0 (5,0-35,0)	39,0 (8,0-56,0)	194,0 (74,0-259,0)
Uzman hekim	59,0 (30,0-70,0)	76,0 (48,0-98,0)	26,0 (9,0-35,0)	41,0 (18,0-55,0)	202,0 (132,0-259,0)
	*p:0,04	p:0,893	p:0,107	p:0,991	p:0,551
25-34 yaş	56,0 (23,0-70,0)	77,0 (34,0-97,0)	25,0 (12,0-35,0)	39,0 (19,0-55,0)	193,0 (98,0-252,0)
35-44 yaş	56,0 (11,0-70,0)	75,0 (14,0-96,0)	21,0 (8,0-33,0)	33,0 (14,0-52,0)	182,0 (85,0-241,0)
45-54 yaş	57,5 (13,0-70,0)	83,0 (14,0-98,0)	24,0 (5,0-35,0)	41,0 (8,0-56,0)	203,0 (74,0-259,0)
55 yaş ve üzeri	52,0 (37,0-70,0)	78,0 (68,0-88,0)	20,0 (15,0-35,0)	34,0 (21,0-56,0)	186,0 (162,0-220,0)
	**p:0,147	p:0,02	p:0,008	p:0,02	p:0,05

*Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

**Kruskal Wallis Testi Uygulanmıştır.

Tablo 11’de araştırmaya katılan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık iletişiminde yetkinlik puanlarının ortancaları sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre bilgi sunma öz yetkinlik puanları, bilgileri doğrulama ve duygusal destek öz yetkinlikleri puanları, bilgileri doğrulama ve duygusal destek diğer yetkinlikleri puanları ve toplam sağlık iletişiminde yetkinlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Hekimlerin medeni durumlarına göre bilgi sunma öz yetkinlik puanları ve toplam sağlık iletişiminde yetkinlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yine hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre bilgi sunma öz yetkinlik puanları, bilgileri doğrulama ve duygusal destek öz yetkinlikleri puanları, bilgileri doğrulama ve duygusal destek diğer yetkinlikleri puanları, ve toplam sağlık iletişiminde yetkinlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Uzman aile hekimi olma durumlarına göre bilgi sunma öz yetkinlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerin yaş gruplarına göre bilgileri doğrulama ve duygusal destek öz yetkinlikleri puanları, bilgileri doğrulama ve duygusal destek diğer yetkinlikleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bonferoni düzeltmeli Mann Whitney U testi uygulanmış ve bu farkın 45-54 yaş grubundaki hekimlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık İletişiminde Yetkinlik Puanları, Ankara, 2016.

	Öz Yetkinlik Puanları			Diğer Yetkinlik Puanları			Toplam
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Yetkinlik Puanları
	Ortanca(min;- maks;)						
Kadın	48,0 (31,0-56,0)	16,0 (8,0-21,0)	10,0 (2,0-14,0)	35,0 (22,0-42,0)	35,0 (7,0-49,0)	53,0 (13,0-70,0)	199,0 (104,0-252,0)
Erkek	54,0 (40,0-56,0)	18,0 (12,0-21,0)	13,0 (6,0-14,0)	39,0 (27,0-42,0)	41,0 (7,0-49,0)	61,0 (23,0-70,0)	222,5 (126,0-252,0)
	*p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Evli	50,0 (31,0-56,0)	17,0 (8,0-21,0)	11,0 (2,0-14,0)	36,0 (22,0-42,0)	37,0 (7,0-49,0)	55,0 (13,0-70,0)	205,0 (104,0-252,0)
Bekar	54,0 (35,0-56,0)	19,0 (9,0-21,0)	13,0 (2,0-14,0)	40,0 (22,0-42,0)	42,5 (15,0-49,0)	64,0 (13,0-70,0)	227,5 (121,0-252,0)
	*p:0,005	p:0,002	p:0,004	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
18-24yaş	48,0 (37,0-56,0)	17,0 (9,0-21,0)	12,0 (2,0-14,0)	37,0 (27,0-42,0)	35,0 (21,0-49,0)	60,0 (42,0-70,0)	205,0 (160,0-250,0)
25-34yaş	54,0 (32,0-56,0)	17,0 (8,0-21,0)	12,0 (4,0-14,0)	38,0 (28,0-42,0)	38,0 (15,0-49,0)	59,5 (41,0-70,0)	211,0 (159,0-252,0)
35-44yaş	49,0 (31,0-56,0)	18,0 (10,0-21,0)	9,0 (6,0-14,0)	36,0 (25,0-42,0)	34,0 (7,0-47,0)	56,0 (13,0-70,0)	200,0 (104,0-243,0)
45-54yaş	47,0 (40,0-56,0)	16,0 (10,0-21,0)	11,0 (6,0-14,0)	36,0 (27,0-42,0)	35,0 (22,0-49,0)	56,5 (37,0-70,0)	201,5 (157,0-252,0)
55 yaş ve üzeri	52,0 (35,0-56,0)	18,0 (11,0-21,0)	11,0 (7,0-14,0)	37,0 (22,0-42,0)	37,0 (15,0-49,0)	59,0 (34,0-70,0)	209,5 (146,0-252,0)

	**p:0,002 (2-4)	p:0,051	p<0,001 (2-3,3-5)	p:0,377	p:0,175	p:0,118	p:0,052
1000 TL ve altı THG	52,5 (40,0- 56,0)	18,0 (15,0- 21,0)	12,0 (9,0- 14,0)	40,0 (30,0- 42,0)	39,5 (25,0- 49,0)	60,5 (50,0- 70,0)	218,0 (180,0- 252,0)
10001- 1500 TL THG	47,0 (37,0- 50,0)	17,0 (9,0- 21,0)	11,0 (2,0- 14,0)	33,0 (27,0- 42,0)	35,0 (22,0- 45,0)	57,0 (37,0- 69,0)	205,0 (167,0- 220,0)
1501- 2000 TL THG	51,0 (31,0- 56,0)	16,0 (12,0- 21,0)	10,0 (6,0- 14,0)	38,0 (33,0- 42,0)	38,0 (30,0- 49,0)	62,0 (44,0- 70,0)	219,0 (172,0- 243,0)
2001- 2500 TL THG	51,0 (36,0- 56,0)	17,0 (8,0- 21,0)	12,0 (7,0- 14,0)	39,0 (27,0- 42,0)	41,0 (19,0- 49,0)	60,0 (29,0- 70,0)	212,0 (160,0- 252,0)
2501- 5000 TL THG	48,0 (32,0- 56,0)	15,0 (10,0- 21,0)	11,0 (2,0- 14,0)	35,5 (22,0- 42,0)	35,5 (15,0- 49,0)	51,0 (13,0- 70,0)	194,5 (121,0- 252,0)
5000 TL üstü THG	54,0 (37,0- 56,0)	18,0 (11,0- 21,0)	12,0 (9,0- 14,0)	39,0 (27,0- 42,0)	35,0 (15,0- 49,0)	61,0 (19,0- 70,0)	223,0 (147,0- 250,0)
	**p:0,022	p:0,418	p:0,085	p:0,029	p:0,330	p:0,250	p:0,105

*Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

**Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

THG: Toplam Hane Geliri

Tablo 12’de araştırmaya katılan hastaların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık iletişimde yetkinlik puanlarının ortancaları sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ve medeni durumlarına göre bilgi sunma özyetkinlik puanları, bilgi edinme ve duygusal destek öz yetkinlik puanları, bilgileri doğrulama özyetkinlik puanları, sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme diğer yetkinlik puanları, tetkik ve tedavi ile ilgili bilgi edinme diğer yetkinlik puanları, bilgileri doğrulama ve duygusal destek diğer yetkinlikleri

puanları ve toplam sağlık iletişiminde yetkinlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların yaş gruplarına göre bilgi sunma özyetkinlik puanları ayrıca bilgileri doğrulama özyetkinlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın 25-34 yaş grubundaki hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır. Son olarak araştırmaya katılan hastaların hane toplam gelirine göre bilgi sunma özyetkinlik puanları ayrıca sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme diğer yetkinlik puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bilgi sunma özyetkinlik puanları arasındaki farkın hane toplam geliri 5001 TL ve üzeri olan hastalardan; sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme diğer yetkinlik puanları arasındaki farkın ise hane toplam geliri 1000 TL ve altı olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hastaların Görüşmeleri Hakkında Yaptıkları Bazı Değerlendirmelerin Ortalama ve Ortancalarının Dağılımı, Ankara, 2016.

	N	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca(min;-maks;)
Hekimin Hastasının Ziyaret Amacını Karşılama Derecesi	253	2,3 $\pm$ 0,7	2,0(1,0-3,0)
Hekime Göre Hastasının Bilgi Edinme İsteği Derecesi	253	2,1 $\pm$ 0,7	2,0(1,0-3,0)
Hekimin Hastasının Bilgi İhtiyacını Karşılama Derecesi	253	2,3 $\pm$ 0,7	2,0(1,0-3,0)
Hastanın Memnuniyet Derecesi	253	2,5 $\pm$ 0,5	3,0(1,0-3,0)
Hastanın Bilgi Edinme İsteği Derecesi	253	2,3 $\pm$ 0,6	2,0(1,0-3,0)
Hastanın Bilgi İhtiyacını Karşılama Derecesi	253	2,4 $\pm$ 0,6	3,0(1,0-3,0)

Tablo 13’de araştırmaya katılan hekim ve hastaların görüşmeleri hakkında yaptıkları bazı değerlendirmelerin ortalama ve ortancalarının dağılımı sunulmuştur. Hekim ve hastalar ilgili ifadeleri 1’den 3’e kadar puanlamışlardır. Puan artışı kötü, orta, iyi şeklinde yorumlanmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin “hastanın ziyaret amacını karşılaması” ifadesine verdikleri puanların ortalaması $2,3\pm0,7$; ortancası $2,0(1,0-3,0)$; “hastanın bilgi edinme isteği” ifadesine verdikleri puanların ortalaması $2,1\pm0,7$; ortancası $2,0(1,0-3,0)$; “hastanın bilgi ihtiyacını karşılaması” ifadesine verdikleri puanların ortalaması $2,3\pm0,7$; ortancası $2,0(1,0-3,0)$ ’dır. Araştırmaya katılan hastaların “doktor ziyaretinden ne kadar memnun kaldığı” ifadesine verdikleri puanların ortalaması $2,5\pm0,5$; ortancası $3,0(1,0-3,0)$; “bilgi edinme isteği” ifadesine verdikleri puanların ortalaması $2,3\pm0,6$; ortancası $2,0(1,0-3,0)$; “bilgi ihtiyacını karşılama” ifadesine verdikleri puanların ortalaması $2,4\pm0,6$; ortancası $3,0(1,0-3,0)$ ’dır.

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hekim ve Hastaların Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği Puanları ile Görüşme Hakkında Yaptıkları Bazı Değerlendirmelerin Korelasyonları, Ankara, 2016.

