

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTA VE HASTA YAKINLARININ, SAĞLIK
PERSONELİNİN KENDİLERİYLE KURDUKLARI
İLETİŞİM TÜRÜNÜN, SAĞLIK HİZMETİNDEN
DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİ

Nadide Sedef SÜYÜN

Danışman
Doç. Dr. Olca SÜRGEVİL DALKILIÇ

İZMİR – 2019

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Hasta ve Hasta Yakınlarının, Sağlık Personelinin Kendileriyle Kurdukları İletişim Türünün, Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Düzeyine Etkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

10/6/2019

Nadide Sedef SÜYÜN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

**Hasta ve Hasta Yakınların Sağlık Personelinin Kendileriyle
Kurdukları İletişim Türünün, Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet
Düzeyine Etkisi
Nadide Sedef SÜYÜN**

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Bu araştırmada, hastanede çalışan personeller ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimin hasta sağlık hizmetinden duyduğu memnuniyet düzeyine etkisi incelenmiştir. Tez çalışmasında, hasta ve hasta yakınları ile doktor, hemşire ve diğer çalışan personeller arasında iletişim ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının analizi yapılmıştır. Aynı zamanda hasta ve hasta yakınları ile daha etkin ve onların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet artırıcı iletişime özgü bazı öneriler geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma, İzmir ili, Karşıyaka ilçesi, İzmir MedicalPark Hastanesi sınırları içerisinde 300 gönüllü hastaya uygulanan anket çalışması ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya gönüllü katılan hastaların hepsi iletişim becerileri ve hasta memnuniyeti ölçeğindeki soruların tamamına cevap vermişlerdir. Çalışmada, Normallik Testi, Güvenirlik Analizi, Ki-Kare, Faktör Analizi, Frekans Dağılımı Analizi, Korelasyon ve Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulardan olumlu olanlar şöyle sıralanmaktadır: eğitim düzeyi ile hastaneyi seçme nedeni arasında anlamlı bir ilişki vardır; ücret ile hastaneye gelme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki vardır; eğitim düzeyi ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında anlamlı bir ilişki vardır. Çalışmanın temel hipotezleri olan doktor-hasta ve hasta yakınları, hemşire-hasta ve hasta

yakınları arasındaki iletişimin sağlık hizmetinden ve sağlık kuruluşundan duyulan genel memnuniyet üzerindeki etkisine ilişkin bulgular ise řu şekildedir: doktor-hasta ve hasta yakınları arasında kurulan iletişim etkinliği sağlık hizmetinden duyulan genel memnuniyet arasında ilişki bulunmaktadır. Hemşire-hasta ve hasta yakınları arasında kurulan iletişim etkinliği ile sağlık hizmetinden duyulan genel memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca hemşire-hasta ve hasta yakınlarıyla arasındaki iletişim etkinliği ve doktor hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliğinin, sağlık hizmetinden duyulan genel memnuniyet arasında ilişki bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, İletişim, Hasta Memnuniyeti.



ABSTRACT

Master's Thesis

The effect of communication style of caregivers with patients and patients' relatives to the satisfaction of healthcare service

Nadide Sedef Süyün

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Business

Hospital and Health Organizations Management Program

In this study, the effect of communication between hospital staff and patient and patient's relatives on the healthcare satisfaction of the patient is examined. In the thesis study, it was analyzed whether there was a significant difference between patient satisfaction and communication between patients and doctors, nurses and other employees. At the same time, it was aimed to develop some recommendations about communication that are more effective with the patients and their relatives and their satisfaction with their health services.

The study was carried out with a questionnaire applied to 300 volunteer patients within the borders of İzmir Medical Park Hospital, Karşıyaka, İzmir. All of the patients who participated in the study voluntarily answered all the questions on communication skills and patient satisfaction scale. In the study, frequency distribution analysis, reliability test, normality test, factor analysis, chi-square, correlation and regression analysis were performed.

The positive findings of the study are as follows: There is a significant relationship between the level of education and the reason for choosing the hospital; There is a significant relationship between wage and frequency of admission to hospital. There is a significant relationship between the level of education and the number of visits to the hospital. The main hypotheses of the study are the effects of the communication between doctor-patient and patient's relatives, nurse-patient and patient's relatives on the overall satisfaction with health service and health institution are as follows: There is a relationship

between the effectiveness of communication between doctor-patient and patient's relatives and the overall satisfaction with health service. There is a significant relationship between the communication effectiveness between the nurse-patient and the patient's relatives and the general satisfaction with the health service. In addition, there is a relationship between the communication effectiveness between nurse-patient and patient's relatives and the communication effectiveness between doctor and patient's relatives and the general satisfaction with health service.

Keywords: Health Care, Communication, Patient Satisfaction.



**HASTA VE HASTA YAKINLARIN, SAĞLIK PERSONELİNİN
KENDİLERİYLE KURDUKLARI İLETİŞİM TÜRÜNÜN, SAĞLIK
HİZMETİNDEN DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİ
İÇİNDEKİLER**

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
EKLER LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK İLETİŞİMİ**

1.1. İLETİŞİM	3
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM	5
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Önemi	7
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Becerileri	8
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Zorlukları	11
1.2.3.1. Sağlık Hizmeti Sunucularının Hastalara Aktardığı Bilgi Seviyesinin Ölçümü	12
1.2.3.2. Sağlık Hizmeti Sunucularının Bilgi Türüyle İlgili Anlaşmazlık Durumu Ölçümü	13
1.2.3.3. Hastaların Sağlık Personellerinin Kullandığı Dili Anlayabilme Derecesi	14
1.2.3.4. Hastalar Tarafından Verilen Bilgilerin Hatırlanması ve Anlaşılma Derecesi	14
1.2.3.5. Hastaların, Yapılan Tedavi Planlarına Sadık Kalma Derecesi	15

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA VE HASTA MEMNUNİYETİ	18
2.2. HASTA MEMNUNİYETİNİN BOYUTLARI	19
2.2.1. Doktor- Hasta ve Hasta Yakınları İlişkisi	19
2.2.2. Hemşire- Hasta ve Hasta Yakınları İlişkisi	22
2.2.3. Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet	23
2.2.4. Bilgilendirme	24
2.2.5. Fiziksel ve Çevresel Koşullar	26
2.2.6. Bürokratik İşlemler	26
2.2.7. Güven	27
2.2.8. Ücret	28
2.3. HASTA BEKLENTİLERİ VE ALGILARI	29
2.4. SAĞLIK İLETİŞİMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN DUYULAN HASTA MEMNUNİYETİ DÜZEYİNE ETKİSİ İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR	30

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA VE HASTA YAKINLARI İLE KURULAN İLETİŞİMİN, SAĞLIK HİZMETLERİNDEN DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ	34
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	34
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	34
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	36
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	37
3.6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLARI	38
3.6.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları	38
3.6.1.1. Ankete Katılanların Yaşa göre Dağılımları	39
3.6.1.2. Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı	40

3.6.1.3. Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı	41
3.6.1.4. Ankete Katılanların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	42
3.6.1.5. Ankete Katılanların Ücrete Göre Dağılımı	42
3.6.1.6. Ankete Katılanların İllere Göre Dağılımı	43
3.6.2. Normallik Testi Analizi	45
3.6.8. Güvenilirlik Testi	47
3.6.9. Faktör Analizine İlişkin Bulgular	49
3.6.10. Sorulara Verilen Cevapların Ortalama ve Standart Sapma Dağılımı	52
3.6.11. Ki kare Analizleri	57
3.6.12. Korelasyon Analizi	63
3.6.13. Regresyon Analizi	66
SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKÇA	78
EKLER	

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
KMO	Kaiser- Meyer- Olkin
N	Kişi Sayısı
P	İstatistiksel olarak anlamlılık durumu
r	Pearson Korelasyon Katsayısı
R²	Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklayabilme kabiliyeti
sd	Serbestlik Derecesi
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
vb.	Ve benzeri
vd.	Ve diğerleri
x²	Aritmetik Ortalama

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Anket Sorularında Araştırılan Literatür	s. 35
Tablo 2: Anket Katılımcıların Demografik Özellikleri	s. 39
Tablo 3: Ankete Katılanların İllere Göre Dağılımı	s. 44
Tablo 4: Normallik Testi	s. 46
Tablo 5: Güvenilirlik İstatistiği	s. 48
Tablo 6: Güvenirliğin Alt Boyutlarının Güvenilirlik İstatistiği	s. 48
Tablo 7: İletişim Becerileri Ölçeğinin Faktör Analizine İlişkin KMO and Bartlett's Testi Sonuçları	s. 49
Tablo 8: Açıklanan Toplam Varyans	s. 50
Tablo 9: Soru Grupları ve Boyutlar	s. 51
Tablo 10: Doktor-Hasta ve Hasta Yakınları Arasındaki İletişim Etkinliğine İlişkin Soruların Ortalama Standart Sapma Dağılımı	s. 53
Tablo 11: Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınları Arasındaki İletişim Etkinliğine İlişkin Soruların Ortalama Standart Sapma Dağılımı	s. 544
Tablo 12: Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyete İlişkin Soruların Ortalama Standart Sapma Dağılımı	s. 55
Tablo 13: Yaş ile Hastanede Bulunma Sebebi Arasında Ki-kare Analiz Tablosu	s. 57
Tablo 14: Yaş ile Hastanede Bulunma Sebebi Arasında Ki-kare Sonuç Tablosu	s. 58
Tablo 15: Yaş ile Hastane Seçme Sebebi Arasında Ki-kare Analiz Tablosu	s. 59
Tablo 16: Yaş ile Hastane Seçme Sebebi Arasında Ki-Kare Sonuç Tablosu	s. 59
Tablo 17: Eğitim Düzeyi ile Hastane Seçim Sebebi Arasında Ki-kare Analiz Tablosu	s. 60
Tablo 18: Eğitim Düzeyi ile Hastane Seçme Sebebi Arasında Ki-kare Sonuç Tablosu	s. 61
Tablo 19: Ücret ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki-kare Analiz Tablosu	s. 61
Tablo 20: Ücret ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki-kare Sonuç Tablosu	s. 62
Tablo 21: Eğitim Düzeyi ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki-Kare Analiz Tablosu	s. 62

Tablo 22: Eğitim Düzeyi ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki kare Sonuç Tablosu	s. 63
Tablo 23: Doktor-Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Kurulan İletişimdeki Etkinlik ile Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi	s. 64
Tablo 24: Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Kurulan İletişim Etkinliği ile Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi	s. 64
Tablo 25: Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Arasındaki İletişim Etkinliği ile Doktor-Hasta ve Hasta Yakınları Arasındaki İletişim Etkinliği, Genel Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	s. 65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Alıcısının Tepkileri	s. 10
Şekil 2: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılım Grafiği	s. 40
Şekil 3: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılım Grafiği	s. 41
Şekil 4: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılım Grafiği	s. 41
Şekil 5: Ankete Katılanların Öğrenim Durumuna Göre Dağılım Grafiği	s. 42
Şekil 6: Ankete Katılanların Ücrete Göre Dağılım Grafiği	s. 43
Şekil 7: Ankete Katılanların İllere Göre Dağılım Grafiği	s. 44
Şekil 8: Hasta ve Hasta yakınlarının Dağılım Grafiği	s. 57



EKLER LİSTESİ

Ek 1: Anket Soruları

ek.1



GİRİŞ

İletişim insan yaşamında, önce ailede ve okulda daha sonra hayatımızın her alanını kapsayan göreceli bir kavramdır. İletişimle insanlar birbirlerine duygu, düşünce ve bilgi aktarmaktadır. Birbirlerini dinleyip, anlamakta ve değer vermektedir.

Günlük yaşantımızda önemli bir yere sahip olan iletişimi, hastane yaşamında daha bilinçli irdelemek gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti açısından iletişimin büyük payı olmaktadır. Hastanın çağrı merkezini arayarak ya da hastane kapısından içeri girdikten sonra, randevu alması veya bilgi edinmesi için sorular sorması sağlık iletişimini başlatmaktadır. Hasta memnuniyeti sağlanması açısından iletişimin önemi de burada başlamaktadır. Hastaların psikolojik yapıları ve beklentileri farklıdır. Hasta ve hasta yakınları endişeli, gergin ve mutsuz durumdadır. Bu nedenle, hizmet sağlayıcılarının hizmeti sunum şekilleri mesleki açıdan yeterli olmaları gerekmektedir. Ayrıca; sağlık personelinin mesleki açıdan bilgilere sahip olması ve el becerileri, hastaya gösterilen davranışları, samimi olması, saygısı, hastayı doğru anlama ve hastaya istenilen cevabı vermesi, çalışanın kendisini doğru ifade etmesi, hastayı doğru yönlendirmesi, hasta ile arasında güven oluşturmaları, hastanın gözünde kurumsal itibarı oluşturmaları gibi hasta memnuniyeti için iletişimde çok boyutlu öğeler olmaktadır.

Hasta memnuniyeti için iletişim oldukça önem arz etmekte olup anlaşılabilmenin temelini oluşturmaktadır. Örneğin doktorun verdiği ilaçların hasta tarafından doğru uygulanması, hastanın da ilaçlara olumsuz bir tepki vermediği sürece tedaviyi olumlu sonlandırma ihtimalini artırmaktadır. Doktorun hastayı dinlemesi, hastanın kendi rahatsızlıkları ile ilgili kendini doğru ifade edebilmesi, hastanın anemnezini alırken doktor tarafından hastaya doğru teşhis konulması açısından önem arz etmektedir. Ameliyat veya işlem randevusu alan hastalarda doğru saat bilgisi verilmesi ve ameliyat hastalarının ameliyat saatinden kaç saat önce gelmesi gerektiği veya hastanın ameliyattan birkaç saat öncesinden aç olması gerektiği bilgileri de önem arz etmektedir. Çünkü ameliyat saatinden önce hasta geldiğinde bütün hazırlıkları yapılmaktadır. Hastanın ameliyata hazır olması, ameliyat salonundaki diğer hastaların işleminin aksamamasına sebep olmaktadır. Öte

yandan kanserli ya da IVF (Tüp Bebek) hastaları gibi birçok umut bekleyen hastalarda empati kurmak, onları duygusal anlamda anlamak da oldukça önem belirtmektedir. Dolayısıyla doğru iletişim, hasta memnuniyet adına pek çok önemli faktör içermektedir.

Bu doğrultuda gerçekleştirilen tez çalışmasında; birinci bölümde, Sağlık hizmetlerinde iletişim, iletişimin önemi, iletişim becerileri, iletişimin zorlukları, sağlık hizmeti sunucularının hastalara aktardığı bilgi seviyeleri ve bu bilgi türüyle ilgili anlaşmazlık durumu, hastaların sağlık personellerinin kullandığı dili anlama derecesi, hastalar tarafından verilen bilgilerin akılda kalmasını sağlama, bu bilgilerin hastalar tarafından anlaşılma derecesi, hastaların anlatılan tedavi planlarının kurallarına uyma derecesi, sunulmuş, başarılı iletişim önerilerine değinilmiştir.

İkinci bölümde, hasta ve hasta memnuniyeti kavramı, günümüzde hangi boyuta geldiği, doktor- hasta ve hasta yakınları, hemşire- hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkilerine, sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet, bilgilendirmeler, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi işlemleri, güven, ücret gibi konulara yer verilmiştir. Hastaların beklentileri, algıları değinilmekte olup, sağlık iletişiminin sağlık hizmetinden duyulan hasta memnuniyeti düzeyine etkisi ile ilgili çalışmalar gözlemlenmiştir.

Üçüncü bölümde ise; sağlık iletişimin sağlık hizmetlerinden duyulan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti düzeyine etkisi ile ilgili yapılmış bir çalışma ele alınmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİ

İletişim, günümüz bilgi ve küresel dünyasında, bu süreç olmadan organizasyonların mevcudiyeti bile imkansızdır (Hargie- Dickinson, 2003: 85; Koçel, 2014: 609- 611). Sağlıkta iletişim çok daha fazla önem arz etmektedir. Yanlış bir iletişim sonucu, yanlış yapılan tedavi büyük hatalar doğurabilmektedir. İletişimde kullanılan bir kelime, hastanın güvende olduğunu hissettirebilmekte, doğru tedavi habercisi olabilmektedir ya da hastanın kendisini iyi hissetmesine ve tedaviye odaklanarak başlamasına sebebiyet verebilmektedir. Aşağıdaki başlıklarda iletişim kavramı ele alınmakta ardından sağlıkta iletişimin önemi ve sağlıkta iletişimin unsurları hakkında bilgi verilmektedir.

1.1. İLETİŞİM

İletişim, iletimlerin karşılıklı olarak kişilerin birbirine aktarma işlemidir. Sözcük, Latin dilinde “communis” kelimesinden türetilmektedir. İletişim kelimesinin karşılığı olarak “communication” kullanılmaktadır. “communication” kelimesi anlam olarak; birlikte bulunmayı, toplumsallaşmayı içermektedir (Gürgeç 1997: 9; Koçel, 2014: 609- 611).

Literatüre bakıldığında, iletişim kavramının pek çok tanımı mevcuttur. M.Ö 5. ve 4. Yüzyıllarda ilk kez Aristo tarafından “iletişim; konuşmacının, istediği biçimde dinleyenlerini etkisi altına alabilmesidir. Kişi, aynı zamanda söylediklerine inandırma ustalığına sahip olmalıdır.” olarak tanımlanmaktadır (Tevrüz, 1999:241). İletişim; sadece bilgiyi içermez. İnsanlar arasındaki sözel ve sözel olmayan bir mesaj alışverişi ile paylaşılan bilgiler, yönerge, veriler, anlayış ve duygular sayesinde ortaya çıkan bir insani süreçtir (Hargie- Dickinson, 2003: 85; Koçel, 2014: 611; Taylor- Cooren, 1997: 409- 438).

Hayatımızın her alanında yer alan iletişim kavramının günümüze kadar gelen daha birçok tanımları mevcuttur. Göker vd. iletişimi: “Bireylerin temelinde birçok insan davranışı vardır. Bu durum insanlar arasında karşılıklı etkilenme işini yaratmaktadır. Ne var ki iletişim insanın doğduğu andan itibaren günümüze kadar varlığı söz konusudur ve hayatın her durumunda, her alanında vazgeçilmez bir

parçası olmaktadır. Çünkü bireylerin ve bireysel yetişiminin ortaya çıkmasındaki uzlaşım ile alınan kararlar, yalnızca iletişim ve karşılıklı etkileme nedeniyle oluşmaktadır. Bir arada yaşayan insanların tümü oluşan karşılıklı etkilenme ve bu etkilenmeden elde edilen düzenlemelerin zemininde iletişim sonucuna varılmaktadır ‘’ (Göker vd., 2010: 185) olarak tanımlanmaktadır.

Başka bir yazar: ‘‘İletişim gönderen, etki, gönderi, kanal, gönderen ile alıcı arasındaki ilişki, alıcı, iletişimin meydana geldiği ortam ve gönderilerin değiştiği bir diziden meydana gelir’’ (McQuail- Windahlm, 2017: 20) olarak tanımlanmaktadır.

Pembecioğlu ise: ‘‘Senelerdir iletişim kuran bireyler iletişim sayesinde kısa vakitte oldukça iyi bilgi, ürün, paylaşımlar üretmektedir. Mağazalardaki duvarlara çizilen şekillerden çivi yazılarına ve günümüze kadar meydana gelen her türlü sözlü, yazılı, bildirimden bahsetmek mümkündür. İletişim bir deneyimlemedir’’ (Pembecioğlu, 2011: 7) demektedir.

İletişim, Güngör’ e göre: ‘‘Bireylerin birbirlerine bir şeyler aktarması ve birbirlerinden etkilenme eylemleridir. İletişim başından sonuna kadar insan unsurundan ibarettir’’ (Güngör, 2011: 36-37).

Mutlu’ ya göre: ‘‘Fikrin, hislerin, davranış gibi birçok şeyin, bir tarafın başka tarafa iletimidir. Taraflar birbirlerini ortak yorumlamayıp, birbirlerine bu fikir ve davranış benzerlerini iletmeleri gibi durumları barındırmaktadır’’ (Mutlu, 2012: 149).

İletişimi, Aziz ise: ‘‘Bireyden bireye, bireyden topluluğa, topluluktan bireye, topluluktan topluluğa bilgi, inanç ve davranışların elverişli koşullar; araç, yöntem ve tekniklerden yararlanılarak iletilmesidir’’ (Aziz, 2013: 28) diye tanımlamıştır.

Ekinci’ ye göre: ‘‘Siyasete mensup güçtekilerin son derece ilgilendikleri iletişim, sosyalleşme aşamasının her alanında, gazetelerin her kaleminde, siyasal basının meydana gelmesinde, sinema ve televizyonlarda yayınlanması, daha sonra da internetin meydana gelmesiyle; yeni kültür olgusu, aracı güç, felsefi ve ideolojik taşıyıcı olarak uzmanlaşma gerektirmektedir’’(Ekinci, 2014: 6).

Aytekin: ‘‘İnternet, telefon, radyo, gazete, televizyon gibi her tür amaçlara ulaşmak için kullanılan nesneler kişilerin bilgi, enformasyon, his ve fikir gibi deneyimlerin iletmeleri, kişiler arası karşılıklı etkileme ve aynı zamanda bir faaliyettir’’ (Aytekin, 2014: 17-18) demiştir.

Yeşiltuna: “Kişinin kendini ayrıntıları ile ele alarak anlaması, doğal ve topluma ilişkin çevresini yorumlaması ve bir düzen oluşturma, üretebilmesi için yaptığı temel faaliyetlerdir” (Yeşiltuna, 2015: 1) demiştir.

Cüceloğlu ise: “İletişim, iki şahsın birbirinin farkına vardığı an itibari ile başlar. Birbirine bir şey söylemeden ve birbirinin yüzüne bakmadan geçip gittiğinizde de kişiler arasında iletişim söz konusudur. İki kişinin birbirinin farkında olduğu an itibari ile birbirlerine konuşup konuşmadıkları, yaptıkları veya yapmadıkları her davranış ve söz birer anlam ifade etmektedir” (Cüceloğlu, 2016: 45) demiştir.

Işık ise, “İletişim kişilerin birbirlerine bilgi, his ve fikir iletmesidir” (Işık, 2017: 12) demiştir.

Yukarıdaki tanımlamalar gibi iletişimin birçok tanımı mevcuttur. Özetle İletişimi tanımlarsak, “İletişim, iki şahsın birbirini fark etmeleri ile başlamaktadır. Bireylerin birbirlerine bir şeyler aktarması ve birbirlerinden etkilenmeleri ile devam etmektedir. Birbirlerine bilgi, fikir, duygu ve düşüncelerini iletirler. Her türlü sözlü, sözsüz, yazılı bildirimden bahsetmek mümkündür.” denilmektedir.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM

Sağlık hizmetlerinde iletişim, antik çağlara, Plato’ ya kadar uzanmaktadır. Bu konu, Amerika Birleşik Devletleri’nde gündeme gelmekte ve gelişmektedir. Amerikalılar, İkinci Dünya Savaşı zamanlarına dek sağlık hizmetinde iletişimi bir değer olarak algılamaktadır (Oktay, 2009: 25). İkinci Dünya Savaşı’ nda başlayan hareketlilik ve son 25 yıldır dünyada, sağlık organizasyonunda çalışan tüm sağlık görevlilerin sağlık hizmetinde iletişim konusunda eğitim görmesi ve eğitim gören görevlilerin değerlendirilmesi konusunda ulusal ve uluslararası kurumlar tarafından üyelerinin bağlayıcı, yön verici kararlar alındığı meydana gelmektedir. Bu örgütlerdeki hekimler, sağlık iletişiminde iyileştirme anlamında birçok ciddi çalışmaların başında gelmektedir.

Yurtdışında birçok sağlık eğitimi veren enstitü ve tıp fakülteleri “iletişim becerileri” konusuna yönelik eğitim planını tekrar yapılandırmaktadır. Bazı vakıf ve

enstitüler hasta- hekim görüşmesi ya da sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmaları mevcuttur.

Bu gelişmeler içinde iletişim becerileri bu sektörde, iyileştirilmesi gerektiği süregelmış ve iyileştirilmeye yönlendirildiğinde ise sağlık hizmetlerinde olumlu anlamda önemli farklılıklar oluşmuş; iletişim becerisi kişiliğin özelliği değil; öğrenilen becerilerin sistemi haline gelmiştir. Dolayısıyla, sağlık eğitiminde iletişim becerilerinin öğretilmesi isteğe bağlı bir uygulama değil, titizlikle öğretilmesi gereken bir meslek haline getirilmesi gerektiği düşünülmüştür (Kurtz vd., 2004: 14).

Sağlık hizmetlerinde iletişim, alınan hizmetin sunuluş biçimi, sağlık hizmeti verenlerin mesleki açıdan yeterli olması, sağlık hizmetin devamlılığını getirmeleri ve sağlık hizmeti alan ve veren arasında güven oluşturma gibi birçok iletişim etkinliği içeren çok boyutlu bir kavram olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin bir çıktısı olarak alınan hizmetten ve sağlık kurumundan duyulan memnuniyet değerlendirilmesinde kullanılan bir kanıt, bir gösterge olarak kabul edilmektedir. (Williams,1994: 509; choi, 2005:140-149; Apay,2009: 239-244).

Sağlıkta iletişim, göndericinin düşünce, istek, tutumlarını gösteren simgelerin doktor-hemşire- kayıt çalışanı- danışman gibi pek çok çalışan ile hasta arasındaki iletişim etkinliğinde bulunmaları ve birbirine aktarmaları ile oluşur. Bu semboller farklı görünümelerde olabilmektedir. Sözcükler, şekiller, işaretler, beden dili, jest ve mimikler, el hareketi, renkler, giyim tarzları gibi gönderici tarafından anlam yüklenmiş olan her şey sembol olabilmektedir. İşaretler de önemli olmaktadır (Koçel, 2014: 616- 617). Örneğin hastalıkların tedavi edilebilmesi için öncelikle teşhisine götüren işaretler/ bulgular belirlenmektedir. Bunlar hastanın şikayetlerini dinlemek, sorularına yanıt aramak, kan ve idrar tahlilleri gibi birçok işaretin bir araya getirilmesi ile bir sonuca ya da tanıya ulaşılmasını sağlamak amaçlanmıştır. İkna edici bir mesaj da belirli işaretler ile düzenlendiğinde sonuçta dinleyicilerin işaretler doğrultusunda bir sonuca ulaştıkları görülmüştür.

Hedefin yüklediği anlam ile kaynağın yüklediği anlam aynıysa, bu durum etkin bir sağlık iletişiminin olduğunu göstermektedir (Koçel, 2014: 616- 617). Örneğin; doktorun hastaya tanı koyması için hastanın sağlık problemini anlatırken kendini çok iyi ifade etmesi, hastalıklarını tam aktarması gerekmektedir. Hastanın

anlaşılır olması ile aynı anlam yüklendiğinde doğru teşhis ile tedavi sürecinde iyileşme hali ihtimali artmaktadır.

Sağlık İletişim kanalları, mesajın göndericiden hedefe doğru aktığı, yol veya mesajın kaynaktan hedefe gönderildiği araçtır. İletişim sürecinde aynı anda ne kadar çok kanal kullanılırsa iletişim etkili olmaktadır.