	Hekimin Hastasının Ziyaret Amacını Karşılama Derecesi	Hekime Göre Hastasının Bilgi Edinme İsteği Derecesi	Hekimin Hastasının Bilgi İhtiyacını Karşılama Derecesi	Hasta Sağlık iletişimi yetkinlik ölçeği(SİYÖ) puanı
Hekim SİYÖ puanı	<i>kk:0,587 p<0,001</i>	<i>kk:0,640 p<0,001</i>	<i>kk:0,651 p<0,001</i>	<i>kk:0,999 p<0,001</i>
	Hastanın Memnuniyet Derecesi	Hastanın Bilgi Edinme İsteği Derecesi	Hastanın Bilgi İhtiyacını Karşılama Derecesi	Hekim Sağlık iletişimi yetkinlik ölçeği(SİYÖ) puanı
Hasta SİYÖ puanı	<i>kk:0,584 p<0,001</i>	<i>kk:0,631 p<0,001</i>	<i>kk:0,647 p<0,001</i>	<i>kk:0,999 p<0,001</i>

kk: spearman's rho korelasyon katsayısı

Tablo 14’de araştırmaya katılan hekim ve hastaların sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği toplam puanları ile görüşme hakkında yaptıkları bazı değerlendirmelerin korelasyonları sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin sağlık iletişiminde yetkinlik puanları ile “hastanın ziyaret amacını karşılaması”, “hastanın bilgi edinme isteği”, “hastanın bilgi ihtiyacını karşılaması” ifadelerine

verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sağlık iletişimde yetkinlik puanları ile “doktor ziyaretinden ne kadar memnun kaldığı”, “bilgi edinme isteği”, “bilgi ihtiyacını karşılaması” ifadelerine verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Hekimler ve hastaların sağlık iletişimde yetkinlik puanları arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönde mükemmel anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Sağlık iletişiminin en büyük parçasını oluşturan hekim-hasta iletişiminde her iki tarafın da iletişim becerileri ve bu konuda ne kadar yetkin oldukları oldukça önemlidir. Tam bir yetkinlik analizi yapılabilmesi için hekim ile hastanın baş başa ve yüz yüze oldukları ortamda yani muayene odasında, tıbbi görüşme esnasında, iletişim tüm boyutlarıyla gözlemlenmeli ve değerlendirilmelidir (10). Ancak bu durum çoğu zaman etik açıdan mümkün olamayacağı için hekim ile hasta arasındaki bilgi alışverişinin temel bileşenleri sorgulanarak sağlık iletişiminde yetkinliklerin değerlendirilmesi, sorun ve çözüm arayışına yön vermesi sağlanmaya çalışılmıştır.

Cegala ve arkadaşları öncelikle ön çalışmalar yaparak hekim ve hasta arasındaki iletişimi etkileyen komponentleri saptamış, daha sonra hem hekimlerin hem de hastaların öz ve diğer yetkinliklerini değerlendiren birbirine paralel önermeleri küme analizi uygulayarak sağlık iletişiminde yetkinliği 4 alt grupta değerlendiren likert ölçekleri meydana getirmişlerdir. Hekim ölçeğinde özyetkinliği değerlendiren “Sağlık sorununun tanısını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Sağlık sorununun sebeplerini hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Sağlık sorununun tedavisini hastaya iyi bir şekilde sundum.” “Tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “İhtiyaç duyulan tahlillerin amaçlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Reçete edilen ilaçların hastanın sağlık sorununa nasıl çözüm olacağını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Reçete edilen ilaçların nasıl alınacağını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “İlaçların olası yan etkilerini hastaya iyi bir şekilde sundum.”,

“Hastanın sağlık sorununun uzun vadede sonuçlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.” önermeleri “bilgi sunma” alt grubuna; “Hasta için önemli olan bilgileri tekrar ettim.”, “Hastanın benim açıklamalarımı anladığından emin oldum.”, “Hastanın benim yönlendirmelerimi anladığından emin oldum.”, “Hastanın sunduğu bilgileri anladığıma emin oldum.” önermeleri “bilgi doğrulama” alt grubuna; “Hastayı soru sorması için cesaretlendirdim.”, “Hastaya doğru soruları sordum.”, “Hastaya açık ve anlaşılır sorular sordum.”, “Açık uçlu sorular kullandım.” önermeleri “bilgi edinme” alt grubuna; “Hastanın anlayabileceği dili kullandım.”, “Sıcak kanlı ve arkadaşça davrandım.”, “Güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladım.”, “Hastayı ona zen gösterdiğimi belli ettim.”, “Hastayı rahat ve konforlu hissettirdim.”, “Merhamet gösterdim.”, “Açık ve dürüsttüm.” önermeleri “sosyoduygusal iletişim” alt grubuna dahil edilmiştir. Hekim leğinde diğer yetkinliği değerlendiren “Hasta sağlık sorunu ile ilgili gerekli öyküyü sağladı.”, “Hasta sağlık sorunu ile ilgili semptomları açıkladı.”, “Hasta sorularımı net bir şekilde cevapladı.”, “Hasta sorularımı drstce cevapladı.” önermeleri “bilgi sunma” alt grubuna; “Hasta hangi ilaçları aldığını açıkladı.”, “Hasta anlamadığı bir şey olduğu zaman bunu bana belli etti.”, “Hasta bir şeyi tekrar etmemi istediği zaman bunu bana belli etti.”, “Hasta anlamadığı terimleri açıklamamı istedi.” önermeleri “bilgi doğrulama” alt grubuna; “Hasta sağlık durumu ile ilgili sorular sordu.”, “Hasta sorduğu soruların cevaplarını takip etti.”, “Hasta uygun sorular sordu.” önermeleri “bilgi edinme” alt grubuna; “Hasta güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladı.”, “Hasta açık ve dürüsttü.” önermeleri “sosyoduygusal iletişim” alt grubuna dahil edilmiştir. Hasta leğinde özyetkinliği değerlendiren “Sağlık

sorunumla ilgili öyküyü doktora iyi bir şekilde anlattım.”, “Sağlık sorunumun belirtilerini doktora iyi bir şekilde tanımladım.”, “Doktorun sorularına eksiksiz cevap verdim.”, “Doktorun sorularına dürüstçe cevap verdim.” önermeleri “bilgi sunma” alt grubuna; “Hangi ilaçları aldığımı doktora iyi bir şekilde açıkladım.”, “Doktora anlamadığım bir şey olduğunda söyledim”, “Doktora tekrarlamasını istediğim bir şey olduğunda söyledim.”, “doktorun yönlendirmelerini anladığımdan emin oldum.”, “Doktorun sunduğu bilgileri doğru anladığımdan emin oldum”, “Doktordan anlamadığım terimleri açıklamasını rica ettim.” önermeleri “bilgi doğrulama” alt grubuna; “Doktora tüm sorularımı sordum.”, “Bana sorulan sorulara cevap verdim.”, “İhtiyacım olan tüm bilgileri aldım.” önermeleri “bilgi edinme” alt grubuna; “Güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundum.”, “Açık ve dürüsttüm.” önermeleri “sosyoduygusal iletişim” alt grubuna dahil edilmiştir. Hasta ölçeğinde diğer yetkinliği değerlendiren “Doktor sağlık sorunumun ne olduğunu beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor sağlık sorunumun nedenini beni memnun edecek şekilde açıkladı”, “Doktor iyileşmem için neler yapabileceğimi beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor tedavi seçiminin avantajları ve dezavantajlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor ihtiyaç duyulan tahlillerin amaçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor reçete edilen ilaçların sağlık sorunuma nasıl çözüm olacağını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağımı beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor ilaçların olası yan etkilerini beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor sağlık sorunumun uzun vadede sonuçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”

önergeleri “ bilgi sunma” alt grubuna; “Doktor benim için önemli bilgileri tekrar etti.”, “Doktor açıkladıklarını anladığımdan emin oldu.”, “Doktor yönlendirmelerini anladığımdan emin oldu.”, “Doktor benim söylediklerimi anlayıp anlamadığını kontrol etti.” önergeleri “ bilgi doğrulama” alt grubuna; “Doktor soru sormam için beni cesaretlendirdi.”, “Doktor bana sağlık sorunumla ilgili sorular sordu.”, “Doktorun soruları açık ve anlaşılırdı.”, “Doktor sağlık sorunum ile ilgili detaylı sorular sormama imkan sağladı.” önergeleri “ bilgi edinme” alt grubuna; “Doktor anlayabileceğim dili kullandı.”, “Doktor sıcak kanlı ve arkadaşçaydı.”, “Doktor güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundu.”, “Doktor beni önemseydiğini gösterdi.”, “Doktor beni rahat ve konforlu hissettirdi.”, “Doktor bana merhamet gösterdi.”, “Doktor açık ve dürüsttü.” önergeleri “sosyoduygusal iletişim” alt grubuna dahil edilmiştir (9).

Bu çalışmada da hekim ve hastaların yetkinliklerini değerlendiren bu likert ölçeklerinin Türkçe uyarlamaları kullanılmıştır. Hekim ve hastaların önermelerine verdikleri yanıtlara göre yapılan faktör analizi sonucunda hekimlerin sağlık iletişimde yetkinlik ölçeği hem özyetkinlik hem diğer yetkinlik bölümünde ikiyeşer alt gruba ayrılmış; hastaların sağlık iletişimde yetkinlik ölçeği ise hem özyetkinlik hem diğer yetkinlik bölümünde üçer alt gruba ayrılmıştır. Hekim ölçeğinde özyetkinliği değerlendiren “Sağlık sorununun tanısını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Sağlık sorununun sebeplerini hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Sağlık sorununun tedavisini hastaya iyi bir şekilde sundum.” “Tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “İhtiyaç duyulan tahlillerin amaçlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Reçete

edilen ilaçların hastanın sağlık sorununa nasıl çözüm olacağını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Reçete edilen ilaçların nasıl alınacağını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “İlaçların olası yan etkilerini hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Hastanın sağlık sorununun uzun vadede sonuçlarını hastaya iyi bir şekilde sundum.”, “Hasta için önemli olan bilgileri tekrar ettim.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“bilgi sunma”** başlığı; “Hastanın benim açıklamalarımı anladığından emin oldum.”, “Hastanın benim yönlendirmelerimi anladığından emin oldum.”, “Hastanın sunduğu bilgileri anladığıma emin oldum.”, “Hastayı soru sorması için cesaretlendirdim.”, “Hastaya doğru soruları sordum.”, “Hastaya açık ve anlaşılır sorular sordum.”, “Açık uçlu sorular kullandım.”, “Hastanın anlayabileceği dili kullandım.”, “Sıcak kanlı ve arkadaşça davrandım.”, “Güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladım.”, “Hastayı ona özen gösterdiğimi belli ettim.”, “Hastayı rahat ve konforlu hissettirdim.”, “Merhamet gösterdim.”, “Açık ve dürüsttüm.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“bilgi edinme, bilgileri doğrulama ve duygusal destek”** başlığı verilmiştir. Hekim ölçeğinde diğer yetkinliği değerlendiren “Hasta sağlık sorunu ile ilgili gerekli öyküyü sağladı.”, “Hasta sağlık sorunu ile ilgili semptomları açıkladı.”, “Hasta Hangi ilaçları aldığını açıkladı.”, “Hasta sorularımı net bir şekilde cevapladı.”, “Hasta sorularımı dürüstçe cevapladı.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“bilgi edinme”** başlığı; “Hasta anlamadığı bir şey olduğu zaman bunu bana belli etti.”, “Hasta bir şeyi tekrar etmemi istediği zaman bunu bana belli etti.”, “Hasta anlamadığı terimleri açıklamamı istedi.”, “Hasta sağlık durumu ile ilgili sorular sordu.”, “Hasta sorduğu soruların cevaplarını takip etti.”, “Hasta