Geriye bilgi akışı, alıcı almış olduğu iletiyi cevaplandırmak üzere gönderici olarak bir mesaj hazırlayıp bunu bir kanal vasıtasıyla eski göndericiye iletmektedir. Bu süreç geribildirimdir ve anında- doğrudan meydana gelir (Koçel, 2014: 616- 617; Cüceloğlu, 2002:221). Hastanın işlem için genel anestezi yerine lokal anestezi istemesi ile doktorun işlemi başladığı ve lokal anestezi yaptığı andan itibaren hastanın huzursuz ve korkulu olmasıyla oluşan problemde doktorun, hastayı rahatlatmak adına her adımı anlatarak bu küçük operasyonu yapması, hastanın rahatlamasını sağlaması buna bir örnektir. Hasta (alıcı) duymuş olduğu ameliyat ile ilgili bilgileri (iletiyi) cevaplandırmak üzere doktor (gönderici) hastaya bir mesaj yani bu küçük operasyonun anestezi olarak mı lokal olarak mı işlem yapılacağını konuşup, daha sonrasında operasyon (kanal vasıtasıyla) yapılırken, hastanın operasyon esnasında lokal anestezi yapıldıktan sonra yerine genel anestezi istemesi ve doktorun genel anesteziyi operasyon esnasında yapamayacağını bildirmesi ve hastayı (eski göndericiye) rahatlatmak adına operasyonda yaptığı her adımı iletmesidir. Bu süreç geribildirim olmakta ve anında- doğrudan oluşmaktadır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Önemi

İletişim, çevremiz ile etkileşimde bulunmak amacıyla kullanılan en etkili yöntemlerden birisidir. İletişimi hayatımızın hiçbir alanında olmadığını düşünürsek, kimse tecrübe ve bilgi birikimini kimse ile paylaşmamakta, insanlar başarı elde etmek uğruna zorluklarla baş etmemekte, doktorlar hastaları muayene etmekte ve sonrasında, reçete yazıp hastalara tedavi hakkında hiçbir bilgi vermemektedir. Hastalar hiçbir şey dinlemeden gitmektedir. Böyle bir dünya düşünmek mümkün olmamaktadır (Hicks- Gulet,1981: 248).

İletişimin insan ilişkileri için tartışma götürmez bir önemi vardır. Bir araya gelen insan kümesi ve örgütün uyaranlara olan tepkileri ile ilgili her alanda iletişim

becerilerine dikkat edilmesi gerekmektedir (Ergin, 2011: 2) Dolayısıyla iletişim, hayatımızın her alanında olmasına rağmen ve basit gibi görünse de, bünyesinde büyük potansiyel sorunlar taşımakta ve çok boyutlu bir eylemler dizisi olarak bilinmektedir. Hastalar sadece doktorların verdiği reçete ile ilaç alarak iyileşememektedir. Aynı zamanda ilaçları veya tedaviyi doğru kullanabileceği bir kılavuz bilgiye ihtiyaçları vardır. İletişim olmadığında bu bilgilere ulaşamamaktadır. Bilgiler ile bilgi dağarcığımız gelişmekte ve genişlemektedir. Teknolojik ve kültürel etkileşimler ile kendimizi geliştirmekte; hastane ve sağlık kuruluşlarında doğru tedavi bilgilerini uygulamakta, vücudumuzun da olumlu cevap vermesiyle belki de iyileşmektedir (Candar, 2015: 13; Hicks- Gulet, 1981: 248; Hargie- Dickinson, 2003: 85; Koçel, 2014: 611). İletişim sağladığımızda bu iyileşme belki de iletişim sayesinde olmaktadır. Örneğin bazı doktorların, hemşirelerin ya da sağlık görevlilerinin hastayı anladığına dair hassas davranmaları hastaların sağlık çalışanlarına güvenini artırmaktadır. Hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Dolayısıyla, hastaya: “ Nasıl oldunuz ?”, “Sizi daha iyi gördüm”, “Siz kendinizi nasıl hissediyorsunuz ?”, “ Bu ilacı kullanmanın yanında bol bol ılık su için”, “Bu ilacın saatini kesinlikle kaçırmamalısınız,” gibi öneriler, sorular; bazı iletişim becerileri ile hastanın sağlığına kavuşmasına diğer tedavilere kıyasla daha güzel sonuçlar doğurabilmektedir.

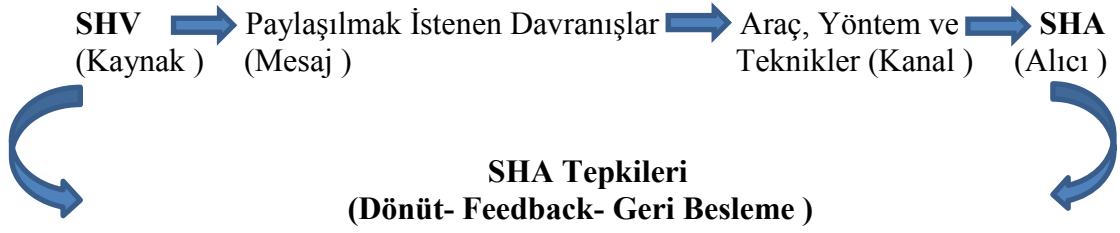
Günümüzde iletişimin önemi daha da artmaktadır. Bunun nedeni, iletişimin bugün güç kaynağı olan bilgi iletiminin temel aracı olmasındandır. İletişim, içinde bulunduğumuz “enformasyon çağı” na adını veren bilginin bir değer olarak ortaya çıkması ve bilginin bireylere karşılıklı iletimi, iletişim sayesinde mümkün olabilmektedir (Tutar vd., 2003: 9). Doğru ve etkili iletişim kurabilmek için iletişim çatışmalarının yok edilmesi, bu çatışmaların azaltılması ile iletişim becerisinde büyük bir öneme sahiptir. Konuşarak, yazarak, okuyarak, dinleyerek ve düşünerek oluşmaktadır. Karşılıklı konuşma, yanıt verme ve verilen yanıtta konuşmacının duygu ve düşüncelerini yansıtmak, karşı tarafa yönlendirici olmayan açık sorular sorma, sözel olmayan ipuçlarının kodlarını çözme, mesajlara doğru yanıtlar verme, dinlemeye istekli olma, anlamaya yoğunlaşma, göz teması kurma, geribildirim doğruluğu, “ben” mesajlarıyla konuşma, kendini doğru ifade edebilme, empati kurma, eleştirilere açık olma, girişken davranma, çatışmaları yöneterek problemleri

uygun şekilde çözüme iletişim becerileri açısından önemli olmaktadır (Ceyhan, 2006: 367).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Becerileri

İnsan doğasında, iletişim kurma ihtiyacı hep süregelenmektedir. Teknolojinin gelişmesi iletişimi kolay hale getirirken; teknolojinin gelişmesiyle kaosa dönüşen bazı durumlar, iletişimi giderek zor hale getirmektedir. İletişim kurabilmeyi de bu sebeple öğrenmeli hatta iletişimin teorisini bilmemiz gerekmektedir. İletişimde karşılaştığımız kaosu çözmeden doyumlu bir hayata devam etmek imkansızdır (Cüceloğlu, 2002: 14).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Alıcısının Tepkileri



Kaynak: (Ergin, 2011: 7)

Sağlık hizmetlerinde bireyler arası iletişimde yukarıda görüldüğü üzere; SHV, sağlık hizmetleri veren kişiler ya da sağlık hizmetleri sunucuları olmaktadır. SHV, aynı zamanda kaynaktır. SHA ise; sağlık hizmetleri alıcısıdır. “Paylaşılacak İstenen Davranışlar ” bölümünde ise sağlık hizmetlerinin bilgilerini, duygu ve düşüncelerini ve deneyimlerini anlatmaktadır. Bu da sağlık hizmeti veren bireyler (SHV) ile sağlık hizmeti alan bireyler (SHA) arasında mesaj yoluyla iletilir. Mesajı iletebilmek; araç, yöntem ve teknikler kanalıyla olmaktadır. Sağlık hizmeti alıcısının (SHA) tepkileri ise “dönütü ” anlatmaktadır. Yani; Sağlık hizmeti veren (SHV) bireyler, sağlık hizmet memnuniyeti amacının oluşma derecesine bakarak, sistemin işleyip işlemediğini, işlemeyen yanları varsa bu yanlarını bulmayı, bunların nasıl ve ne gibi yollarla düzelebileceğini belirlemek içindir. “Dönüt ” literatürde “geribildirim ” olarak da tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmeti veren (SHV) ile sağlık hizmeti alan (SHA) bireylerin arasındaki iletişim, ileti alıp gönderdiği, bu iletileri algıladığı değerlendirme tarzları ile oluşmaktadır. Bütün hizmet faaliyetinin sonunda iletişimin doğru işlemesi gerekir. İletişimde, kişiler birbirlerine bir takım anlamlar yükledikleri için birbirine semboller alıp, göndermektedir. Bu semboller sözel ve sözel olmayan olarak iki şekilde görülmektedir. Bu sembollerle, bireylerin tutumları, eğilimleri, güdülleri, yorumlamaları çevre faktörüyle oluşturacağı ilişkiyi bir biçimde etki altına almaktadır. Eğer hedefin verdiği anlam ile kaynağın aynı sembole verdiği anlam benzer ise etkin bir iletişim mevcuttur (Koçel, 2014: 611- 617; Ergin, 2011: 7).

Sağlık hizmeti alanların (SHA), sağlık hizmeti sunmak için amaçladığı birey ya da bireylerin davranış değişikliğini oluşturarak iletişim sürecini başlatmaktadır. (SHV) Sağlık hizmeti veren bireylerin, sağlık hizmeti alan bireylere her konuda ve herkesten gerekli süre zarfında çok daha ilgili, hassas olmalıdır. Anahtar sözcüklerle

tepki verebilmeli, uygun biçimde duygu ve kelimelerini iyi açıklamalıdır. Sağlık hizmeti alanlar (SHA), sağlık hizmeti verenlerin kendilerini anlayıp anlamadıklarını iyi gözlemlemelidir. Sağlık hizmeti verenler (SHV) yapılan her işlemde dikkatli olmalıdır. Aynı zamanda da hastaya çok iyi odaklanmalıdır. Teknolojinin emrinde bir nefer olabilmelidir. Çünkü bazen ağızdan çıkabilecek bir iki cümle belki de ölüm ile yaşam arasında ince bir çizgiden geçebilir. Sağlık hizmeti veren birey, sağlık hizmeti alan birey ile müşterek karar vermede öncü olabilir. Anlayarak, iyi anlatarak, açık ve net olarak, aktif halde, kurulan çift yönlü iletişim ölüm ile yaşam arasında oluşan sarkacı alınacak önlemler sayesinde sallantıdan kurtarabilir. Sağlık hizmeti verenlerin (SHV) buradaki davranış ve tutumları çok önemli olmaktadır (Coursen-Thomas, 1989: 252 ;Ergin, 2011: 8- 11; Gordon- Edwards, 2014: 48).

Bu davranış, tutum ve örüntülere örnekler ile çoğaltırsak; uygun sorular sorma, anlatılanları özetleme, anahtar sözcüklerle tepki verme, sözlerini ve duygularını tanımlama ve uygun biçimde yansıtma, anlayıp anlamadığını gözlemleme gibi iletişim becerilerini de eklemek mümkündür.

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Zorlukları

Yıllar boyunca, sağlık hizmeti sağlayıcısı- hasta iletişiminin yeterli olduğu ve endişeye neden olmadığı düşünülmekteydi. Ancak, son zamanlarda, kanıtlar aksini göstermektedir. ‘Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimde, aksaklıklardan kaynaklanan çok sayıda şikayet, ruhsatlandırma kurumlarına yapılmakta (Munn, 1990: 552- 554) ve sağlayıcıların hastalarla daha iyi ilişki kurması acil bir ihtiyaç duyulduğu,’ belirten başlıklar ve ‘soğuk, sert’ hekimlerin tıbbi ve popüler olarak ortaya çıktıklarını eleştiren başlıklar bildirilmiştir (Goleman, 1991: 13; Davis- Barron, 1992: 560- 563). Bu iddiaları reddetmeden önce, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasındaki iletişim sorunlarının niteliği ve büyüklüğü hakkında iyi yapılmış çalışmaların kanıtları gözden geçirilmiştir.

Bu sorunların bazıları hikaye alırken veya hastanın sorununun nasıl yönetilmesi gerektiğinin tartışılması sırasında ortaya çıkabilmektedir. Bazıları doktorun veya hastanın, iletişim becerilerinin eksikliği ile ilgili olabilmektedir. Genel olarak, iletişim zorlukları, diyagnostik (hastanın tanısını belirleme) problemler,

hastaya yetersiz bilgi verilmesi veya tartışmaya hastanın katılımının eksikliği olarak tanımlanabilmektedir. Araştırmalar, psikososyal ve psikiyatrik sorunların %50'sinin kaçırıldığı (Davenport vd., 1987: 439- 441), hekimlerin, hastaların problemlerini anlatırken ortalama olarak 18 saniyede 1 böldüğünü (Frankel vd., 1989: 86-98), hastanın problemlerinin %54'ünün ve hasta endişelerinin %45'inin ortaya çıkmadığını göstermiştir (Stewart vd., 1979:77- 81). Hastaların ve hekimlerin, randevu sırasında asıl problem konusunda hemfikir olmadıkları ve hastaların doktorlar tarafından sağlanan bilgilerden memnun olmadıkları (Starfield vd., 1981: 127- 131) sonucuna varılmıştır. Bu araştırmalar göstermiştir ki, hekim- hasta iletişim probleminin yaygın olduğu ve daha fazla araştırılması gerektiğini göstermiştir.

Çoğunlukla, araştırmalar hastadan hekime ve hekimden hastaya yönetim planının tartışılması sırasında bilgi akışına atıfta bulunulan iletişim sorunlarını tanımlamaktadır. Bununla birlikte, çalışmaların çoğu, duygusal desteğin iletişim boyutu olarak önemine de işaret etmektedir. Ek olarak, hekim-hasta ilişkisinde güç ve kontrol dağılımı- özellikle karar vermeyele ilgili olarak, incelenen tüm çalışmalarda belirgin bir endişedir. Aşağıda, yıllardır toplanan geniş çaplı kanıtlardan birkaç örnek bulunmaktadır:

1.2.3.1. Sağlık Hizmeti Sunucularının Hastalara Aktardığı Bilgi Seviyesinin Ölçümü

Pek çok çalışma, genel olarak hekimlerin hastalarına çok az bilgi verdiğini göstermektedir.