uygun sorular sordu.”, “Hasta güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladı.”, “Hasta açık ve dürüsttü.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“bilgileri doğrulama ve duygusal destek”** başlığı verilmiştir. Hasta ölçeğinde özyetkinliği değerlendiren “Sağlık sorunumla ilgili öyküyü doktora iyi bir şekilde anlattım.”, “Sağlık sorunumun belirtilerini doktora iyi bir şekilde tanımladım.”, “Hangi ilaçları aldığımı doktora iyi bir şekilde açıkladım.”, “Doktorun sorularına eksiksiz cevap verdim.”, “Doktorun sorularına dürüstçe cevap verdim.”, “Doktordan anlamadığım terimleri açıklamasını rica ettim.”, “Bana sorulan sorulara cevap verdim.”, “Açık ve dürüstüm.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“bilgi sunma”** başlığı; “Doktora anlamadığım bir şey olduğunda söyledim.”, “Doktora tekrarlamasını istediğim bir şey olduğunda söyledim.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“bilgileri doğrulama”** başlığı; “Doktora tüm sorularımı sordum.”, “Bana sorulan sorulara cevap verdim.”, “İhtiyacım olan tüm bilgileri aldım.”, “Güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundum.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“bilgi edinme ve duygusal destek”** başlığı verilmiştir. Hasta ölçeğinde diğer yetkinliği değerlendiren “Doktor sağlık sorunumun ne olduğunu beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor sağlık sorunumun nedenini beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor iyileşmem için neler yapabileceğimi beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor bana sağlık sorunumla ilgili sorular sordu.”, “Doktorun soruları açık ve anlaşılırdı.”, “Doktor anlayabileceğim dili kullandı.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna **“sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme”** başlığı; “Doktor tedavi seçiminin avantajları ve dezavantajlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor ihtiyaç duyulan tahlillerin

amaçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor reçete edilen ilaçların sağlık sorunuma nasıl çözüm olacağını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağımı beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor ilaçların olası yan etkilerini beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor sağlık sorunumun uzun vadede sonuçlarını beni memnun edecek şekilde açıkladı.”, “Doktor benim için önemli bilgileri tekrar etti.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna “**tetkik ve tedavi ile ilgili bilgi edinme**” başlığı; “Doktor benim için önemli bilgileri tekrar etti.”, “Doktor açıkladıklarını anladığımdan emin oldu.”, “Doktor yönlendirmelerini anladığımdan emin oldu.”, “Doktor benim söylediklerimi anlayıp anlamadığını kontrol etti.”, “Doktor soru sormam için beni cesaretlendirdi.”, “Doktor sıcak kanlı ve arkadaşçaydı.”, “Doktor güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundu.”, “Doktor beni önemseydiğini gösterdi.”, “Doktor beni rahat ve konforlu hissettirdi.”, “Doktor bana merhamet gösterdi.”, “Doktor açık ve dürüsttü.” önermelerinin oluşturduğu faktör grubuna “**bilgileri doğrulama ve duygusal destek**” başlığı verilmiştir.

Ölçek anketinin Türkçe uyarlamasında Ohio’da uygulanmış orijinal haliyle hekimler açısından paralellik gözlemlense de hastaların cevapladığı anketlerin faktör analizlerinde daha farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu farkın iki çalışmaya hasta olarak katılan popülasyonların sosyoekonomik ve kültürel açıdan farklılık göstermesi ve hekim-hasta iletişimindeki unsurları farklı algılamalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Ankara’da yapılan başka bir çalışmada hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerde bu çalışmadakiyle benzer önermelere verilen cevaplar sunulmuştur. Örneğin bu çalışmada “Reçete edilen ilaçların nasıl alınacağını hastaya iyi bir şekilde sundum.” ve “İlaçların olası yan etkilerini hastaya iyi bir şekilde sundum.” önermelerine sırasıyla aile hekimlerinin %56,6’sı ve %40,3’ü “kesinlikle katılıyorum” veya “katılıyorum” şeklinde yanıtlarken; diğer çalışmada aile hekimlerinin %58,2 ve %41,2’si benzer ifadeleri daima yaptıklarını ifade etmişlerdir. Aynı şekilde her iki çalışmada da aile hekimleri “Hasta için önemli olan bilgileri tekrar ettim.”, “hastanın açıklamalarını anladığından emin oldum.”, “hastayı soru sorması için cesaretlendirdim.”, “hastanın anlayabileceği dili kullandım.”, “hasta sorularının cevaplarını dikkatlice takip etti.” gibi ifadelere oldukça benzer cevaplar vermişlerdir (47).

Yapılan analizler sonucunda ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlikleri oldukça yüksek bulunmuştur. Hekim özyetkinlik **bilgi sunma** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,577 ile 0,827 arasında, korelasyon katsayıları 0,929 ile 0,969 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,951’dir. Hekim özyetkinlik **bilgi edinme, bilgileri doğrulama ve duygusal destek** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,572 ile 0,865 arasında, korelasyon katsayıları 0,894 ile 0,965 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,968’dir. Hekim diğer yetkinlik **bilgi edinme** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,568 ile 0,888 arasında, korelasyon katsayıları 0,867 ile 0,947 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,943’dür. Hekim diğer yetkinlik **bilgileri doğrulama**

ve duygusal destek alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,638 ile 0,857 arasında, korelasyon katsayıları 0,891 ile 0,955 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,954'dür. Aynı şekilde hasta özyetkinlik sağlık sorunu ile ilgili **bilgi sunma** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,509 ile 0,854 arasında, korelasyon katsayıları 0,789 ile 0,881 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,862'dir. Hasta özyetkinlik **bilgileri doğrulama** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,841 ve 0,858 , korelasyon katsayıları 0,743 ve 0,745 , cronbach alfa katsayısı ise 0,887'dir. Hasta özyetkinlik **bilgi edinme ve duygusal destek** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,753 ile 0,935 arasında, korelasyon katsayıları 0,720 ile 0,860 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,672'dir. Hasta diğer yetkinlik **sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,647 ile 0,816 arasında, korelasyon katsayıları 0,900 ile 0,940 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,841'dir. Hasta diğer yetkinlik **tetkik ve tedavi ile ilgili bilgi edinme** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,575 ile 0,855 arasında, korelasyon katsayıları 0,906 ile 0,947 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,895'dir. Hasta diğer yetkinlik **bilgileri doğrulama ve duygusal destek** alt grubunun ifadelerinin faktör yükleri 0,672 ile 0,797 arasında, korelasyon katsayıları 0,871 ile 0,963 arasında değişmektedir, cronbach alfa katsayısı ise 0,951'dir. Hastalara ait ölçekteki faktörlerin ifade dağılımlarının daha dağınık ve cronbach alfa katsayılarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin ölçekteki farklı önermelerin hastalar tarafından benzer şekilde algılanması ve önermeleri 7 farklı düzeyde değerlendirmelerinin zor olması olduğu

düşünülmüştür. Referans alınan çalışmada olduğundan daha farklı bir kümeleme sonucuyla karşılaşsak da ölçeğin güvenilirlik düzeyleri benzerdir. Cegala ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçekte hekimlerin bilgi sunma alt grubunun cronbach alfa katsayısı 0,86; bilgi edinme ninki 0,75; bilgileri doğrulama nın 0,78; sosyoduygusal iletişiminki ise 0,90 bulunmuştur. Hastaların bilgi sunma alt grubunun cronbach alfa katsayısı 0,79; bilgi edinme ninki 0,76; bilgileri doğrulama nın 0,85; sosyoduygusal iletişiminki ise 0,92 bulunmuştur.

Sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği, hekim ve hastasının iletişimindeki önemli unsurları değerlendirmektedir. Bu ölçek, birçok akademik araştırmada sağlık iletişiminin ana unsuru olduğu savunulan bilgi değişimini alt boyutları bilgi edinme, bilgi sunma ve bilgiyi doğrulama şeklinde sorgulamaktadır. Ayrıca akademik çevrelerin ortak görüşüne göre iyi bir sağlık iletişiminin ayrılmaz bir parçası da ilişkinin duygusal boyutudur. Bu çalışmada sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği ile hekim-hasta iletişiminin sosyoduygusal (duygusal destek) boyutu da değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan hekimler ortalama 17 yıldır meslek hayatındadır, hekimlerin yarısından fazlası 45 yaş ve üzerindedir. Aile hekimi olarak görev yapmakta olan katılımcıların onda biri uzmanlık eğitimi almış uzman hekimlerdir. Uzman aile hekimlerinin sağlık iletişiminde yetkinlik puanlarının uzman olmayan hekimlerden daha yüksek olduğu gözlemlenmiş ve bu durumun uzmanlık eğitiminde iletişim becerileri ve asistan oryantasyon eğitiminin etkisi olduğu düşünülmüştür. Ankara’da yapılan başka bir araştırmaya katılan aile hekimlerinin yarısından fazlasının mezuniyet öncesi veya sonrası iletişim becerileri eğitimi

almış olduğu sunulmuştur (47). Bundan sonraki çalışmalarda bu konuda detaylı incelemeler yapılabilir ve bulgular elde edilebilir böylece sorunlar tespit edilebilir. Sağlık iletişiminin iyileştirebilmesi buna bağılı olarak da sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi için saptanan sorunlara yönelik eğitimlerin düzenlenerek özellikle hekimlerin öğrenim hayatlarında iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik çabaların oluşturulması gerekmektedir. Çünkü iletişim becerileri her alanda olduğu gibi sağlık iletişiminde de öğrenilebilir, değiştirilebilir ve öğretilir becerilerdir (11).

Çalışmadaki hekimlerin ve hastaların yarısından fazlası kadındır, çoğunluğu da evli ve çocuk sahibidir. Araştırmaya katılan hastaların büyük bir kısmı lise ve üzeri öğrenim durumuna, 2001 TL ve üzeri aylık toplam hane gelirine sahiptirler. Bu durum birçok çalışmada gösterilmiş olan iletişim becerileri ile sosyoekonomik düzey arasındaki paralellik göz önüne alındığında katılımcıların ölçek puanlarının ortalamalarının beklenenden yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir.