- Waitzkin, Amerikalı intörnlerin 20 dakika süren görüşmelerde verilen bilgi süresinin ortalama olarak bir dakikadan biraz fazla süre ayırdığını ve bu görev için harcadıkları süreyi dokuz kat fazla tahmin ettiğini göstermiştir (Waitzkin, 1984: 2441- 2446).

- Makoul vd., İngiltere'deki genel pratisyen sağlık personellerinin, açıklama ve tedavinin planlaması için; ilacın risklerini tartışmak, hastanın tedavi planını takip edebilme yeteneğini tartışmak ve hastanın reçete edilen ilaçla ilgili görüşünü ortaya çıkarmak gibi kilit görevleri yerine getirme derecelerini abarttıklarını bulmuşlardır (Makoul vd., 1995: 1241- 1254).

- Boreham ve Gibson, Avustralya genel pratiğindeki bir çalışmada, konsültasyon öncesi temel bilgi eksikliğine ve hastalıklarla ilgili bilgi edinme yönündeki yoğun arzusuna rağmen, hastaların çoğunluğunun diyagnoz (tanı), prognoz (hastalık hakkında tahminler) hastalıklarının nedenini veya tedavisi ile ilgili temel bilgileri bile almadığını göstermiştir (Boreham- Gibson, 1982: 409- 416).

- Svarstad vd., doktorların ilaç yazarken hastalara verdikleri talimatlara bakmış ve vakaların %20'sinde doktor-hasta ve hasta yakınları arasında bir konuşma gerçekleşmemiş, %30'unda ilacın adı veya amacı hakkında bilgi verilmemiş, %80'inde doz sıklığından söz edilmemiştir ve vakaların %90'ında ise ilacın ne kadar kullanılacağından bahsedilmemiştir (Svarstad vd., 1974: 15).

- Daha yakın zamanda İngiltere'de, hemşire reçetelerinin hastalarıyla ilaçları, doktorlarına göre daha diydik bir şekilde tartıştıklarını ancak çoğu tartışmayı başlattıklarını, hastalara endişelerini ve bakış açılarını nadiren sorduklarını ve dinleyici, katılımcı ve yanıtlayıcı rolünü üstlendiğini gözlemlemişlerdir (Sibley vd., 2011: 2323- 2336).

- Tarn vd., aynı sonuca varmıştır: 'hastalara yeni ilaçlar başlatan doktorlar, sıklıkla ilaç kullanımının kritik unsurlarını iletmiyor' (Tarn vd., 2006: 1855- 1862).

1.2.3.2. Sağlık Hizmeti Sunucularının Bilgi Türüyle İlgili Anlaşmazlık Durumu Ölçümü

Hasta, hasta yakınları ve sağlık hizmeti verenlerin, farklı tıbbi bilgi türlerinin göreceli önemi konusunda aynı fikirde olmadığını biliyoruz.

- Jenkins vd., onkologların, 1. aşama denemeye katılım konusundaki tartışmalarda, prognoz tartışmasını sık sık ihmal ettiklerini, ' hastalar için kendilerine kalan zamanın en iyi şekilde nasıl kullanılacağını düşünebilmeleri için temel bir etik önkoşul' olduğunu keşfetmiştir. İlginçtir ki, doktorların %50'si konsültasyonda prognoz hakkında görüşmeler yaptığını bildirmiş olup, ancak hastaların sadece %12'si ve kodlayıcıların %20'si bunun belirtildiğini kabul etmektedir (Jenkins vd., 2011: 61- 68).

- Kişisel anlatıyı başka kanıtlarla birleştiren bir çalışmada, Anderson ve Marlett, sağlık uzmanlarının hastaları ve ailelerini inme hastalarına ve ailelerine

verdikleri bilgilerin doğasını (bilgi miktarının yerine) ve insanların bu iletişimi, inme sonrası hayatlarını yeniden yapılandırmak için nasıl kullandığını araştırmıştır. İletişimin inme sonuçlarını nasıl etkileyeceğini düşünmüşler, artık neyin mümkün olmayacağı konusundaki vurgusundan dolayı genellikle daha kötü olduğu kanısına varmışlardır (Anderson ve Marlett, 2004: 55- 67).

1.2.3.3. Hastaların Sağlık Personellerinin Kullandığı Dili Anlayabilme Derecesi

Birçok araştırma, sağlık personellerinin, hastaların anlamadığı bir dili kullanmakla kalmayıp, aynı zamanda hastaların randevu sırasında katılımını kontrol etmek için de kullandıklarını göstermiştir.

- Castro vd., sağlık personellerinin ABD’de sınırlı sağlık okur-yazarlığına sahip diyabet hastaları ile jargon dil (anlaşılması zor) kullanımını tanımlamış ve bu hastalara bakan sağlık personellerinin, önerileri sağlama gibi temel klinik işlevler sırasında açıklanamayan jargon dil kullandıkları sonucuna varmıştır (Castro vd., 2007: 85- 95).

- Koch-Weser vd., ABD’deki romatologların çalışmasında, sağlık personellerinin kullandıkları tıbbi kelimelerin %79’unu açıklamadıkları veya açıklamanın bir parçası olarak kullanmadığı ve hastaların nadiren bu terimleri doğru yorumlayıp yorumlamadıklarını gösterecek şekilde cevap verdiklerini göstermiştir (Koch-Weser vd., 2009: 371- 382).

- Bagley vd., İngiltere’de hastaların ortopedik terimleri anlayıp anlamadıklarını araştırmış ve ortopedik kliniklerde yaygın olarak kullanılan terimleri anlama seviyelerinin düşük olduğunu keşfetmiştir (Bagley vd., 2011: 401- 404).

1.2.3.4. Hastalar Tarafından Verilen Bilgilerin Hatırlanması ve Anlaşılma Derecesi

Hastaların verilen her şeyi hatırlamadıkları, zor mesajları anlamadıkları gözlenmektedir. Önceki çalışmalarda yazıldığı gibi, bilgilerin sadece %50-60’ının hatırlandığını göstermiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda aslında çok fazla

şeyin hatırlandığını ve asıl zorluğun hastaların her zaman önemli mesajların anlamını fark edemedikleri ya da doktorun görüşüne bağlı olmadıkları şeklinde olduğunu göstermiştir.

- Dunn vd., kanser hastalarının bir onkologla görüşmelerinde, onkolog tarafından belirtilen ‘önemli noktaların’ sadece %45’ini hatırladıkları saptanmıştır (Dunn vd., 1993: 2279- 2285).

- Murphy vd.’ nin yaptığı çalışma, İrlanda’da akut karın ağrısı nedeniyle laparoskopi yapılan hastaların %30’unun prosedürle ilgili temel bilgileri hatırlamadıklarını veya bu bilgilerin hastalara verilmediği görülmüştür (Murphy vd., 2004: 485- 488).

- Birleşik Krallık’ taki çalışmasında, onkologların, hastalara tedavi hakkında kararların alındığı konsültasyonlar sırasında palyatif (geçici) kemoterapinin hayatta kalma yararı hakkında ne söylediklerini incelemişlerdir. Çoğu hastaya palyatif kemoterapinin hayatta kalma yararı hakkında net bir bilgi verilmediği, bundan dolayı da hastaların karar vermede tam olarak yer almalarının engellendiği görülmüştür (Audrey vd., 2008: 337).

1.2.3.5. Hastaların, Yapılan Tedavi Planlarına Sadık Kalma Derecesi

- Çalışmalar sürekli olarak doktorların ilaç reçetelendirdiği hastaların %10-%90’ının (yaklaşık olarak %50) hiç kullanmadıklarını ya da yanlış kullandıklarını göstermiştir (Haynes vd., 1996: 383- 386).

- Birçok çalışma, hastaların doktorlarının tavsiyelerine; akut hastalık için ilaca %20-30, hastalık önlemek için olan ilaçlara %30-40, uzun süreli ilaçlar için %50 ve diyet için %72 oranında uymadıklarını göstermiştir.

- Yine de, şaşırtıcı bir şekilde, doktorların, hastaların tedavi planına uyup uymama ihtimalini kötü sonuçların olası bir nedeni olarak görmezden gelme eğilimi olmaktadır.

- Yakın zamanda yayınlanan meta-analizde (Zolnierrek vd., 2009: 826- 834), tıbbi bakımdaki iletişimin daha iyi hasta uyumu ile yüksek derecede ilişkili olduğunu ve hekimlerin daha iyi iletişim kurmaları için eğitim almasının, hastaların bağlılığının arttırdığını göstermiştir.

Hasta, sağlık okur-yazarlığı konusunda artan ve kayda değer araştırmalar olmaktadır. Düşük sağlık okur-yazarlığı, doktorlar ve hastalar arasındaki olası iletişim boşluklarına neden olmaktadır. Sağlık okur-yazarlığı düşük olan hastalar, tıbbi kavramlar ve kelime haznelerine daha az aşına olabilir ve daha az soru sorabilir. Ayrıca sınırlı anlamalarından olayı utanıp, gizleyebilirler. Doktorlar genellikle hastaların okur-yazarlık seviyelerini abartmaktadır. Açıkçası, tüm konsültasyonlarda, her bir hastaya verilen bilgileri uyarlama ve aktif olarak hastaya neyin yardımcı olacağını keşfetme ihtiyacı süregelmektedir. İlginç bir şekilde, açıklama ve planlama ve hasta sağlık okur-yazarlığı üzerine araştırmalar, hekimlerin iştişarelerini iyileştirmelerine yardımcı olmak için kullanabilecekleri becerilerle aynı sonuçlara varmıştır.

1.2.4. Başarılı İletişim Önerileri

Başarılı iletişim için hastaya yapılan açıklamalar ve oluşturulan hedefler řu şekilde özetlenebilir (Silverman vd., 2016: 36):

- Her hastaya verilecek bilginin doğru miktarda ve türde olması,
- Hastanın hatırlayabileceği ve hastaya anlayabileceği açıklamalar yapmak,
- Hastanın bakış açısıyla alakalı açıklamalar yapmak,
- Sorunun ortak bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için hastayla etkileşimli bir yaklaşımda bulunmak,
- Hasta için oluşturulan tedavi planına hastanın katılımını artırmak amacıyla hastanın iştediği şekilde ve seviyede onu tedaviye dahil etmek,
- Hastayla ilişki kurmaya ve destekleyici ortam sağlamaya devam etmek.

Bu hedefler çalışmalarda belirtilen görevlerin ve önemli noktaların çoğunu kapsamaktadır:

Hastanın her sağlık sorunu için uygun bir eylem seçmesini yönlendirmek, hastayla ilgili sorunların ortak bir şekilde anlaşılmasını sağlamak (Pendleton vd., 2003: 111).

Diğer bir yazara göre, doktorların ve hastaların uygun zamanlarını yaratmak için hastanın önceden randevu alması gerekmektedir (Cohen- Cole, 1991: 368):

- Hastayla müzakere yapmak ve sağlık problemini çözmek için motivasyonunu oluşturmak,
- Hastaya uyum sağlamak ve duygularına cevap vermeyi sağlamak,
- Zaman kısıtlılığı, doktorun muayenede gergin, stresli olmasına yol açabilir.

Bayer Sağlık Bakım İletişimi Enstitüsü de aşağıdaki gibi yorumlamaktadır (Keller ve Carroll 1994:131- 140):

- Hastaya tedavisi ile ilgili eğitim vermek,
- Hastayı kendi sağlık hizmetlerine almak,

İletişim becerilerini öğretmek ve değerlendirmek için (Makoul, 2001: 23- 34):

- Hastaya hastalığı hakkında bilgi vermek,
- Doğru teşhisin konulması,
- Doğru tedavi uygulanması, konularının önemli olmasına değinilmiştir.

Başka literatürde ise (Frankel vd., 1999:79- 88; Krupat vd., 2006: 38- 45):

- Teşhis bilgilerini hastaya doğru uygulanılması,
- Hastayı karar verme süreçlerine dahil etmek,

Merkezi tıpta, hasta için (Stewart, 2003: 83):

- Ortak paydada buluşulması,
- Hastanın hastalığının önlenmesi, sağlığının geliştirilmesi,

Sağlık iletişiminde Kalet ise (Kalet vd., 2004: 511- 520):

- Hastayla konuşma ve hastanın tedavi planı konusunda anlaşmak, olarak başarılı iletişimi yorumlamıştır.

Başarılı iletişimde son olarak (De Haes vd., 2009: 287- 294):

- Doğru bilgi vermek, tedavi aşamasındaki her adımında açıklayıcı konuşmak,
- Hasta ile birlikte tedavide nasıl ilerleneceğine karar vermek, başarılı iletişim önerileri arasında yer almaktadır.

Bu bilgiler dahilinde, başarılı iletişim önerilerinde hastanın sağlık problemlerini iyileştirmeye yönelik tedavi planları doğru uygulamak gerekirken hastanın hassasiyetini de göz ardı etmemek gerekmektedir. Başarılı iletişim de bu noktada başlamaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETİ

Dünyada pek çok ülkede de hekimlerden hastalara, sağlık kuruluşlarından sigorta şirketlerine kadar birçok birey sağlık alıcısına artık müşteri/ tüketici gözüyle bakmaktadır. Bazıları bu ifadeyi kullanmak istemezken, bu işin karını elde edenler bu tanımları çok sevmektedir. Eğer sağlık alıcısı müşteri ise “*Müşteri veli nimet olarak mı kabul edilmelidir?*” Yoksa bu soru sağlık alıcısından çekinmek gerektiği için mi önemle belirtilmelidir? Bu durumda sorumlu birey kimdir (Williams, 1994: 509-510)? Bu hususta pek çok ülkede ‘hasta’ sözcüğünün yerini alan başka terimler de konuşulmaktadır. Örneğin; ‘müşteri’ veya ‘tüketici’ yerine tercih edilen sözcük; ‘hizmet kullanıcısı’ dır. Fakat müşteri veya tüketici sözcükleri yetersiz kalmaktadır. ‘Hizmet’ ve ‘kullanıcı’ ifadeleri tartışmaya açık olmaktadır.