Ülkemizdeki aile hekimliği sisteminde misafir hasta muayenesi dediğimiz; kendi aile hekimine ulaşamamış ya da aile hekimi görevde olmayan hastaların başka bir aile hekimine başvurabiliyor olması bu çalışmada tüm katılımcılar için sağlık iletişiminde yetkinlik ile hastanın aile hekimine kayıtlı olduğu yıl arasındaki ilişki incelenememiştir ancak kendi aile hekimine başvurmuş olan hastaların ve hekimlerinin sağlık iletişiminde yetkinlik puanlarına bakıldığında aile hekimine kayıtlı oldukları yıl süresiyle beraber arttığı görülmektedir. Gezgün ve arkadaşlarının sunduğu bir çalışmada hastaların hekimle görüşme

süreleri uzadıkça hekimlerin teknik yeterliliğine ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu ve hastaların hekimlerle olan görüşme süreleri uzadıkça hekimlerine olan güvenlerinin artığı görölmektedir (48). Başka bir araştırmada da katılımcı aile hekimlerinin yarısı zamanın kısıtlı olmasının, hastalarla sağlıklı bir iletişim kurabilmelerinin önündeki engellerden biri olduğunu ifade etmiştir (47). Bunun yanı sıra bir aile hekimi hastasını, hastası da onu zaman geçtikçe daha iyi tanıyacak, hekim o kişinin sağlığını etkileyen faktörleri daha iyi bilecek ve hasta ile hekimi arasındaki ilişki ve iletişim gelişecektir. Özellikle hekimlerin iletişim yöntemini seçerken hastasının birçok özelliğini bilmesi ve ona göre davranması hastayla etkili iletişim kurmalarına yardımcı olacaktır (8).

Cegala ve arkadaşları tarafından geliştirilen sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeğinin değerlendirilmesinde olduğu gibi bu çalışmada da hekim ve hastalar duygusal destek ifadelerini içeren faktörleri daha yüksek puanlamışlardır. İletişimde sözlü mesajların algılanması ve anlamlandırılmalarının farklılık gösterdiği bilinirken, sözsüz mesajlar iletişimin yönünü etkilemede daha güçlü bir faktördür. Çalışmanın sonuçları da göstermektedir ki hekim –hasta iletişiminde sözsüz olarak verilen duygusal destek oldukça önemsenmektedir ve sağlık iletişimi yetkinliğinde belirleyici yere sahiptir (10).

Yapılan faktör analizlerine göre boyutlandırılan sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği ile katılımcıların sağlık iletişiminde yetkin olma durumlarına bakılacak olursa hekim ve hasta ölçeklerinin alt boyutlarına ait puanları ve toplam ölçek puanları ortanca değerler göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeğini ortanca değer ve üzerinde puanlamış olan katılımcılar

sağlık iletişiminde yetkin sayılmışlardır. Hekimlerin %53,8'inin bilgi sunma özyetkinliği, %52,6'sının bilgileri doğrulama ve duygusal destek özyetkinliği, %50,2'sinin bilgi edinme diğer yetkinliği, %51,0'inin bilgileri doğrulama ve duygusal destek diğer yetkinliği yeterli bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin toplam sağlık iletişimi yetkinlik puanlarına bakıldığında %50,2'sinin sağlık iletişiminde yetkin olduğu görülmektedir. Bu sıklık oldukça düşük görünse de başka bir araştırmada ise araştırmaya katılan hekimlerin yaklaşık %80'inin iletişim becerisi düzeyinin orta veya düşük seviyede olduğu saptanmıştır (49). Bu sonuçlara bakıldığında sağlık iletişiminde en önemli yere sahip olan hekimlerin bu konuda oldukça yetersiz oldukları görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun sağlık iletişimi boyutunun geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve hekim-hasta iletişimine katkı sağlanabilmesi için sorunların saptanmasına öncülük edebilecek olan bu çalışmayla geliştirilen sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği ülkemizdeki mevcut duruma ışık tutacak bir araç olacaktır.

Araştırmaya katılan hastaların ise %51,4'ünün bilgi sunma özyetkinliği, %51,0'inin bilgileri doğrulama özyetkinliği, %50,6'sının bilgi edinme ve duygusal destek özyetkinliği, %51,0'inin sağlık sorunu ile ilgili bilgi edinme diğer yetkinliği, %54,5'inin tetkik ve tedavi ile ilgili bilgi edinme diğer yetkinliği, %50,6'sının bilgileri doğrulama ve duygusal destek diğer yetkinliği yeterli bulunmuştur. Bu duruma göre hekim-hasta görüşmesinde özellikle hekimlerin iletişimde bilgi sunma konusunda daha iyi oldukları söylenebilir. Sonuçta hekimlerin belli bir eğitim öğrenim düzeyi ve bilgi birikimleri mevcuttur, bu da hastayla olan iletişimde daha etkin olan taraf olma durumlarını kaçınılmaz hale

getirmektedir (36). Özellikle sağlık sorunuyla ilgili bilgi sunma konusunda mesleki bir zorunluluklarının olması bu durumu açıklamaktadır. Ancak buna rağmen hekimlerin sağlık iletişimindeki yetkinlikleri beklenenden düşüktür. Hastaların toplam sağlık iletişimi yetkinlik puanlarına bakıldığında %51,8'sinin sağlık iletişiminde yetkin olduğu görülmektedir. Toplam puanlara bakıldığında sağlık iletişiminde yetkin olan hastaların yüzdesi daha fazladır ancak bu fark hastaların diğer yetkinlik değerlendirmelerinden yani hekimlerin iletişimdeki etkilerinden kaynaklanmaktadır. Bilindiği gibi iletişim karşılıklı bir etkileşimdir ve iletişimin etkinliğini ve kişinin iletişimdeki yetkinliğini kendi becerileri kadar karşısındaki kişinin becerileri de belirlemektedir (29). Bu yüzden kullandığımız ölçek hem özyetkinliği hem diğer yetkinliği değerlendirmektedir. Ankara'da yapılan sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir çalışmada ise araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%73,9) yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (47). Sağlık iletişiminin sağlık okuryazarlığı kavramının önemli bir bileşeni olduğu göz önüne alındığında sonuçların benzerlik gösterdiği dikkat çekmektedir.

Araştırmaya katılan kadın ve erkek hekimlerin sağlık iletişiminde yetkinlik puanlamaları arasında anlamlı fark vardır. Faktörlere ayrı ayrı bakıldığında bilgi sunma, bilgileri doğrulama ve duygusal destek boyutlarının özyetkinlik puanları arasında, bilgileri doğrulama ve duygusal destek boyutlarının diğer yetkinlik puanları arasında anlamlı fark vardır. Bu farklar erkek hekimlerin sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeğini kadınlara göre daha yüksek puanlamalarından kaynaklanmaktadır. Yapılan başka araştırmalarda kadınların etkin iletişime daha

çok önem verdiği ve iletişim becerileri eğitimlerine daha olumlu baktıkları gösterilmektedir. Ayrıca bu durumun kadınların daha sosyal ilişkiler ve iletişim içerisinde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (50) . Ankara’da aile hekimlerinin hastaları ile iletişimlerdeki empatik eğilimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada yine kadın hekimlerin empatik eğilim düzeyleri erkek hekimlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (53).

Hekim katılımcılardan bekar olanlar sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğini evli olanlara göre daha yüksek puanlamışlardır, bilgi sunma özyetkinlik puanları ve toplam puanları arasında anlamlı fark vardır. Hekim-hasta ilişkisi, empatinin de oldukça önemli olduğu bir süreçtir. Etkili bir görüşme yapabilmek ve iletişim kurabilmek için, hekimin bilgi birikimi ve deneyimi kadar, empati yeteneği de önemlidir. İyi iletişim becerilerine sahip hekimler, hastalarının sağlık sorunlarını daha doğru bir şekilde ortaya koyabilmekte; hastalarının uyum ve memnuniyetini daha iyi sağlayabilmekte; mesleki memnuniyetlerini arttırırken iş streslerini azaltabilmektedir (51). Akgöz ve arkadaşlarının çalışmasında evli hekimlerin empati becerilerinin yüksek olduğu ve özellikle sağlık hizmetinin sunumunda, hastaları yönlendirirken, evlilerin daha başarılı olduğu sunulmuştur. Ancak medeni durumun sağlık iletişimini etkilemediğini ya da bekar sağlık çalışanlarının daha yüksek iletişim becerisine sahip olduğunu savunan başka araştırmalar da bulunmaktadır (52). Bekar hekimlerin sağlık iletişimde daha yetkin olmalarının sebebi evlilere göre sosyal ilişkilerinde daha aktif olmalarının olduğu düşünülmüştür (54).

Çalışmaya alınan hekimlerden çocuk sahibi olanlar sağlık iletişimde yetkinliklerini her alt boyutta da çocuk sahibi olmayanlardan daha yüksek puanlamışlardır ve aralarında anlamlı fark vardır. Çocuk sahibi olmak kişinin bireyler arası iletişimini, empatiyi ve ilişkiyi geliştirmesinde ve önemsemesinde rol oynayan bir faktör olarak düşünülebilir. Özellikle çocuk sahibi olan hekimlerin duygusal destek ifadelerini diğerlerine göre oldukça yüksek puanlaması bunu desteklemektedir.

Araştırmaya katılan uzman aile hekimleri ile uzman olmayanların bilgi sunma boyutunda özyetkinlik puanlamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Uzman aile hekimlerinin puanlamalarının diğerlerine göre yüksek olduğu görülmektedir. Benzer olarak Ankara’da yapılmış hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri ile ilgili başka bir çalışmada, hekimlerin unvan ve meslekteki toplam çalışma süreleri artıkça iletişim becerilerinin de yükseldiği sunulmuştur (55). Uzman hekimlerin özellikle bilgi sunma konusunda iletişim yetkinliklerini anlamlı olarak yüksek puanlamaları, hekimin bilgi düzeyinin artmasının hekim ile hasta arasındaki sağlık iletişimini daha etkin hale getirdiğini göstermektedir. Ayrıca uzmanlık eğitiminde alınan iletişim becerileri eğitiminin bu sonuçta etkisi olduğu düşünülmektedir. Ancak, yaygın kabul gören yaklaşım, iletişim becerileri eğitiminin, kendi içinde yapılandırılmış bir kurs olarak uygulanması değil, tıp eğitimi programı dahilinde aktif olarak yapılandırılması ve tüm eğitim programı sürecine yayılarak yer almasıdır (34).

Sağlık iletişimde yetkinlik puanlarına katılımcı hekimlerin yaş gruplarına göre bakıldığında 45-54 yaş grubunda olan hekimlerin ölçeği

diğerlerinden daha yüksek puanladığı görülmektedir. Konu ile ilgili literatürde, tıp fakülteleri müfredatının yoğunluğu nedeniyle iletişim gibi konuların müfredat kapsamına dahil edilmesinde sıkıntılar olduğu belirtilmekte ve bu yüzden de hekimlerin iletişim becerilerinin meslek hayatlarına başlamalarıyla zaman içinde, sıklıkla da yaş ve unvan gibi değişkenlere paralel olarak deneyim ile kazanıldığı savunulmaktadır (56). Ancak literatürde iletişim becerilerinin gelişiminde deneyimin tek başına yetersiz olduğunu, herhangi bir eğitimin hiç eğitimin olmamasından daha iyi olduğu vurgulayan çalışmalar da vardır (34).

Araştırmaya katılan hastalardan bekar olanlar evlilerden ve kadınlar erkeklerden sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeğini anlamlı şekilde daha yüksek puanlamışlardır. Bu sonuca benzer olarak bir eğitim hastanesi örneğinde de kadın hastaların hekimle olan iletişimlerini daha olumlu değerlendirdikleri görülmüş ancak medeni duruma göre bir fark saptanamamıştır (48). Bu çalışmayla aynı bölgede yapılmış başka bir araştırmanın sonuçlarında da kadın ve bekar katılımcıların daha büyük kısmı sağlık okuryazarlığında yeterli bulunmuşlardır (47).

Kişilerin iletişim becerilerinin yaşla beraber artış göstermesi beklense de bu çalışmaya alınan hastalardan 25-34 yaş grubunda olanlar bilgi sunma ve bilgileri doğrulama alt boyutlarında sağlık iletişimi özyetkinliklerini diğer yaş gruplarından anlamlı şekilde daha yüksek puanlamışlardır. Benzer şekilde Ankara’da yapılmış bir çalışmaya bakıldığında da 29 yaş ve altındaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha büyük yaş gruplarına göre yüksek olduğu görülmüştür (47). Bu sonucun genç yetişkinlerin sağlık hizmeti

alırken daha bilinçli ve diğer yaş gruplarına göre daha ileri öğrenim durumuna sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Hastaların ırk, cinsiyet, yaş, öğrenim durumu gibi sosyal karakterleri sağlık hizmeti alımındaki tedaviye uyum, karar verme, memnuniyet durumları gibi konularla ayrıca sağlık çıktılarıyla oldukça ilişkilidir. Hekimlerin kendi sosyal karakterleri de hastalar tarafından nasıl algılandıklarını etkilemektedir (57).

Araştırmaya katılan hastaların toplam hane gelirlerine göre bilgi sunma özyeterlilik ve bilgi edinme diğer yeterlilik puanlamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bilgi sunma alt boyutundaki farkın 5001 TL ve üzerinde toplam hane geliri olan hastaların daha yüksek olan puanlarından kaynaklanmaktadır. Bu durum beklendiği gibi sosyoekonomik durumun iyileşmesiyle iletişim becerilerinin ve sağlık iletişimde yeterliliğin artışı desteklemektedir (41). Benzer şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyiyle gelir durumunun paralel olarak artışı gösteren başka çalışmalar da vardır (47). Ancak 1000 TL ve altında toplam hane geliri olan hastaların bilgi edinme diğer yeterlilik puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olmasının nedeni sosyoekonomik düzeyi düşük olanlara sağlık hizmeti sunumunda sağlık sorunu ile ilgili bilgilerin anlaşılabilirliği için hekim tarafından daha dikkatli ve detaylı bilgi sunuluyor olmasından kaynaklanıyor olabilir (30).

Bu araştırma da katılımcı hastaların öğrenim durumlarına göre sağlık iletişimde yeterlilik puanlamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ancak literatürdeki birçok çalışma daha iyi eğitilmiş olan hastaların hekim ile iletişiminin daha etkin, tedaviye uyumunun ve sağlık hizmetinden memnuniyetinin daha

yüksek olduğunu göstermektedir. Yine özellikle Amerika’da yapılmış araştırmaların çoğunda sağlık hizmet kalitesinin kültürel, inançsal, algısal ve ırksal farklılıklardan etkilendiği sunulmuştur (57). Benzer şekilde Ankara’da yapılan bir araştırmaya katılan aile hekimlerinin çoğunluğu hastaların eğitim düzeylerinin düşük olmasının hastalarıyla sağlıklı bir iletişim kurmalarına engel olan etkili bir faktör olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (47). Bu çalışmaya alınan hastalar arasında pek fazla kültürel, inançsal, algısal veya ırksal farklılıklardan söz edemesek de ülke genelinde ya da daha geniş kapsamda yapılacak sonraki çalışmalarda bu unsurlar göz önüne alınarak sağlık iletişimde yetkinliği etkileyen birçok sosyokültürel özellik incelenebilir.

Birçok çalışmada sağlık iletişimi düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki ele alınmış ve sağlık hizmetlerinin kalitesini de etkilediği görülmüştür (11). Bu durumda çalışmanın sonuçlarına göre hekim ve hastaların sağlık iletişimde yetkinlik puanları ile memnuniyet durumlarının arasında pozitif bir ilişki bulunması ölçeğin geçerliliğinin indirekt bir kanıtıdır (9). Bu çalışmada da araştırmaya katılan hastaların sağlık iletişimde yetkinlik puanları ile memnuniyet dereceleri arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Anketin sonunda araştırmaya katılan hekim ve hastalara üçer değerlendirme sorusu sorulmuştur. Hekimler, hastalarının ziyaret amacını karşılama derecelerini, bilgi edinme isteklerini ve bu ihtiyaçlarını karşılama derecelerini kötü-orta-iyi düzeyi ifade eden 1-2-3 şeklinde değerlendirmişlerdir. Aile hekimlerinin yaklaşık yarısı (%48,2) hastasının ziyaret amacını iyi derecede karşıladığını belirtirken, 38 aile hekimi (%15,0) kötü olarak değerlendirmiştir.

Hastalarının bilgi edinme isteğinin orta ve iyi düzeyde olduğunu ifade eden hekimler çoğunluktadır (%74,7). Aynı şekilde hekimlerin çoğu bu ihtiyacı orta ve iyi düzeyde karşıladıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlarla hekimlerin sağlık iletişimde yetkinlik puanlamaları arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların ise büyük çoğunluğu memnuniyetlerini, bilgi edinme isteklerini ve bu ihtiyaçlarını karşılama derecelerini orta ve iyi düzeyde olarak ifade etmişlerdir. Hekimlerde olduğu gibi hastaların bu puanlamaları ile sağlık iletişimde yetkinlikleri arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon vardır. Sağlık iletişimde hem hekimlerin hem de hastaların daha iyi iletişim becerilerine sahip olmaları, bu konuda yetkin bireyler haline gelmeleri sağlık hizmet sunumundaki ve alımındaki memnuniyeti artıracak gibi halk sağlığının gelişmesine ve hekimlerin iş doyumuna da katkı sağlayacaktır (34). Ayrıca hekim ve hastaların sağlık iletişimde yetkinlik puanları arasında mükemmel düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır, bu da desteklemektedir ki iletişim karşılıklı bir etkileşim olduğu için bu konuda her iki tarafı da içine alacak çalışmalar ve çözümler üretilmelidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüzde iyi bir hekimin özellikleri, “temel mesleki bilgi ve becerilerle donatılmış, insanı biyopsikososyal bir bütün olarak algılayan, çevresiyle iyi iletişim kurabilen, toplumun sağlık sorunlarına duyarlı ve onlara çözüm üretebilen, mesleğini seven, meslek yaşamı boyunca öğrenme isteği duyan, sürekli değişimden yana olan, olumlu liderlik özellikleri yanı sıra kendini geliştirebilen” şeklinde betimlenmektedir. Bugüne dek yapılmış birçok çalışma sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin sağlık çalışanlarıyla ilişkilerinden memnuniyetsizliklerinin çok sık olduğunu göstermiştir. Günümüzde hasta merkezli sağlık iletişimi yaklaşımı yaygınlaşmakta ve bu iletişimin hastanın memnuniyetine, hekimine ve tedavisine uyumuna ve daha iyi sağlık çıktılarına ulaşılmasına neden olduğu görülmektedir. Sağlık iletişimi kavramı yaygınlaştıkça geçmişin, pasif olan, hekimin önerilerini ve kararlarını sorgulamaya cesaret edemeyen ‘iyi hasta’ kavramı, yerini; sorularına anlayabileceği tanımlarla yanıt bekleyen, kendi sağlık bakımı ile ilgili kararlarda kendi katılımını önemseyen, tüm sağlık kayıtlarını görmeyi ve paylaşmayı, tedavi süreciyle ilgili detaylı bilgi almayı, konsültasyonlar dışında da hekimi ile iletişime girebilmeyi isteyen, iletişim becerileri yüksek hastaya bırakmıştır (57).

Etkin bir hekim-hasta iletişiminde, her iki tarafın sözlü ve sözsüz iletişim becerilerine sahip olması gerekmektedir. Hekim-hasta iletişimi; bilgi sunma, bilgi edinme, duyguları yansıtma, tutum ve davranışları yansıtma, güvene dayalı bir ilişki oluşturma gibi unsurlar içermektedir. Bu unsurların yanı sıra hekimin hastayla iletişimi, onun davranışlarını yönlendirmeye, düşünceleri ifade etmeye,

fikir alışverişine, sorunu çözmeye ve bu konuda uzlaşmaya katkı sağlamaktadır (37).

Bu durumdan yola çıkılarak sağlık iletişiminin en önemli parçası olan hekim ve hastanın bu konudaki bilgi, beceri ve yetkinliklerinin değerlendirilmesi gereği doğmaktadır. Sağlık iletişiminde yetkinlik, iletişimsel davranışların analizini gerektirir. Bu analizin amacı iletişimi gerçekleştiren kişilerin hangi amaçlara bağlı olduklarını ortaya çıkarmaktır. Hekim ve hastaların tıbbi görüşme sırasında farklı hedefleri olsa da, literatür hekim-hasta iletişiminin iki ana hedefi olduğunu vurgulamaktadır. Bunlar bilgi paylaşımı ve ilişki geliştirmedir (10).

Bu çalışmayla Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunan sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği sayesinde ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri yürütümünde önemli bir yere sahip olan aile hekimlerinin ve hastalarının sağlıkta iletişim yetkinliklerinin değerlendirilebilmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti uygulamalarında hem zamandan hem de ekonomiden kazanç sağlanacaktır. Sağlık iletişiminin hekim-hasta görüşmesi boyutundaki sorunlar saptanabilecektir. Sağlık iletişiminde ortaya çıkan ortak sorunlara destekleyici ve yapıcı çözüm önerileri geliştirilebilecektir (11).

Literatürde iletişim becerilerinin gelişiminde deneyimin tek başına yetersiz olduğu, herhangi bir eğitimin hiç eğitimin olmamasından daha iyi olduğu vurgulanmakta ve eğitim yöntemi olarak uygulamalı eğitimin geleneksel eğitim yöntemlerinden daha etkin olduğu belirtilmektedir. Örneğin tıp fakültelerinde başlatılan “İletişim Becerileri” eğitimleri hekimlerin dinleme, sözlü ve sözsüz

iletişim, empati, açık iletişim konularını içeren temel iletişim becerileri kazanmalarını sağlamaktadır. Bu eğitimler tüm faköltelele yaygınlaştırılmalı ve uygulamaya yönelik çalışmalarla desteklenmelidir (34).

Sağlığı geliştirme hizmetleri kapsamında büyük yere sahip olan halka yönelik sağlık eğitimleri, bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlar bütünüdür. Yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimini geliştirmeye yönelik çalışmaların ve hizmetlerin yetersiz olduğunu ayrıca hekimlerin hastalarıyla iyi ve etkin bir iletişim kurmalarında bu konunun oldukça etkin olduğunu düşöndüklerini gösteren sonuçlar bulunmaktadır. Hastaların bu fırsatları kullanması sağlanarak, sağlık iletişimi bilgilerinin artırılması ve becerilerinin geliştirilmesi için tasarlanmış eğitimler uygulanmalıdır (3,47).