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA VE HASTA MEMNUNİYETİ

Hastane organizasyonlarının görevi, hizmet sunmaktır. Sağlık kuruluşları bu görevlerini yerine getirirken sağlık alıcısı ile arasındaki iletişimi iyi olmalıdır. Aynı zamanda, memnuniyet sağlamak için sağlık alıcısına, gereken özeni göstermelidir. Çalışanların hepsi sağlık alıcılarına memnuniyet artırıcı faaliyetleri benimsemeleri gerekmektedir (Büber ve Başer, 2012: 265). Bir ülkenin sağlık kuruluşlarındaki başarısı, o ülkedeki sağlık alıcılarına verdiği önem ile ortaya çıkmaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından bakıldığında hasta, sağlık kuruluşunun müşterisidir. Müşteri, sağlık kuruluşundan hizmet alan bireydir. Sağlık kuruluşuna gelen hastanın yakını, refakatçisi ve ziyaretçisi de müşteridir (Timur, 2002: 126).

Hasta memnuniyeti, hastanın algıladığı hizmet performansı ile hastanın hizmete yönelik beklentisi arasında ortaya çıkan farktır (Parasuraman, Berry ve Zeitham, 1988: 12- 40). En doğru hasta memnuniyeti yaklaşımı, hastayı doğru anlama ve hoşnutsuzluklarına çözüm getirerek, bu yakınmanın tekrarını olmasını engellemektir (Barsky ve Labagh, 1992: 32). Yapılan araştırmalar, memnun olmayan hastaların bir çoğunluğu şikâyetlerini dile getirmeden işletmeden ayrıldıklarını da göstermektedir (Burton vd., 1997: 3).

Sağlık kuruluşları tarafından bakıldığında hasta memnuniyeti, genellikle iç ve dış müşteri kavramları üzerinde durulmaktadır.

Sağlık kuruluşunda çalışan ya da sağlık kuruluşu ile ilişkisi olan birey veya guruplara iç müşteri denir. Örneğin; personel (hekim, hemşire vb.), danışmanlar, pay sahipleridir. Sağlık kuruluşunun hizmetlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak kendine yarar sağlayan birey ve kuruluşlar dış müşteridir. Sağlık alıcıları, onların ailesi ve çevresi, ziyaretçiler, refakatçiler, devlet ve diğer hastaneler, anlaşmalı kurumlar, eczane ve dernekler, medya sigorta şirketleri, tıbbi malzemeler ve ilaç firmalarıdır (Kısa, 2007: 277).

2.2. HASTA MEMNUNİYETİNİN BOYUTLARI

Literatür araştırmalarına göre genel anlamda sekiz boyut gözlemlemektedir. Bunlar:

2.2.1. Doktor- Hasta İlişkisi

Hastanın muayene odasına girmesiyle doktor hasta ilişkisi ve iletişimi başlamaktadır. Doktorun sağlık alıcısını karşılaması, tokalaşması ve ‘‘ Hoş geldiniz ‘‘ demesi gibi küçük, kolay davranışlar ile sağlık müşterisine ‘‘Sizinleyim, sizin yanınızdayım, sağlık probleminizi birlikte aşalım ve çözümleyelim.’’ iletisini aktarmaktadır. Doktor ve hastanın sandalyelerinin eşit yükseltide olması bile

hastanın kendisini iyi hissetmesine, doktorun kendisini hastadan üstün görmediğini deyinmektedir. Hastayı iyi dinleme ve karşılığında tatmin edici cevaplar vermek de önemli olmaktadır (Okay, 2009: 113- 114).

Doktor hasta ilişkisi, toplumsal yapıya göre değişiklik gösterdiği gibi, doktorun tutum ve davranışına, uzmanlık alanına, tıp eğitimine, saygınlığına ve bazen de ülkenin sağlık politikasına göre değişiklik göstermektedir. Hastaların kişiliği, statüsü, yaşı, gelir düzeyi, hastalığın akut veya kronik olması gibi değişiklik gösteren faktörler de mevcuttur (Yağbasan ve Çakar, 2006: 609- 629). Bu kültür farklılıkları, zıt durumları da meydana getirebilmektedir. Hastanın sağlığının yerinde olmaması gibi durumlar (illness), doktorun ise hastalıkla (disease) uğraş verdiği bir doktor hasta iletişimde, daha anlaşılması zor bir zemin oluşturduğu saptanmaktadır (Yağbasan ve Çakar, 2005: 614).

Hasta ile doktor arasında kurulan bu ilişkide doktorların hastaya yardım ediyor olmaları yanında onların da birer insan olduğunu ve insani hislerinin olduğunu unutmamak gerekir. Onlar da herkes gibi yorulur, üzülür. Kızgınlık veya düş kırıklıkları gibi duyguları yaşamaktadırlar. Hastaları, iyileştirebilmek için doktorların verdiği uğraşta özellikle bazı hastalar onları zorlayabilmektedir. Doktorları olumsuz etkileyip etkinliklerini azaltmalarına yol açabilmektedir. Daha da önemlisi doktorların meslekleri gereği beceri geliştirme, yetkin olma ve başarı elde etmeye oldukça gereksinim duyarlar (Gordon- Edwards, 2014: 143-144). Bu durumda, doktorlar hem kendi gereksinimlerinin karşılanmasına, hem de hastaların gereksinimlerini karşılamak için iyileştirme ve iyi anlama, anlaşılma becerilerini kazanmak durumundadır.

Bir araştırma ile hasta ve sağlık çalışanının etkileşim halinde oldukları saptanmıştır. Sağlık alıcılarının doktorlarla yaptığı kişisel konuşmaları kendi kendine yapmadığı ortaya çıkmıştır. Doktorlar arkadaş gibi ve içtenlikte davranışlar sergilediklerinde ise, hastalar tarafından daha çok sorulara maruz kaldıkları ve daha fazla görüş önerdikleri görülmüştür. Ek olarak, hastaların doktorlarla iletişimde bulunduklarında, hastaların kendine özgü özellikleri öne çıkmaktadır: Örneğin eğitim almış sağlık müşterileri daha fazla soru sormakta, görüşlerini bildirip, kaygılarını daha iyi anlatmışlardır (Street, 2008: 71).

Diğer taraftan kronik veya ilerleyen bir sağlık problemi olduğunu öğrenen kişiler de hayatın bu denli adaletsiz bir sillesini yemiş iken, nasıl olur da hastanın kendisinin aşması beklenir? Hastalar çoğunlukla kendi dertleri hakkında konuşmak ve soru sormak için kendilerinde yeteri kadar atılganlık gösterememekte ya da doktorları tam anlayamamaktadır (Gordon- Edwards, 2014: 257-258).

Brown, İngiltere’ deki sağlık durumu ile bazı tespitlerini belirtirken, sağlık alanında bazı sorunlar olduğunu ve doktorlara karşı davaların arttığını vurgulamaktadır. Bugün hasta merkezine odaklanan tıp eğitimin ortaya çıkmasının gerekli olduğunu savunurken, bu konunun tıbbi eğitim alanında temel beceri olarak görülmesini dile getirmektedir. Yazara göre sonuç olarak klinik beceri, tıbbi görüşmede hastaya doktor tarafından konulan tanının % 60-80’ nin temelidir (Brown, 2008: 277). Temel sağlık mesajlarının alıcıya yayılmasında başarılı iletişim destekleyici bir aktör olmayıp, liderlik rolüne sahip bir konumdadır (Wallace vd. 2008: 500).

İdeal doktor hasta iletişimi için Gordon ve Edwards (2014: 35-36) kitabında değerli tavsiyelerde bulunmaktadır. Bunlar:

- Sağlık müşterileri ile daha fazla kendini hasta yerine koyma becerisine sahip olma,
- Hastalığını iyileştirebilme ve hastaya sevecen olma,
- Hastalarla daha fazla ilgilenme,
- Eski aile hekimleri gibi davranışlarda bulunma,
- Doktor odaklı değil, hasta odaklı çalışma,
- Yatan hastaya yanında olduğunu hissettirme,
- Teknolojinin askeri olmak gibi değil de hastalığı yenecek etkenleri bulma ve bu etkenleri kullanma yönünde ilerleme,
- Hastalara olan sorumluluğu yerine getirme, onlara bağlı olma,
- Sorun merkezli çalışmak yerine, kişi odaklı olma,
- Hastalarla saygı çerçevesinde çalışma,
- Hastaya ilgi ve alakayı isteklendirme,
- Hastaya hiçbir durumu ayrı tutmadan ve pozitif bir bakış açısıyla bakma,
- Hastalarla samimi bir bağ oluşturma,

- Hastalara insan gözüyle bakma,
- Hastaların sözlerini daha da dikkatli dinleme,
- Hastalara öğretmen gibi olma.

2.2.2. Hemşire- Hasta İlişkisi

Sağlık alıcısı, yardıma ve bakıma ihtiyacı olan kişilerdir. Sağlık alıcıları, hastanede geçirdikleri zamanın en büyük kısmını hemşireler ile geçirmektedir. Gece ve gündüz birlikte olmaktadır. Hemşire ile sağlık alıcısı arasında güven hisleri önem arz etmektedir. Sağlık alıcısı, hastanedeki tüm çalışanlar arasında en rahat hemşire ile konuşmak istemektedir. Dolayısıyla hemşireye problemlerini rahatlıkla aktarabilmelidir. Hemşirelere de mesleki açıdan donanımlı olmalıdır. Hemşire hasta arasında tedavi edici, rahatlatıcı bir iletişim olmalıdır. Her gün yeni bir bilgi edinmeli, kendini geliştirmelidir.

Hasta hemşireye sunduğu her soruda tatmin olmalıdır. Hemşirenin donanımlı bilgiye sahip olması ve mesleki açıdan beceriye sahip olması, hastaya güven vermesi gerekmektedir. Hemşire sağlık alıcısı ile iletişim halinde iken hemşirenin kullandığı sözcükler, konuşma tarzı, ses tonlaması, postur ve gestur duruşu önemli etkenler önem arz etmektedir. Örneğin hemşire, hastanın sorduğu sorulara cevap verirken geçiştirip, odağını başka bir yere veriyorsa, hasta ile ilgilenmiyorsa; hasta- hemşire arasında iletişimi kurmaya çalışırken hemşire bu iletişimi engellemektedir. Dolayısıyla, hasta da aldığı yanıtlarda tatmin olamayınca hastada çekingenlik söz konusu olmaktadır (Babadağlı, 2006: 53-54; Akbaş, 2014: 51). Hastaların ağrı tedavisinde morfin verilmesi gibi hemşirelerin ellerinde iyileştirme yolunu etkileyen bir tedavi aracı olduğunu tam tersi bir durumda ise, açık bir yaraya tuz basmak gibi bir iyileştirmeme hali olduğunu belirtmektedir. Hasta hemşire arasında etkileme-etkilenme olmadığı zaman hemşirenin edindiği bilime dayalı ve tıbbi bilgilerin bir anlamı olmamaktadır. İletişim çatışmaların çoğu sağlık alıcısını algılama becerimizdeki yetememe durumundan ve iletişim anındaki yükümlülüğümüzü bilemeyişimizden kaynaklanmaktadır (Lewis, 1969: 21-57; Üstün, 2005: 89; Özcan, 1992: 41- 45).

Hemşireler önce karşı tarafı anlamalıdır. Akabinde, kendini iyi ifade etmelidir. Hemşire kendi özelliklerini iyi bilmeli, zayıf ve güçlü taraflarını keşfetmeli, kendini olabildiğince geliştirmelidir. Aynı zamanda hemşire, hastaları olduğu gibi kabul etmeli, onları dinlemeli, onlarla ilgilenmeli, saygı göstermeli ve onlara güven vermelidir (Ünal, 2005: 7; Babadağlı, 2006: 53-54).

Hemşireler, hastalara onların isimleri ile seslenmeli, iletişime başlarken önce kendini tanıtmalıdır. Hastanın tedavisine odaklanmalıdır. Yapılacak işlemler hakkında hastaya bilgi vermeli, hastanın kendisini değerli hissetmeleri sağlanmalıdır.

Hemşireler için de iletişim tekniklerinden olan 5 (beş) teknik kullanılmalıdır. Bunlar (Üstün, 2005: 89); Doğru hasta ile, Doğru saatte, Doğru dozda, Doğru yol ile, Doğru teknik ile kullanılan iletişim teknikleridir. Bu 5 (beş) teknikle iletişim düzeneğindeki hatalar, yapılacak olan yanlışlar önlenmiş olmaktadır. Hastanın iyileşme haline geçmesi için olumlu sonuçlar elde etmemize yardımcı olmaktadır.

Hemşire, hasta ile iletişim halinde iken;

- Panik davranışlarda bulunmamalı,
- Sağlık alıcısının her an yanında olabilmeli,
- Hasta yalnızlık duygusuna kapılmamalı,
- Her işlemden önce hastaya işlem ile ilgili bilgi vermeli (hastanın anksiyetesini azaltmak için),
- Tıp terimleri yerine hastanın anlayabileceği şekilde bilgi aktarılmalı,
- Hastaya güven verici tavır sergilenmeli,
- Rahatlatıcı bir ses tonuyla konuşulmalıdır (Antai-otang, 2007: 53- 60; Lewis, 1969: 21- 57; Bayrak, 2010: 17- 18).