7. KAYNAKLAR

- 1) Somunoğlu S., Kavramsal Açıdan Sağlık, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1 (Sonbahar 1999).
- 2) Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları (Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986), T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Baksı, Ankara, Ankara, 2011.
- 3) Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (DSÖ,1998), T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Baksı, Ankara, Nisan 2011.
- 4) Hoşgör D. G., İletişim ve Sağlık İletişimi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi, 2014.
- 5) Williams M. V., Davis T., Parker R. M., Weiss B. D., The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication, FamMed 2002;34(5):383-9.
- 6) Okay A., Sağlık iletişimi, 2. Basım, Derin Yayınları İstanbul, 2014.
- 7) Tabak R. S., Sağlık İletişimi, 3. Basım, Literatür Yayınları, Ankara, 2006.
- 8) Uludağ A., Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Doktora Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi, 2011.

9) Cegala D. J., The Development and Partial Assessment of The Medical Communication Competence Scale, Health Communication, 10(3), 261-288, 1998.

10) Cegala D. J., Components of Patients and Doctors Perceptions of Communication Competence During a Primary Care Medical Interview, Health Communication, 8(1), 1-27, 1996.

11) Stewart M. A., Effective Physician-Patient Communication And Health Outcomes: A Review, Can Med Assoc J, May 1, 1995; 152 (9).

12) Larson J. S., Measurement of Health, 1st ed., USA, 1991. Erişim tarihi: 10.10.2015: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=LxVpxE8u0GgC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Larson+J.+S.,+Measurement+of+Health&ots=W8EonF7jdg&sig=tHgmpUbAXxgpQi8CZqhI49iI-Ms&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false .

13) Somunoğlu S., Sağlık Kurumları Yönetimi-1, 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2012.

14) Filiz Y., Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Ankara, 2010.

15) Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.

16) Bozdemir N, Kara İ.H. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi, Nobel Kitabevi, Adana, 2010;2-19.

17) Rakel R. E., The Family Physician. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 8th edition. Philadelphia: WB Saunders. 2011;4-8.

18) The European Definition of General Practice / Family Medicine, Wonca Europe 2011 Edition. Barcelona, WONCA Europe Office Publication. 2002;4-6,7-43.

19) Olesen F., Dickinson J., Hjortdahl P., General practice- time for a new definition. BMJ 2000;320:354-357.

20)İnceoğlu M., Tutum-Algı-İletişim, 6. Baskı, Siyasal Yayınları, Ankara, 2011.

21)Çelik F., Sağlık Kurumlarında İletişim, Hasta ve Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2008.

22) Altınok Kaya A. E., Hastanelerde halkla ilişkilerin yeri ve önemi (bir örnek uygulama), Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2007.

23) Kırmızı H., Genel ve Teknik İletişim, 5. Baskı, Neva Yayınları, Trabzon, 2010.

24) Cüceloğlu D., Yeniden İnsan İnsana, 25. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001.

25) Oskay Ü., İletişimin ABC'si, 1. Baskı, Der Yayınları, İstanbul, 2005.

- 26) Akgöz E., Sezgin M., Genel İletişim, 1. Baskı, Gazi Kitapevi, Ankara, 2009.
- 27) Bayvertyan A. İ., Viyana Eyaletinde Göçmenlere Yönelik Sağlık İletişimi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2013.
- 28) Becerikli S. Y., Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması Yoluyla Kamu Kampanyaları ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2012/II, 43, 163-177.
- 29) Cüceloğlu D., İletişim Donanımları, 51. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001.
- 30) Torun Ş., Sağlık Kurumlarında İletişim (Ünite 1), 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Şubat 2015.
- 31) Aile Hekimleri için Kurs Notları 1. Aşama, Ankara, 2004. Erişim tarihi:9.10.2015:<http://www.adiyamanhsm.gov.tr/Images/ckfile/files/AH%20%C4%B0%C3%87%C4%B0N%20KURS%20NOTLARI.pdf>
- 32) Bredart, Anne and Bouleuc, Carole and Dolbeault, Sylvie, 2005, Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology Current Opinion in Oncology. Inter-Disciplinary Supportive Care Department for the Oncology Patient, Institut Curie, Paris, , 17:351—354.

33) Brown, Jo., How Clinical Communication Has Become A Core Part Of Medical Education İn The UK, 2008, Curriculum, Medical Education, Blackwell Publishing Ltd 42: 271–278.

34) Özkan S., Gürsel Y., Günay T., Demiral Y., Akvardar Y., Gencer Ö., Kıran S., Arkar H., Musal B., Miral S., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel İletişim Becerileri Programına İlişkin Öğrenci Geri Bildirimleri ve Programda Yapılan Değişiklikler, Tıp Eğitimi Dünyası Sayı:17 Ekim 2004:35-42.

35) Cegala D. J., An Exploration of Factors Promoting Patient Participation in Primary Care Medical Interviews, Health Communication, 26: 427–436, 2011.

36) Cegala D. J., The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews, Patient Education and Counseling 41 (2000) 209–222, 1999.

37) Yardan E. D., Sağlık Kurumlarında İletişim (Ünite 2), 1. Basım, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Şubat 2015.

38) Toprak M., Yeterlilik Çerçevesine Dayalı Öğrenim Kazanımları, Kırıkkale, 2011. Erişim tarihi: 9 Ekim 2015: abofisi.kku.edu.tr/belgeler/sunumlar/metintopr2.ppt .

39) Eroğlu E., Etkili İletişim Teknikleri, 1. Basım, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2013.

40) Alper D., Psikolojik Danışmanlar ve Sınıf Öğretmenlerinin Duygusal Zeka Düzeyleri-İletişim ve Empati Becerilerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi: İzmir, 2007.

41) Cingi C. C., Yüksel E., Muluk N. B., Sağlık Kurumlarında İletişim (Ünite 3), 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Şubat 2015.

42) Mısırlı, İ., Genel ve Teknik İletişim (Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar), 7. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, 2010.

43) Sümbüloğlu K., Akdağ B., İleri İstatistiksel Yöntemler, 1. Baskı, Hatiboğlu yayınları, Ankara, 2009.

44) Harkness J., Schoua-Glusberg A., Questionnaires in Translation, ZUMA-Nachrichten Spezial, January 1998.

45) Vijver F. J. R., Hambleton R. K., Translating tests, Translating tests: Some practical guidelines. European Psychologist, 1(2), 89-99, 1996.

46) DeVellis R. F., Ölçek Geliştirme- Kuram ve Uygulamamalar (çeviri ed: Totan T.), 3. Basımdan çeviri, Nobel Kitabevi, Ankara, Ekim 2014.

47) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Onsekiz Yaş Üstü Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Belirleyicilerinin Değerlendirilmesi, Ankara, Ocak-Şubat 2015 (yayınlanmamış).

48) Gezergün A., Şahin B., Tengilimoğlu D., Demir C., Bayer E., Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi Ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği, Sosyal Bilimler Dergisi 2006/1.

49) Ashbury, F.D., Iverson, D.C. Ve Kralj, B., “Physician communication Skills: Results of a Survey of General/Family Practitioners in Newfoundland”, Medical Education Online, 6(1), s.1-11, 2001.

50) Korkut F., Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 28: 143-149, 2005.

51) Kutlu M., Çolakoğlu N., Pay Özgüvenç Z., Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi Yıl:1 Sayı: 2; 127-143, 2010.

52) Tiryaki Şen H., Taşkın Yılmaz F., Pekşen Ünüvar Ö., Demirkaya F., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Empatik Beceri Düzeyleri, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(1):6-12.

53) Karaoğlu N., Sivri F., Aile Hekimlerinin Empatik Eğilimleri: Kesitsel Bir Karşılaştırma, Turkish Family Physician 2010-2, s: 40-44.

54) Akgöz S, Özçakır A, Atıcı E, Altınsoy Y, Tombul K, Kan İ. The emphatic tendency of phisicians employing in health, application an research center of Uludağ University. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13:97-104.

55) Karadağ M., Işık O., Cankul İ.H., Abuhanoğlu H., Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 17/1 (2015) 160-179.

56) Sleight P., Teaching communication skills: part of medical education?, Journal of Human Hypertension. 1995 Jan;9(1):67-9.

57) Johnson Thornton et al, Patient-Physician Social Concordance, Medical Visit Communication and Patients' Perceptions of Health Care Quality, Patient Educ Couns. 2011 December; 85(3): e201–e208. doi:10.1016/j.pec.2011.07.015.

58) Erbaydar T., Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki.

8. ÖZET

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri yürütümünde önemli bir yere sahip olan aile hekimlerinin ve hastalarının sağlıkta iletişim yetkinlikleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti uygulamalarında hem zamandan hem de ekonomiden kazanç sağlayacaktır. Hekimlerin ve hastaların sağlık iletişimindeki yetkinlikleri değerlendirilerek sorunlar saptanabilir ve çözümleyici öneriler, uygulamalar üretilebilir. Ancak ülkemizde bu yetkinliği değerlendirecek bir ölçek kullanılmamaktadır. Bu nedenle araştırmamızda “sağlık iletişiminde yetkinlik ölçeği”nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin uygulanması amaçlanmıştır.

Alan uygulamasından sonra, eksiksiz doldurulmuş olan 253 hasta ve 253 aile hekimi anketinin tamamı analize alınmıştır.

Araştırmaya 253’ü hekim, 253’ü hasta olmak üzere 506 kişi katılmıştır. Hekimlerin 135’i (%53,4), hastaların ise 147’si (58,1) kadındır.

Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği temel birleşenler analizi adına hekimlerin öz yetkinliklerine ait “15,739” ve “1,697” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip iki faktör, hekimlerin hastaların yetkinliklerini değerlendirmelerine ait “9,202” ve “1,082” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip iki faktör, hastaların öz yetkinliklerine ait “6,526” ; “1,645” ve “1,281” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip üç faktör, hastaların hekimlerin yetkinliklerini değerlendirmelerine ait “14,063” ; “1,877” ve “1,558” olmak üzere 1’den büyük özdeğere sahip üç faktör elde edilmiştir. Hekimlerin öz yetkinliklerini ifade eden faktörler toplam varyansın %72,652’si; hekimlerin

hastaların yetkinliklerini değerlendirmesini ifade eden faktörler toplam varyansın %79,105'i; hastaların öz yetkinliklerini ifade eden faktörler toplam varyansın %72,714'ü; hastaların hekimlerin yetkinliklerini değerlendirmesini ifade eden faktörler ise toplam varyansın %72,910'u tarafından açıklanmaktadır.

Ölçek puanları ölçekler arası tanımlamada büyük gruplar için kullanılan Pearson korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı, 0 ile 0.25 arasında ise ilişki olmadığından ya da çok zayıf olduğundan , 0.26-0.49 arasında zayıf bir ilişkiden, 0.50-0.69 arasında orta güçte bir ilişkiden, 0.70-0.89 arasında yüksek, 0.90'dan başlayarak çok yüksek bir ilişkiden söz edilir . Cronbach alfa değerinin 0,50 ve üzerinde olması çalışmanın güvenilirliği için yeterli olmaktadır. Hekimlerin sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğinin özyetkinlik-faktör 1 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,951; özyetkinlik-faktör 2 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,968; diğer yetkinlik faktör 1 ifadelerinin 0,943; diğer yetkinlik faktör 2 ifadelerinin ise 0,954 olmak üzere oldukça yüksek bulunmuştur.