2.2.3. Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet

Hastane içinde birçok birim mevcuttur. Sağlık hizmeti için çalışan birimlerin personelleri; laboratuvar çalışanları, yemekhanede çalışan personeller, hasta kayıt elemanları, danışmanlar, resepsiyon görevlileri, teknik servis, ambulans personelleri, fiyat verme personelleri, kantin ve temizlik görevlileri gibi birçok departman çalışanı olmaktadır (Akbaş, 2014: 52). Sağlık hizmeti çalışanlarının bulunduğu bu her birim

görevini yerine getirdiğinde sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet gerçekleşmektedir.

Sağlık alıcısı, sağlık hizmetinden memnun kalmadığında verilen tedaviyi uygulamamaktadır. Aynı hastaneye ya da aynı bölüme muayene olmaya gitmemektedir. Bu durum 1970 yıllarında çok fazla gündeme gelmiş ve hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerini değerlendirmede bir kıstas olarak kullanılmış fakat yapılan çalışmalar, hasta memnuniyetini bir kıstas olarak kullanılmasının yeterli olmadığı ve yanlış olduğu ortaya çıkmıştır (Williams, 1994: 509- 510).

Sağlık görevlilerin karakter yapıları da sağlık alıcısına olan davranışı etkilemektedir. Gösterilen, şefkat, ilgi ve anlayış, nezaket, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, aktif katılımcı olmasını sağlamaktadır (Çakıl, 2007: 142).

2.2.4. Bilgilendirme

Sağlık alıcısının başvurusundan, tanılama, iyileştirme ve hizmet sonuçlarının alınmasına kadar geçen bu süreçte sağlık alıcısı ile iletişim kurma ve sağlık alıcısını bilgilendirme, ona olan davranışlarımız önemli derecede yer almaktadır (Gülmez, 2005: 149). Sağlık sunucuları, sağlık alıcılarını ve yakınlarını bilgilendirmektedir. Bu nedenle, sağlık alıcıları veya yakınları hastanın durumuna daha hoşgörülü yaklaşabilmektedirler. Bir sağlık alıcısı, başından neler geçtiğini, nasıl muayene olacağını, sonraki aşamaları, bu rahatsızlık sürecinin ne kadar süreceğini, sürecin nasıl ilerleyeceğini, kendisine ne tür bir tedavi uygulanacağını bilmek istemektedir. Hasta kendisi ile ilgili kaygılandığı için hastaneye başvurur. Hastanın bu aşamaları bilmesi, öğrenmesi, endişelerini yok etmesi; onun rahatlamasına yardımcı olmaktadır (Esatoğlu, 1997: 72; Adıgüzel, 2005: 58-60).

Literatüre bakıldığında, hasta tatminini etkileyen en önemli etken, iletişim becerisi ve hastayı yeterli bilgilendirmektir (Meredith, 1993: 591). Hasta- personel arası iletişimin zayıf olması, hastalara aktarılması gereken önemli bilgilerinin eksik olması, hastaların sağlık verilerinin yanlış yorumlanması, hastalar tarafından güvenilmez bir ortama neden olmaktadır. Bu konudaki farmakolojik gelişmelere ve sağlık teknolojilerine daha fazla dikkat etmek gibi bazı sorunları doğurabilmektedir.

Sağlık faktörleri hastaların rahatsızlıklarını iyileştirmelerine, hastaların daha iyi psikolojik durumlarına getirebilmelerine ve ailelerini memnun etmelerine yardımcı olabilecek uygun iletişim becerilerinin olduğunun farkında olsak da, bu problemler ortaya çıkmaktadır (Bakker, 2001: 61-71; Marhamati vd., 2015: 57- 63).

Hastanın en iyi sağlık iletişimi kurabileceği sağlık çalışanı doktorlardır. Yapılan araştırmalarda, hasta- doktor iletişimini değerlendirme şekillerinin daha olumlu yönde olduğu görülmüştür. Doktor ile hasta arasında problemli iletişim kurulduğunda, genel olarak doktorların hastalara iyi davranmadığını, hastanın sağlık durumu ile ilgili en iyi biçimde bilgilendirmediklerini ve doktorların, hastanın yaşadığı durumu net bir biçimde anlamlandıramadığını düşündükleri gözlenmiştir (Kurt, 2015: 92).

Hastanın en iyi sağlık iletişimi kurabilecek ikinci sağlık personeli hemşirelerdir. Hemşirelerin iyi iletişim kurabilmeleri ve hastaların hastanede kaldıkları süreçte sağlık alıcısına duygusal ve fiziksel anlamda rehberlik etmeleri beklenmektedir (Kurt, 2015: 46).

Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan sağlık kurumundan duyulan memnuniyet önem arz etmektedir. Hasta ilk muayeneye girmeden önce hasta kayıt ve akabinde hasta danışmanı ile karşılaşmaktadır. Hasta kayıt ve danışmanların da hastayı doğru yönlendirmesi gerekmektedir. Minik bir yanlış anlaşılma, büyük hataları doğurabilir. Örneğin hastanın alınan randevu saatinde gelmemesi; bir saat geç gelmesi ya da normal muayene saatinde gelip birkaç saat bekletilmesi sonucu oluşan gerginlikler mevcuttur. Hastanın ne kadar bekleyeceği, muayeneye ne zaman başlanacağı ile ilgili yaklaşık dakika bilgisi verilmelidir. Hastanın sonuçlarını danışmandan alırken, sonuç bilgisi de almak istemesi yanlış olmaktadır. En doğru bilgiyi doktor verir. Hastalar ameliyatta iken: “Hastanın ameliyatı başladı” veya “hastanın ameliyatı bitti, “hasta şimdi odaya çıkarıldı”, “ hasta ameliyat salonuna indiriliyor” gibi hastanın hangi aşamada olduğunun bilgisi, hasta yakınlarına verilmelidir.

Başka bir açıdan bilgilendirme, hastalar bilgi gereksinimlerini başka yollardan araştırmak olarak da denilebilmektedir. Bu bilgi kirliliği de olabilmektedir. Bilgiye erişim yolları arasında yazılı ve görsel literatürden edinilen bilgiler ve daha önceden edinilmiş tecrübeler mevcuttur. Söz konusu sağlık olduğu için hastalar kan almaya gittiklerinde değil de daha çok bir cerrahi müdahalede çok fazla araştırmaya,

sorgulamaya başlamaktadır. Çünkü cerrahi müdahale, kan aldırma gibi hususlardan daha risk alan bir durum olmaktadır (Akbaş, 2014: 53).

2.2.5. Fiziksel ve Çevresel Koşullar

Sağlık alıcılarının doğası gereği kendini rahat ve huzurlu hissedebileceği bir alanda sağlık hizmeti almak istemektedir. Rahat ve huzurlu anlamda hizmet alma istekleri, onların hoşnut olmalarını sağlamaktadır. Fiziksel ve çevresel faktörler, temizlik, dış görünüm, ısı, havalandırma, gürültü, ulaşılabilirlik, otopark, bekleme odaları, tuvalet vb. nitelikler mevcuttur. Sağlık kuruluşlarının fiziki açıdan ve çevresel faktörleri sağlık alıcısının o işletmeden memnun olmasında büyük etkindir (Öztürk, 2016: 37).

Tüfekçi ve Asıgbulmuş' un (2016) bir araştırmasında, hastane personellerinin (özellikle doktor, hemşire ve danışmanlar) hastane seçiminde etkinliği büyük olmaktadır. Sağlık kuruluşunun fiziksel şartları; hijyen, oda, sıcaklığı, havalandırmanın iyi çalışması, dinlenme salonları, hastaneye ulaşımın kolay olması, tıbbi cihazların yeterli olup olmaması, randevu almanın kolay olup olmaması, otopark imkanlarının olması hastane seçiminde büyük etken olmaktadır(Tüfekçi vd., 2016: 90).

Bir başka çalışmada da, sağlık alıcılarının %74' ünün sağlık kuruluşunda çok fazla gürültüye maruz kaldıklarında, yakınıp gürültüyle bağlantılı olduklarını düşündükleri, uykusuzluk, sinirlenme, baş ağrısı gibi problemlerin doğmakta olduğu saptanmıştır.

2.2.6. Bürokratik İşlemler

Sağlık alıcısının hastaneye başvurup, hastaneden hizmet almaya başladığı andan itibaren yapılan resmi işlemler olmaktadır. Hasta tatminini etkileyen en önemli faktörler arasında sağlık kuruluşlarında yapılan resmi işlemlerde, çıkan engellerin temelinde olan bekleme sürelerinin uzun olması sağlık alıcısı vakit kaybı yaşamakta olup, tatmin boyutu azalmaktadır. Hasta taburculuk işlemleri ve hastaların yatışı, hasta yakınlarının da hastaların da uzun süre beklemeleri ile sorunlar ortaya

çıkılmaktadır. Sağlık alıcıları vakit kaybedip oraya bağlı kaldıkları için gergin, mutsuz ve tatminsiz oldukları saptanmıştır (Kırmızı, 2010: 80; Yanık, 2000).

Hastanın hizmetten memnun kalabilmesi için zaman faktörü önem arz etmektedir. Hasta tanısı konulduktan sonra, yatış işlemlerinde ve tedavi sürecinde olmak üzere 3 aşamada ortaya çıkmaktadır. Hastaların bekleme salonlarında saatlerce beklemeleri ve randevu alınırken geçirdikleri fazla vakti de hastanın memnuniyetsiz olmasına yol açmaktadır (Kırmızı, 2010: 80). Bu durum hasta yakınları için de geçerli olmaktadır. Hasta ameliyatta iken, hastanın ameliyata alındığı, ameliyat sırasında beklediği, anesteziye başladığı ya da ameliyat sonrası odaya alındığını dışarıda bekleyen hasta yakınına bildirilmelidir. Bu durum saatlerce bekleyen hasta yakınının endişelerinin azalmasını sağlamaktadır.

2.2.7. Güven

Güven dürüstlük ve yardımseverliği gerektirmektedir (Gefen, 2002: 2). Özel kuruluş ve medyada genel anlamda güven unsurundan etkilenen, kolektif işletmeler de güveni kapsamaktadır. Güven unsurunu ölçerken, sağlık alıcılarının doktorlara hastanenin güveninin genel havasını düşünmek mecburiyetinde olmaktadır (Goold, 1998: 689).

Hasta memnuniyeti üzerine dini inanışların etkililiğini ölçmek üzere Amerika’da ulusal seviyede bir araştırma bulunmuştur. Bu araştırmada yaş ile memnuniyet arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Irk ile memnuniyetlik arasında bir ilişki saptanmadığı görülmüştür. Eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin arttığı tespit edilmiştir. Daha fazla memnuniyet seviyesinin daha dindar bireylerde görüldüğü bulunmuştur ve bu durum birkaç nedene bağlanmıştır. Daha pozitif dünya görüşüne sahip olmak isteyen teşvikleyen dini öğretiler nedeniyle böyle bir sonuç elde edilmektedir. Diğer bir neden de, dindar kişiler hekimleri Tanrı’nın aracıları olarak kabul ettiklerinden, onları daha becerikli olarak ve güvenilir algılamaya eğimi olmaktadır. Böyle bir açıdan bakmaları hasta memnuniyetini arttırmaktadır (Benjamins vd., 2006: 85).

Sağlık alıcısı, hastane ya da sağlık kuruluşunun kolay ulaşılabilir, hemen iletişim kurabileceği, tutarlı, mesleki becerileri ve ivedilik kazandırma, sözüne güvenebileceği çalışanlarla muayene olmak istemektedir (Şahin, 2013: 37).

Hasta mahremiyetinin gizliliğinin korunması, sağlık alıcılarında güven duygusu yaratmaktadır. Hasta haklarına göre;

- Sağlık alıcısının kendi sağlık durumuyla ilgili değerlendirmelerin mahremiyetinin gizli tutulması,
- Muayenenin, tanısı, tedavi planı ve sağlık alıcısı ile direkt temas gerektiren başka işlemlerin olabilir bir gizlilik alanında gerçekleşmesi,
- Tıbben sakıncası bulunmayan durumlarda hastanın yanında bir refakatçisi durmasına izin verilmesi gerektiğini,
- Hastalığı iyileştirme planı ile direkt ilgisi olmayan kişilerin, tıbbi müdahalede bulunmamaları,
- Hastalığın nüansları gerekmedikçe sağlık alıcısının şahsi ve ailevi yaşamına yorum yapmamak,
- Sağlık harcamalarında kaynağın gizli tutulması.

Sağlık kuruluşunda çalışan herkesin hasta mahremiyeti için bu hassasiyette olmalı ve dolayısıyla hastanın haklarına saygılı olmalıdır. Hastaların da temel beklentileri bu yöndedir (Öztürk, 2016: 38).

2.2.8. Ücret

Hasta tatminini etkileyen unsurlardan biri de ücrettir. Ücret, sosyal güvencesi veya sağlık sigortası olmayan sağlık alıcıları için çok büyük önem taşımaktadır. Sağlık alıcısı, yüksek hizmet ile en düşük ücreti beklemektedir (Kavuncubaşı-Yıldırım, 2000: 483-484).

Oldukça fazla olan hastane faturalarının, hasta tatmininin yok olmasını sağlamaktadır. Sağlık güvencesi olmayan bir sağlık alıcısı, sağlık kuruluşunda masraflarını ödeyemediğinde zor durumda kalmakta, hizmete rahat ulaşamayacağı için tatmin sonucunu ortaya çıkarma hususu söz konusu olmamaktadır. Hasta tatminini değerlendirme hususunda sağlık alıcısının seçim yapma ihtimalleri olmalıdır (Öztürk, 2002: 59).