Hastaların sağlık iletişimde yetkinlik ölçeğinin özyetkinlik-faktör 1 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,862; özyetkinlik-faktör 2 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,878; özyetkinlik-faktör 3 ifadelerinin cronbach alfa değeri 0,672; diğer yetkinlik faktör 1 ifadelerinin 0,841; diğer yetkinlik faktör 2 ifadelerinin 0,895; diğer yetkinlik faktör 3 ifadelerinin ise 0,951 olmak üzere oldukça yüksek bulunmuştur.

9. ABSTRACT

Health communication competencies of the family physicians and patients in our country, who have an important role in the execution of primary health care services, will yield time efficiency and economic benefits in the implementation of preventive and curative health services. Analytical advice, implementation can be produced and the problems can be detected through assessment of the competence of physicians and patients in health communication. However, there is no scale to assess that competency in our country. Therefore, validity and reliability of the “health communication competency scale” in Turkey is to be applied in this research.

After the field study, fully completed surveys of 253 patients and 253 family physicians were analyzed. 506 people were included into the research including 253 physicians and 253 patients. 135 of physicians (53.4%) and 147 of the patients (58.1%) were female.

Health Communication Competence Scale has yielded (a) two factors in terms of analysis of basic components related to the self competencies of the physicians that are "15,739" and "1,697" with eigenvalue bigger than 1, (b) two factors in terms of the of the physicians' evaluation of the patients' competences that are "9.202" and "1.082" with eigenvalue bigger than 1, (c) three factors in terms of the self competences of the patients that are "6,526", "1,645" and "1,281" with eigenvalue bigger than 1, (d) three factors in terms of patients' evaluation of the physicians' competences that are "14,063" , "1,877" and "1,558" with

eigenvalue bigger than 1. Factors representing the self competences of physicians is defined by 72,652's% of the total variance; factors representing physicians' evaluation of patients' competency is defined by 79.105% of the total variance; factors representing patients' self competences is defined by 72.714% of the total variance. The factors representing patients' evaluation of the the physicians' competences is defined by 72.910% of the total variance.

Pearson correlation coefficients that are used for bigger groups is utilized to define scale scores in between the scales. If the correlation coefficient is between 0 and 0.25 the relation is very weak or there is no relation. If the correlation coefficient between 0.26 and 0.49 then the relation is weak, if the correlation coefficient is between 0.50 and 0.69 then the relation is medium, if the correlation coefficient is 0.70-0.89 then the relation is high and finally if the correlation coefficient is bigger than 0.90 the then the relation is very high. A Cronbach's alpha value over 0.50 is sufficient for the reliability of the study. On the other hand, Cronbach's alpha value for physicians' competence in health communication is found quite high in self competence factor 1: 0.951, self competence factor 2: 0,968, other competence factor 1: 0,943, other competence factor 2:0,954.

Cronbach's alpha value for patiences' competence in health communication is found quite high in self-competence factor 1: 0,862, Cronbach's alpha value for self competence factor 2:0,878:, Cronbach's alpha value for other competence factor 3: 0,672, other competence expressions factor 1:0,841, other competence expressions factor 2: 0,895, other competence expressions: 0,951.

10. EKLER

EK-1



asuman tezel <asumantezel@gmail.com>

turkish version of medical communication competence scale

Cegala, Donald <cegala.1@osu.edu>
Alıcı: asuman tezel <asumantezel@gmail.com>

2 Eylül 2015 19:55

Dr. Tezel,

You have my permission to translate the MCCS to Turkish. Good luck with your research. If possible send me a summary of the results when it is completed.

D.
Donald J. Cegala, Ph.D.
Emeritus Professor
Communication and Family Medicine
The Ohio State University

From: asuman tezel <asumantezel@gmail.com>
Date: Wednesday, September 2, 2015 at 9:33 AM
To: Donald Cegala <cegala.1@osu.edu>
Subject: turkish version of medical communication competence scale
[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-2



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK AİLE
HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE
BAŞKANLIĞI
13/11/2015 17:23 - 67350377 - 770 - E.622



00015220434



Sayı : 67350377/770
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof.Dr.Seçil
ÖZKAN)

ANKARA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Gazi Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof.Dr.Seçil ÖZKAN sorumluluğunda yapılması planlanan "Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

EK-3

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/11/2015-E.137336



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez Danışmanı olduğunuz Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş.Gör. Dr. Asuman TEZEL KAHRİMAN'ın uzmanlık tez çalışması olan "*Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması*" başlıklı araştırma öneriniz incelenmiş ve Üniversitemiz Etik Komisyon ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

EK :
1 Liste

Ankara
Tel 0 (312) 202 69 58 Faks 0 (312) 202 46 73
İnternet Adresi <http://etikkurul.gazi.edu.tr/>

Bilgi için Şenay Seloglu
Genel Evrak Sorumlusu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

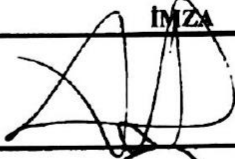
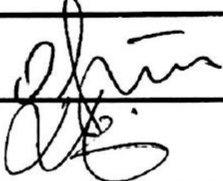
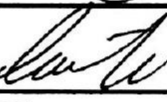
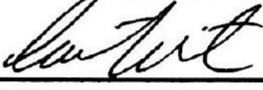
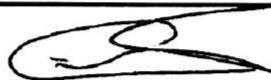
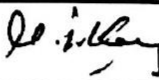
TOPLANTI TARİHİ : 10.09.2015		TOPLANTI SAYISI :08	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)			
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)			
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN		KATILAMADI	
Prof.Dr.Ogün DOĞRU			
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL			
Prof.Dr.Şenol DURGUN			
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR			
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL		KATILAMADI	
Doç.Dr.Cumhur TUNCER			
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA			
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK			
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ		KATILAMADI	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Bikem HACİÖMEROĞLU			

TABLE 1
 Doctor Items Comprising the Medical Communication Competence Scale (MCCS) for
 Doctors' and Patients' Versions^a With Cluster Membership

<i>Doctors' Self-Competence Items</i>	<i>Patients' Other-Competence Items</i>	<i>Cluster Numbers</i>			
		1	2	3	4
I provided good explanations of the following to the patient:	The doctor explained the following to my satisfaction:				
1. The diagnosis of his or her medical problem.	17. What my medical problem was.	✓			
2. The causes of his or her medical problem.	18. The causes of my medical problem.	✓			
3. The treatment for his or her medical problem.	19. What I could do to get better.	✓			
4. The advantages and disadvantages of treatment options.	20. The benefits and disadvantages of treatment choices (that is, choices about what I could do to get better).	✓			
5. The purpose of any tests that were needed.	21. The purpose of any tests that were needed.	✓			
6. How prescribed medication will help his or her problem.	22. How prescribed medicine would help my problem.	✓			
7. How to take prescribed medication.	23. How to take prescribed medication.	✓			
8. The possible side effects of the medication.	24. The possible side effects from the medicine.	✓			
9. The long-term consequences of his or her medical problem.	25. The long-term consequences of my medical problem.	✓			
I did a good job of:	The doctor did a good job of:				
10. Reviewing, or repeating, important information for the patient.	26. Reviewing or repeating important information.			✓	
11. Making sure the patient understood my explanations.	27. Making sure I understood his or her explanations.			✓	
12. Making sure the patient understood my directions.	28. Making sure I understood his or her directions.			✓	
13. Checking my understanding of information the patient provided.	29. Checking his or her understanding of what I said.			✓	
14. Encouraging the patient to ask questions.	30. Encouraging me to ask questions.				✓

(Continued)

TABLE 1 (Continued)

<i>Doctors' Self-Competence Items</i>	<i>Patients' Other-Competence Items</i>	<i>Cluster Numbers</i>			
		1	2	3	4
15. Asking the patient the right questions.	31. Asking me questions related to my medical problem.			✓	
16. Asking questions in a clear, understandable manner.	32. Asking me questions in a clear, understandable manner.			✓	
17. Using open-ended questions.	33. Asking questions that allowed me to elaborate on details.			✓	
18. Using language the patient could understand.	34. Using language I could understand.				✓
19. Being warm and friendly.	35. Being warm and friendly.				✓
20. Contributing to a trusting relationship.	36. Contributing to a trusting relationship.				✓
21. Showing the patient I cared about him or her.	37. Showing he or she cared about me.				✓
22. Making the patient feel relaxed or comfortable.	38. Making me feel relaxed or comfortable.				✓
23. Showing compassion.	39. Showing compassion.				✓
24. Being open and honest.	40. Being open and honest.				✓

^aThe items on the left side of the table were included on the doctor version of the MCCS, and the items on the right side of the table were included on the patient version of the MCCS. The item numbers indicate the order of the items as they appeared on the two versions of the MCCS. The patient items are arranged out of sequence here so that parallel items could be shown easily.

TABLE 2
Patient Items Comprising the Medical Communication Competence Scale (MCCS) for
Doctors' and Patients' Versions^a With Cluster Membership.

<i>Patients' Self-Competence Items</i>	<i>Doctors' Other-Competence Items</i>	<i>Cluster Numbers</i>			
		1	2	3	4
I did a good job of:	The patient did a good job of:				
1. Presenting important history associated with my medical problem.	25. Providing relevant history associated with his or her medical problem.	✓			
2. Describing the symptoms of my medical problem.	26. Explaining symptoms associated with his or her medical problem.	✓			
3. Explaining my medical problem.	_____	✓			
4. Explaining what medicines I am taking.	27. Explaining what medications he or she is taking.			✓	
5. Answering the doctor's questions thoroughly.	28. Answering my questions thoroughly.	✓			
6. Answering the doctor's questions honestly.	29. Answering my questions honestly.	✓			
7. Letting the doctor know when I didn't understand something.	30. Letting me know when he or she didn't understand something.			✓	
8. Letting the doctor know when I needed him or her to repeat something.	31. Letting me know when I needed to repeat something.			✓	
9. Making sure I understood the doctor's directions.	_____			✓	
10. Repeating important information to make sure I understood correctly.	_____			✓	
11. Asking the doctor to explain terms I didn't understand.	32. Asking me to explain terms he or she didn't understand.			✓	
12. Asking the doctor all the questions that I had.	33. Asking me questions about his or her medical problem.			✓	
13. Getting the answers to my questions.	34. Pursuing answers to his or her questions.			✓	
14. Getting all the information I needed.	35. Asking appropriate questions.			✓	
15. Contributing to a trusting relationship.	36. Contributing to a trusting relationship.				✓
16. Being open and honest.	37. Being open and honest.				✓

^aThe items on the left side of the table were included on the patient version of the MCCS, and the items on the right side of the table were included on the doctor version of the MCCS. The item numbers indicate the order of the items as they appeared on the two versions of the MCCS. The doctor items are arranged out of sequence here so that parallel items could be shown easily.

EK-5

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE YETKİNLİK ÖLÇEĞİ ANKET FORMU (HEKİM)

KATILIMCI ONAM FORMU

Bu araştırma, hasta hekim görüşmeleri sırasındaki sağlık iletişimi yetkinliğinizi değerlendirmek amacıyla Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Elde edilecek veriler Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasına katkıda bulunacaktır. Anket ile edinilen bilgiler başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkürler.

Kabul ediyorum ☐

Kabul etmiyorum ☐ (Lütfen *sebebini belirtiniz*).....

Tarih:

.....

BÖLÜM-1 (TANIMLAYICI)

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyet 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? 1) Evli 2) Bekar
4. Çocuğunuz var mı? 1)Hayır 2)Evet.....(kaç tane)
5. Kaç yıldır hekim olarak görev yapıyorsunuz?.....
6. Uzman hekim misiniz? 1)Hayır 2)Evet.....(kaç yıldır)

BÖLÜM-2 (SAĞLIK İLETİŞİMİNDE YETKİNLİK ÖLÇEĞİ)

7. Aşağıdaki ifadeleri hastanız ile yaptığınız görüşmenize en uygun olan şekilde yanıtlayınız.

DOKTORUN ÖZYETKİNLİĞİ							
Hastaya aşağıdaki açıklamaları iyi bir şekilde sundum.							
	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KİSMEN KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KİSMEN KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1. Sağlık sorununun tanısı							
2. Sağlık sorununun							

sebepleri							
3. Sağlık sorununun tedavisi							
4. Tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları							
5. İhtiyaç duyulan tahlillerin amaçları							
6. Reçete edilen ilaçların hastanın sağlık sorununa nasıl çözüm olacağı							
7. Reçete edilen ilaçların nasıl alınacağı							
8. İlaçların olası yan etkileri							
9. Hastanın sağlık sorununun uzun vadede sonuçları							
Aşağıdakileri iyi bir şekilde gerçekleştirdim.							
10. Hasta için önemli olan bilgileri tekrar ettim							
11. Hastanın benim açıklamalarımı anladığından emin oldum							
12. Hastanın benim yönlendirmelerimi anladığından emin oldum							
13. Hastanın sunduğu bilgileri anladığıma emin oldum							
14. Hastayı soru							

sorması için cesaretlendirdim							
15. Hastaya doğru soruları sordum							
16. Hastaya açık ve anlaşılır sorular sordum							
17. Açık uçlu sorular kullandım							
18. Hastanın anlayabileceği dili kullandım							
19. Sıcak kanlı ve arkadaşça davrandım							
20. Güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladım							
21. Hastayı ona özen gösterdiğimi belli ettim							
22. Hastayı rahat ve konforlu hissettirdim							
23. Merhamet gösterdim							
24. Açık ve dürüstüm							
DOKTORA GÖRE HASTANIN YETKİNLİĞİ							
Hasta aşağıdakileri iyi şekilde yaptı.							
25. Sağlık sorunu ile ilgili gerekli öyküyü sağladı							
26. Sağlık sorunu ile ilgili semptomları açıkladı							
27. Hangi ilaçları aldığını açıkladı							
28. Sorularımı net bir şekilde cevapladı							
29. Sorularımı							

dürüstçe cevapladı							
30. Bir şeyi Anlamadığı zaman bunu bana belli etti							
31. Bir şey tekrar etmem gerektiği zaman bunu bana belli etti							
32. Anlamadığı terimleri açıklamamı istedi							
33. Sağlık durumu ile ilgili sorular sordu							
34. Sorduğu soruların cevaplarını takip etti							
35. Uygun sorular sordu							
36. Güvene dayalı bir ilişkiye katkı sağladı							
37. Açık ve dürüsttü							

8. Hastanızın sizi ziyaret amacını ne derece karşıladığınızı düşünüyorsunuz?

Lütfen puanlayınız. 1 2 3

9. Hastanızın bilgi edinme isteğini puanlayınız. 1 2 3

10. Hastanızın bilgi ihtiyaçlarını ne derece karşıladığınızı düşünüyorsunuz?

Lütfen puanlayınız. 1 2 3

.....**TEŞEKKÜR EDERİM**.....

EK-6

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE YETKİNLİK ÖLÇEĞİ ANKET FORMU (HASTA)

KATILIMCI ONAM FORMU

Bu araştırma, hasta hekim görüşmeleri sırasındaki sağlık iletişimi yetkinliğinizi değerlendirmek amacıyla Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Elde edilecek veriler Sağlık İletişiminde Yetkinlik Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasına katkıda bulunacaktır. Anket ile edinilen bilgiler başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkürler.

Kabul ediyorum ☐

Kabul etmiyorum ☐ (Lütfen *sebebini belirtiniz*).....

Tarih:

BÖLÜM-1 (TANIMLAYICI)

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyet 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? 1) Evli 2) Bekar
4. Çocuğunuz var mı? 1) Hayır 2)Evet.....(kaç tane)
5. Öğrenim durumunuz nedir?
 - 1) Okuryazar Değil
 - 2) Sadece Okuryazar
 - 3) İlkokul Mezunu
 - 4) Ortaokul Mezunu
 - 5) Lise Mezunu
 - 6) Yüksekokul-Üniversite Mezunu
6. Mesleğiniz nedir?.....
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - 1) Çalışmıyorum
 - 2) Çalışıyorum

8. Ailenizin toplam geliri ne kadardır?

- 1) 1000 tl ve altı
- 2) 1001-1500 tl
- 3) 1501-2000 tl
- 4) 2001-2500 tl
- 5) 2501-5000 tl
- 6) 5000 tl'den fazla
- 7) Ne kadar zamandır aile hekiminizi tanıyorsunuz? yıl.....ay

BÖLÜM-2 (SAĞLIK İLETİŞİMİNDE YETKİNLİK ÖLÇEĞİ)

9. Aşağıdaki ifadeleri doktorunuzla yaptığınız görüşmenize en uygun olan şekilde yanıtlayınız.

HASTANIN ÖZ YETKİNLİĞİ							
Aşağıdakileri iyi bir şekilde gerçekleştirdim.							
	KESİNLİKLE KATILMIYORU M	KATILMIYORU M	KİSMEN KATILMIYORU M	KARARSIZI M	KİSMEN KATILMIYORU M	KATILMIYORU M	KESİNLİKLE KATILMIYORU M
1. Sağlık sorunumla ilgili öyküyü anlattım							
2. Sağlık sorunumun belirtilerini tanımladım							
3. Sağlık sorunumu açıkladım							
4. Hangi ilaçları aldığımı açıkladım							
5. Doktorun sorularına eksiksiz cevap verdim							
6. Doktorun sorularına dürüstçe cevap verdim							
7. Doktora anlamadığım bir şey olduğunda söyledim							
8. Doktora tekrarlamasını istediğim bir şey olduğunda söyledim							
9. Doktorun yönlendirmelerini							

anladığımdan emin oldum							
10. Önemli bilgileri doğru anladığımdan emin olmak için tekrarladım							
11. Doktordan anlamadığım terimleri açıklamasını rica ettim							
12. Doktora tüm sorularımı sordum							
13. Bana sorulan sorulara cevap verdim							
14. İhtiyacım olan tüm bilgileri aldım							
15. Güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundum							
16. Açık ve dürüsttüm							
HASTAYA GÖRE DOKTORUN YETKİNLİĞİ							
Doktor aşağıdaki ifadeleri beni memnun edecek şekilde açıkladı.							
17. Sağlık sorunumun ne olduğunu							
18. Sağlık sorunumun nedenini							
19. İyileşmem için neler yapabileceğimi							
20. Tedavi seçiminin avantajları ve dezavantajları							
21. İhtiyaç duyulan tahlillerin amaçlarını							
22. Reçete edilen ilaçların sağlık sorunuma nasıl çözüm olacağını							
23. Reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağımı							
24. İlaçların olası yan etkileri							

25. Sağlık sorununun uzun vadede sonuçlarını							
Doktor aşağıdaki ifadeleri iyi şekilde yaptı.							
26. Benim için önemli bilgileri tekrar etti							
27. Açıkladıklarını anladığımdan emin oldu							
28. Yönlendirmelerini anladığımdan emin oldu							
29. Benim söylediklerimi anlayıp anlamadığını kontrol etti							
30. Soru sormam için beni cesaretlendirdi							
31. Bana sağlık sorunumla ilgili sorular sordu							
32. Soruları açık ve anlaşılırdı							
33. Sağlık sorunum ile ilgili detaylı sorular sormama imkan sağladı							
34. Anlayabileceğim dili kullandı							
35. Sıcak kanlı ve arkadaşçaydı							
36. Güvene dayalı bir ilişkiye katkıda bulundu							
37. Beni önemseydiğini gösterdi							
38. Beni rahat ve konforlu hissettirdi							
39. Bana merhamet gösterdi							
40. Açık ve dürüsttü							

10. Bugün doktor ziyaretinizin sizi ne kadar memnun ettiğini lütfen puanlayınız.

1 2 3

11. Bugün doktor ziyaretinizdeki bilgi edinme isteğinizi lütfen puanlayınız.

1 2 3

12. Bugün doktor ziyaretinizde bilgi ihtiyaçlarınızın ne derece karşıladığınızı düşünüyorsunuz?

Lütfen puanlayınız.

1 2 3

.....**TEŞEKKÜR EDERİM**.....

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı: Asuman

Soyadı: TEZEL KAHRİMAN

Doğum Yeri ve Tarihi: Kayseri – 27/08/1987

Eğitimi:

2012 - 2016 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalı

2005 - 2011 Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

2000 - 2005 Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği (HASUDER)

POSTER

1-) MN İlhan, A Tezel, R Aygün, S Aycan, FNB Aksakal. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem 5 İş Sağlığı Ve İşyeri Hekimliği Stajının Değerlendirilmesi.

15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2012.

2-) FN Aksakal, M Çakır, Ö Aydemir, A Tezel, R Aygün. 0-6 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Oyuncak Güvenliği İle İlgili Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 2013.

3-) A Tezel, AU Dikmen, A Yıldırım Ankara Sincan Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarında Stresle Başa Çıkma Düzeyi. - 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya 2013

4-) FN Aksakal, A Tezel, E Avcı, T Özdemirkan, M Çakır. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Bitkisel Ürün Ve İlaç Kullanımı Konusunda Tutum Ve Davranışlarının Saptanması. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 2013.

5-) MN İlhan AU Dikmen, İ Uslu, V Medeni, B Altun, A Tezel. Ankara'da On Beş Yaş Üstü Kişilerin İnternet Bağımlılığı Ve İnternet Kullanımını Etkileyen Faktörler. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne, 2014.

6-) S Özkan, A Tezel, Ö Aydemir, ON Dereci, E Avcı, S Aycan. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Bölgesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranların Kırım Kongo Kanamalı Ateşi İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne 2014.

MAKALE

1-) İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Tezel A, Bumin M A. Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. GMJ(Gazi Medical Journal), 2013; 24: 5-10.