2.3. HASTA BEKLENTİLERİ VE ALGILARI

Hasta ve yakınlarının beklentileri önemli olmakta, çünkü iyi bir hasta memnuniyeti, kaliteli iletişim standartlarında meydana gelen sağlık alıcısının elde ettiği kararlar ile oluşur. Hastalar, sağlık hizmetini yargılarken, kendi belirledikleri içsel standartlarını değerlendirmektedir. İyi bir hasta memnuniyeti için hasta ve yakınının değerlendirdiği bu içsel standartlar, literatüre bakıldığında beklentiler olarak açıklanmaktadır (Zeithaml vd., 1993: 1-12). Hasta beklentilerini, bir hastanın geçmiş yıllardaki deneyimlemeleri, o husustaki edindiği önyargı ve düşünceleri, sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları ve rakipleri hakkındaki bilgisi de belirli kılmaktadır (Altunışık vd., 2002: 78).

Sağlık alıcısı ve yakınları sağlık kuruluşuna başvurduğunda, sağlık kuruluşunun fiziki ortamını, gelen hastaların tutum ve davranışlarını, çalışanların kendilerine gösterdikleri değeri ve saygıyı, hizmet sunucuların mesleki bilgilerini ve el becerilerini, muayene sırasında ne kadar beklediğini, bilgi işlemin ivedilikle sorunları çözümlemesini ve daha birçok durumları gözlemlemektedir (Kan, 2014: 68).

Hastane personellerinden olan hekimler ile sağlık alıcıları arasındaki iletişim düzeyinde beklentilerin, hastaların talep ettiği seviyeye gelmesi ve sorunların azaltılması, özellikle hekimlerden ne beklenildiğinin ortaya konulması büyük önem taşımaktadır. Aynı durum hekimlerin sağlık alıcılarından beklentilerini belirlemede de söz konusu olmaktadır (Kalender vd., 2004: 117-132). Sağlık alıcısının beklentileri çatıştığında, iletişim nadiren çözümlenememektedir. Bu sebeple iki taraf arasındaki ilişki sözlerinin yerine getirilmesi tekrar irdelenip, düzeltilmelidir. Uygulanmayan istekler, anlaşılır olmayan konular, ihmal edilmiş hastanın değerleri, hekim tarafından kuşkulu değişken bir rolle ayrılmıştır. Burada, sağlık yönetimindeki sağlık alıcısı ile hekim algılamasında ilerlemenin yavaş ve yetersiz olması da etkili olmuştur (Roter ve McNeilis, 2003: 124).

Bu durum hemşireler için de aynı olmaktadır. Daha önceleri, sağlık alıcılarının ve yakınlarının pek çoğu hemşirelerin bilgi seviyelerini sorgulamamaktayken, günümüzde tıbbi uygulamalar ile pek çok konuda bilgi sahibi olan hasta tipi meydana gelmesiyle hasta ve yakınının hemşirelere bakış açılarını

değiştirmektedir. Yani, hemşire bugün; klinikte yeterli, özgüvenli, soruları çözebilme yetisine sahip, özgür düşünebilen, ivedilikle kararını kesinleştiren, hasta bakımı ve her durumun farklı yönlerini düşünebilme becerisine sahip kişiler olmuştur. Mesleğin ihtiyaçlarını yapamayan hemşireler hizmet verdiğinde hemen sağlık alıcıları ve yakınlarının dikkatini çekerek, güven kaybı yaşamaktadır. Güvensizliğin oluşturduğu algılarda hasta memnuniyetinden bahsetmek olanaksız olmaktadır (Kan,2014: 68).

Yoğun emek sarf eden kuruluşlar olarak hastanelerde kurumsal itibarın meydana gelmesinde personellerin özellikleri, rolleri ve hizmete olan katkıları düşünüldüğünde kurumsal itibarın sağlanması açısından yöneticilere büyük görevler düşmektedir. Böylece, yöneticilerin personellerde olumlu kurumsal itibar algısı yaratmaları konusunda yeterli çabayı göstermeleri kaçınılmazdır. Personeller diğer ortakların kuruluşu açısından bakılan itibar algısını direkt etkilemektedir. Böylece diğer ortakların kuruluşla olan ilişkilerinde farklı boyutları da etkiye uğratmaktadır. Örneğin bir araştırmaya göre, kurumsal itibar sağlık kuruluşunun seçiminde etkili olmaktadır (Jung vd., 2011: 832-841). Yapılan çalışmalardan biri, hastanenin itibarlı olarak algılanma düzeyi yükseldikçe hastaneye olan güven düzeyi de yükselmektedir (Mira vd., 2014:92-94). Diğer bir araştırma sonucunda, kurumsal itibar sağlık alıcılarının sadakatini ve öneride bulunmalarını sağlamaktadır (Bontis vd.,2007: 1426-1445).

2.4. SAĞLIK İLETİŞİMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN DUYULAN HASTA MEMNUNİYETİ DÜZEYİNE ETKİSİ İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Bu çalışma, sağlık kuruluşlarında hastalar ile kurulan iletişimin hasta memnuniyetine olan etkisini gözlemlemek adına yapılmıştır. Literatüre bakıldığında ülkemizde “Hastalarla iletişim ile hasta memnuniyeti” konusunu araştıran çok az sayıda çalışma mevcuttur. 2002' den beri hasta memnuniyetini özellikle ABD, İngiltere ve İsviçre'de izlenmiştir. Hasta algılarına yönelik bu dikkat, dışa doğru genişlemektedir (Heberer, 2016: 90-101).

Hasta memnuniyeti alınan hizmetin sunum biçimi, hizmet sağlayıcılarının mesleki becerileri, hizmetin devamlılığı ve hizmet alıcı ve sağlayıcı arasındaki güven

ilişkisi gibi pek çok niteliği kapsayan çok boyutlu bir kavram olmaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin araştırılması önem arz etmektedir (Choi vd., 2005:140-149; Williams,1994:509; Apay, 2009: 239-244).

Hasta memnuniyetini etkileyen etmenlerin araştırılmasında, üniversite öğrencilerinin müfredatı, üniversiteden mezun olduktan sonra eğitim düzeyleri, klinik becerileri tarafından bir arada toplanmış doktor davranışları ve bilgi verebilmektedir. Örneğin hasta tatmini için hastayı dinlemek ve işlerini kolaylaştırma yetersiz olmakta, bunların yanında hastanın aktif katılımı, hasta güvenliği, malpraktis savlarının ilerlemesi ile gelişmiş yeterlilikte olması gerekmektedir. Ayrıca hastanın tedaviye devam etmesindeki önemini fark etmesi, hastalığını bilme gereksinimi, hastalık deneyimlemeleriyle karşılaşma esnasındaki istekliliği, hastanın gereksinimleri ve beklentileri de hekimlere yardımcı olmaktadır (Brown vd., 2003: 155).

ABD'deki birçok hastane, hasta tatmin müfredatını benimsemiştir. Bir hastane çalışanı, memnuniyet araştırma grubu oluşturmuş, hastanenin her bölümünde performans seviyeleri ölçülmüştür. Sağlık kuruluşu yönetimleri rekabetçi bir avantaj sağlamak açısından güçlü bir hizmet alıcı tatmininin gerekeceğini düşünmüştür. Ülkemizde de son 4–5 yıldır sağlıktaki dönüşüm programı içeren resmi kurum hastaları özel sağlık kurumlarından da yararlanmaktadır. Dolayısıyla, hasta memnuniyeti kavramı daha da önem kazanmış olup, pek çok sağlık kuruluşu ISO, hasta hakları, akreditasyon gibi konularda daha fazla önem kazanmıştır (Aksakal ve Bilgili, 2008, 242).

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi; sağlık alanındaki eksikliklerin belirlenmesi ve bu eksikliklerin giderilmesi için yol gösterici olabilmektedir (Yanık, 2000; Arpacı, 1999). Levvis' in 1994'te yaptığı memnuniyet araştırmalarında; psiko-sosyal sorunlar, insani yaklaşımlar, bilgilendirme, teknik anlamda yeterli olma durumları, genel hasta tatmini, bürokratik düzenlemeler, fiziksel koşullar ve hasta bakımının sürekliliği hasta memnuniyetini etkilemektedir (Esatoğlu,1997: 64). Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'deki bir çalışma, 221 araştırmanın meta-analizinde; hasta memnuniyetini hastalara gösterilen ilgi (%65), hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi (%50), güven sağlama (%45) ve profesyonel yeterlilik (%45) gibi etmenlerin olduğu saptanmıştır (Hall,1988: 637- 644).

İngiltere’ de birinci basamak (temel sağlık hizmetleri) iletişim araştırmalarında, hekim hasta iletişiminde, hasta ile daha fazla uyum içinde görüşmeler sağlamaktadır. Sağlık alıcısının seçim şansı, sağlık personelleri arasında oluşan rekabet ve sağlık alıcısının tatmininin geri dönüşünün ölçülmesi gibi teknikler mevcuttur. Bu teknikler ile sistemin çalıştırılması başarılabılır durumda olmakta fakat sağlık alıcısının, birinci basamağın yapısal problemleri nedeniyle uyum sağlaması olanaksızdır. Örneğin; sağlık alıcısı, hastane personellerine, sağlık hizmetine ivedilikle erişmeye ve yüksek kaliteli teknik koşullarına sahip olmak istemektedir. Beklentilerinin tümünün gerçekleşmesi zor olmaktadır (Cheraghi- Sohi vd., 2008: 107-108).

Yine aynı çalışmada birinci basamakta olan hastaların en yüksek seviyede fiziksel muayenenin mükemmelliğini değerlendirmektedir. Hastanın her problemini bilen hekim tarafından muayene edilmesi, dostane yaklaşım gösteren hekim tarafından muayene edilmesi, bir günlük bekleme süresinin aza indirgenmesi ve randevu saatine esneklik sağlanması sağlık alıcılarında, hasta odaklı hizmetin değişik özellikleri üzerinde benzer değerler oturmuştur: her şeyini bilen hekim tarafından muayene edilmesine istinaden onların düşüncelerine önem veren bir hekim tarafından takip edilmesi, sosyal ve duygusal problemlerini daha çok sorması ve hastaların kararlarını kapsayan yaklaşımda bulunulması değerleri daha yükseltmektedir (Cheraghi- Sohi vd., 2008: 107-108).

Hasta odaklı davranışlarda, hastanın suskunluğuna tahammül etmek, endişelerine cevap vermek, hastanın anlattıklarını tanımlamak ve özetini anlatmak, hastayı dinlemek ve geri bildirimde bulunmak gibi faktörler mevcuttur. Bir de hekim odaklı bakıldığında, hasta anemnezini almak, analiz etmek, ve belirtileri hakkında tanılama yapmak ve hastayı yönlendirmek gibi faktörler mevcuttur. Hekimlerin bütünüyle kendilerine odaklı davranışı tercih etmesi sonucu aşağıda bulunan davranışlar gözlemlenmektedir (Baltaş, 2000: 128- 129):

- Hastaya muayene zamanını aza indirme,
- Sağlık alıcısının belirttiği ilk semptom üstüne düşmekte ısrar etme,
- Sağlık alıcısı ile yakınlaşmaya yol açacak, insani ve gerçek bir ilişki yaratan davranışlardan kaçınma,

- Hastanın ne hissettiği ile ilgilenmek hususunda apaçık bir isteksizlik yaşama.

Uluslararası düzenlemelere bakıldığında hasta haklarını korumak için birtakım sistemler Avrupa ülkelerinde mevcut olmaktadır. Bu sistemler sağlık alıcıların hak sınırlarını hazırlamaktadır. Lizbon bildirgesi (Özlü, 2005: 241). 1981 yılında Portekiz’ in Lizbon kentinde gerçekleştirilen toplantıda Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan bildirmede altı (6) maddeden ilki: ‘‘Sağlık alıcısı, doktoru özgürce seçme hakkına sahip olmaktadır. ‘’ Bali bildirgesi ise, eylül 1995’ te Lizbon bildirgesinin gözden geçirilmesi sonucu Endonezya’ nın Bali kentinde yayınlanmıştır (<https://dosyaism.saglik.gov.tr>, 25.04.2019). Bu durum sağlık alıcısı istediği şekilde muayenelerin herhangi bir anında başka bir doktorun görüşünü alabilme hakkına sahip olmasını göstermektedir.

Avrupa hasta haklarının geliştirilmesi bildirgesinde (Amsterdam Bildirgesi), (Özlü, 2005: 242-247) beşinci (5.) ve altıncı (6.) madde: ‘‘ Hastaların sağlık mekanizmasının işleyiş tarzı ile uyum sağlamak, doktorlarını ya da diğer çalışanlarını ve sağlık kuruluşlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.‘’ biçiminde hak tarifi yapılmaktadır (<https://dosyaism.saglik.gov.tr>, 25.04.2019). Yine 2002 yılında Roma’ da alınan karar ile ‘‘hasta haklarına ilişkin Avrupa statüsü (Ana Sözleşmesi) temel dokümanda’’ Özgür Seçim Hakkı ‘’ başlığı altında hekim seçme ve değiştirme hakkı beşinci (5.) maddede yer almaktadır(<https://dosyaism.saglik.gov.tr>, 25.04.2019).

Son senelerde tüm dünyada sağlık hizmetlerinin önemli bir konu haline gelmiş bulunan hasta hakları, özellikle insan hakları alanındaki gelişmelere paralel olarak ciddi bir değişim ve dönüşüm olduğu gözlemlenmektedir. Ancak teorik alandaki hızlı gelişmeye karşın uygulamada bu denli hızlı bir değişim ve dönüşüm olduğunu söylemek güç olmuştur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA VE HASTA YAKINLARI İLE KURULAN İLETİŞİMİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Çalışma, İzmir ili Karşıyaka ilçesinde bulunan İzmir MedicalPark hastanesindeki sağlık sektöründen yararlanan hasta ve hasta yakınlarına yapılan anket uygulaması ile yapılmıştır. Araştırma ile ilgili verilerin toplanmasında anket metodu kullanılmıştır.

Sağlık kuruluşlarından en temel yakınmanın, genel sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetin zeminini oluşturan iletişim olduğu bilinmektedir. İletişim becerilerinin sağlık hizmeti veren kuruluşların personelleri ile hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetinden duydukları memnuniyeti sağlamak veya var olan memnuniyeti geliştirmek için önerilerde bulunulmuştur.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada İzmir Medicalpark Hastanesinde bulunan hasta ve hasta yakınları ile daha etkin ve onların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyeti artırıcı iletişim önerilerinde bulunmak amaçlanmıştır. Bu nedenle, İzmir MedicalPark hastanesinde hastane personeli ile hasta ve hasta yakınları arasında varsa iletişim hatalarını öğrenmeye, hatalara yol açan sebepleri bulmaya ve bu sorunların çözümlerini bulmak amaçlanmıştır. Var olan problemlere üretilecek olan çözümler tartışılacaktır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada, verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Sağlık alıcıları tarafından işaretlenen anket soru formlarının, net ve anlaşılır olmasına dikkat edilmiştir. Bu nedenle soru formu oluşturulduktan sonra 55 kişilik bir örneklem üzerinde ön teste tabii tutulmuştur. Soru formları hastalar ile yüz yüze uygulanmıştır.

Ön test sonunda gerekli düzeltmeler yapılmış, gerekli düzeltmelerden sonra soru formları hastalar ile tekrar yüz yüze uygulanmış olup, edinilen sonuçlar kodlanarak, bilgisayar ortamına işlenmiş, SPSS 20 programında gerekli analizlerin sonuçları saptanmıştır. Soru formları literatürden araştırılmıştır ve aşağıdaki gibidir:

1. Doktor beni dikkatlice dinledi (Mack, 2009: 3305; Neumann, 2012).
2. Doktor sözümü kesmeden konuşmama izin verdi (Neumann, 2012).
3. Doktor kendimi ifade etmeme teşvik etti (Neumann, 2012).
4. Doktorun beni anladığını düşünüyorum (Tashonna, 2011: 262; Neumann, 2012; Haddad, 2000; Mack, 2009: 3305).
5. Doktor bana açıklama yaparken, sözcükleri anlayabileceğim şekilde seçiyor (Tashonna, 2011: 262; Kılıç, 2015: 95; Neumann, 2012; Haddad, 2000; Mack, 2009: 3305).
6. Doktor tedavimi önerirken, tedavim hususunda dikkatini bana verdi (Sezgin, 1998: 175).
7. Doktor konuşurken bana güven verici bir tutumu var (Ingersoll, 2005: 101; Ommen, 2009: 193; Mack, 2009: 3305; Sezgin).
8. Doktorun endişelerime cevap verdiğini düşünüyorum (Ingersoll, 2005:101; Ommen, 2009: 193; Mack, 2009: 3305; Sezgin, 1998: 176).
9. Hemşireler beni dikkatlice dinledi (Tashonna, 2011:261: 258- 268; Neumann, 2012; Karadağ, 2015: 175).
10. Hemşireler sözümü kesmeden konuşmama izin verdi (Yalçın, 2012: 134; Neumann, 2012; Karadağ,2015: 176).
11. Hemşirelerin bana güler yüzlü davrandığını düşünüyorum (Koçak, 2015: 127; Sezgin, 1998: 176; Kan, 2014:165).
12. Hemşireler benim durumum hakkında açıklayıcı bilgi verdi (Koçak, 2015: 127; Kılıç, 2015: 95; Karagöz, 2008: 97).
13. Hemşireler bana sabırlı davranıyor (Koçak, 2015: 127; Karadağ,2015:175).
14. Hemşireler ağrım olduğunda bana ilgi gösteriyorlar (Sezgin, 1998: 176).
15. Genel olarak sağlık personelinin bana iyi davrandığını düşünüyorum (Koçak, 2015: 127; Adıgüzel, 2005:184).
16. Sağlık kuruluşu ve personeli bende olumlu bir izlenim bırakıyorlar (Koçak, 2015: 127; Adıgüzel, 2005:185).
17. Sağlık kuruluşuna hasta olarak başvurduğumda beklentilerim karşılanıyor (Koçak, 2015: 127).
18. Sağlık kuruluşlarında herhangi bir sorun yaşadığımda başvurabileceğim yetkili bir personel var (Koçak, 2015: 127).
19. Tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabilirim (Kılıç, 2015: 95).
20. Görevliler tarafından gösterilen kibarlık, dostluk ve saygıdan memnun kaldım (Sezgin, 1998: 171; Kan, 2014:165).
21. Hastaneye başvurduğumda bana ayrılan zamanın miktarından memnun kaldım (Sezgin, 1998: 175; Akbaş, 2014: 115).
22. Doktor ve hastane görevlileri tarafından verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliğinden memnun kaldım (Sezgin, 1998: 171).

Tablo 1: Anket Soru Formunda Araştırılan Literatür

Anket çalışmasında, uygulama alanımız İzmir MedicalPark hastanesi olarak seçilmiştir. Bu hastanede bulunan ayaktan ve yatan toplam 300 hasta veya hasta yakınına soru formu verilmiş ve değerlendirilmiştir. Ayakta ya da yatan sağlık hizmeti veren hastanede; iletişimde yer alan faktörlerin (dikkatli dinleme, saygı, güvenilir olma, sözcükleri anlaşılır biçimde seçme, tedaviye dikkatini verme, endişelere cevap verme, güler yüzlü olma, olumlu izlenim bırakma) yöneticiler, doktor, hemşire, danışman, çağrı merkezi, kayıt elemanı, yardımcı görevliler tarafından uygulanıp uygulanmadığı sorgulanıp, alınan yanıtların Faktör Analizi, Ki-Kare, Ortalama ve Standart Sapma, Korelasyon, Regresyon Analizleriyle değerlendirilmesinden oluşmaktadır.

Ölçek 5’li Likert ölçeği düzenlenip, ilk 8 soru doktor ile hasta arasındaki iletişim, sonraki 6 soru hemşire ile hasta arasındaki iletişim, son 8 soru ise sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyet değerlendirmeleri istenmektedir. 5’li Likert skalası ise; “ Kesinlikle Katılmıyorum”, “ Katılmıyorum”, “ Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, “ Katılıyorum”, “ Kesinlikle Katılıyorum” .

Çalışmaya alınma kriterleri: Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, 18 yaş ve üzerinde olmak, araştırma esnasında zihinsel açıdan soruları anlayıp cevap verme yetisine sahip olan hasta ve hasta yakınlarıdır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evreni İzmir ili Karşıyaka ilçesi sınırları içerisindeki İzmir MedicalPark Hastanesine gelen sağlık alıcısı ve onların yakınları ile hastanede çalışan yöneticiler, doktor, hemşire, danışman, kayıt görevlileri ve yardımcılardır. Bu sağlık kuruluşunun hizmetinden yararlanan hasta ve hasta yakınları ise çalışmanın örneklemini temsil eder. Hasta ve hasta yakınları tesadüfi olarak seçilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Araştırmanın hipotezi, hasta ve hasta yakınlarının sağlık personelinin kendileriyle kurdukları iletişimin sağlık hizmetinden duyulan memnuniyete etkisinin olup olmadığının saptanmasıdır.

H_0 : Veriler normal dağılımlıdır.

H_1 : Veriler normal dağılımlı değildir.

H_0 : Yaş ile hastanede bulunma sebebi arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaş ile hastanede bulunma sebebi arasında bir ilişki vardır.

H_0 : Yaş ile hastaneyi seçim sebebi arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaş ile hastaneyi seçim sebebi arasında bir ilişki vardır.

H_0 : Eğitim düzeyi ile hastaneyi seçim sebebi arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Eğitim düzeyi ile hastaneyi seçim sebebi arasında bir ilişki vardır.

H_0 : Ücret ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Ücret ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında bir ilişki vardır.

H_0 : Eğitim düzeyi ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Eğitim düzeyi ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında bir ilişki vardır.

H_0 : Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki yoktur.

H_1 : Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki vardır.

H_0 : Hemşire-Hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliği ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki yoktur.

H_1 : Hemşire-Hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliği ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki vardır.

H_0 : Hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği ile doktor- hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, genel sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği ile doktor- hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, genel sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında bir ilişki vardır.

3.6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLARI

Çalışma, İzmir MedicalPark hastanesinde bulunan, sağlık sektöründen yararlanan hasta ve hasta yakınlarına yapılan anket uygulamasıdır. Ankete katılımlar, gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Ankete toplam 300 kişi katılmıştır. Ankete katılanların tüm hasta ve hasta yakınlarının demografik özellikleri ve sonuçlar değerlendirilecektir. Daha sonra ise Frekans Analizi, Ortalama ve Standart Sapma, Faktör Analizi, Ki- Kare, Korelasyon ve Regresyon Analizi incelenecektir.

3.6.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Ankete katılan hasta ve hasta yakınlarının demografik özelliklerini belirlemek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Frekans sonucunda elde edilen bulgular Tablo 2' de yer almaktadır.

Tablo 2: Anket Katılımcıların Demografik Özellikleri

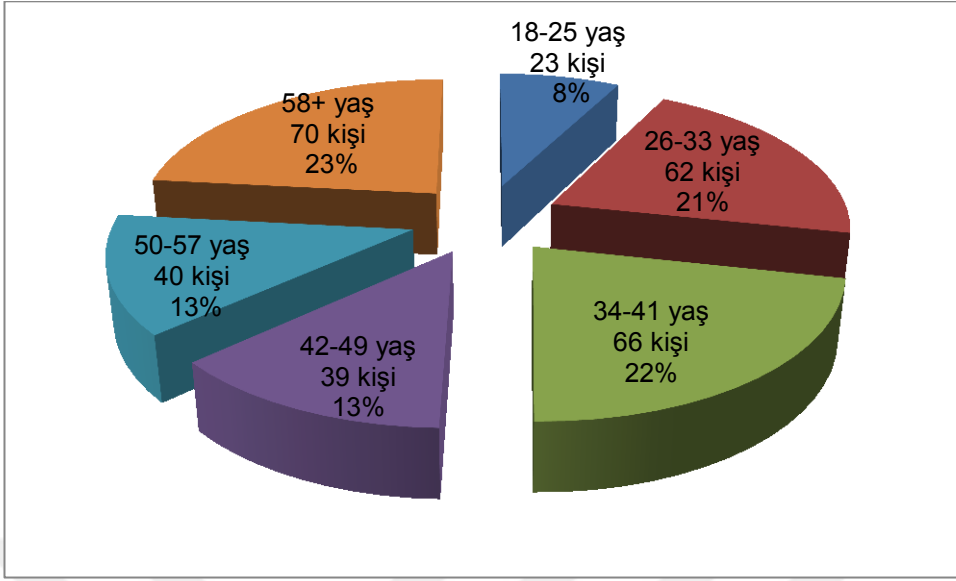
Demografik Özellikler		Sıklık (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-25	23	8
	26-33	62	21
	34-41	66	22
	42-49	39	13
	50-57	40	13
	58+	70	23
Cinsiyet	Kadın	190	63
	Erkek	110	37
Medeni Durum	Bekar	75	25
	Evli	225	75
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	42	14
	Lise	98	33
	Lisans	130	43
	Lisansüstü	30	10
Ücret	0-1500	38	13
	1501-2000	54	18
	2001-2500	55	18
	2501-3000	53	18
	3001-3500	31	10
	3500+	69	23

Katılımcıların demografik özelliklerini açıklamaları aşağıdaki başlıklarda bulunmaktadır:

3.6.1.1. Ankete Katılanların Yaşa göre Dağılımları

Sonuçlar incelendiğinde; ankete katılan toplam 300 kişiden 23 kişinin 18-25 yaş aralığında, 62 kişinin 26-33 yaş aralığında, 66 kişinin 34-41 yaş aralığında, 39 kişinin 42-49 yaş aralığında, 40 kişinin 50-57 yaş aralığında, 70 kişinin ise 58 ve üzeri yaşlara sahip olduğu görülmektedir. Yüzdesel dağılımı gösteren grafik aşağıda sunulmaktadır:

Şekil 2: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılım Grafiği

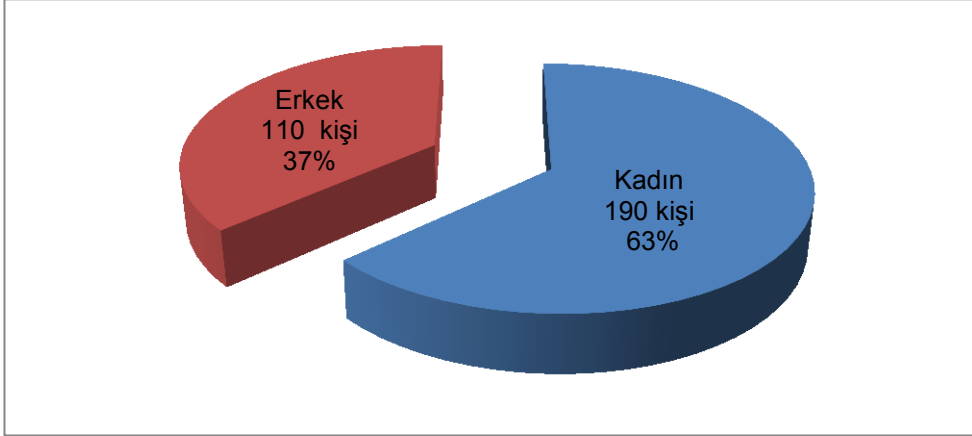


Yüzdesel dağılımlara bakıldığında zaman %8'i 18-25 yaş aralığında, %20,67'si 26-33 yaş aralığında, %22'si 34-41 yaş aralığında, %13'ü 42-49 yaş aralığında, %13,33'ü 50-57 yaş aralığında ve %23,33'ü 58 yaş ve üzeri yaş aralığında katılımcının olduğu görülmektedir.

3.6.1.2. Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Ankete katılan 300 kişinin cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde 190 kadın, 110 erkek olduğu görülmektedir. Yüzdesel dağılımı gösteren grafik aşağıdaki gibidir:

Şekil 3: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılım Grafiği

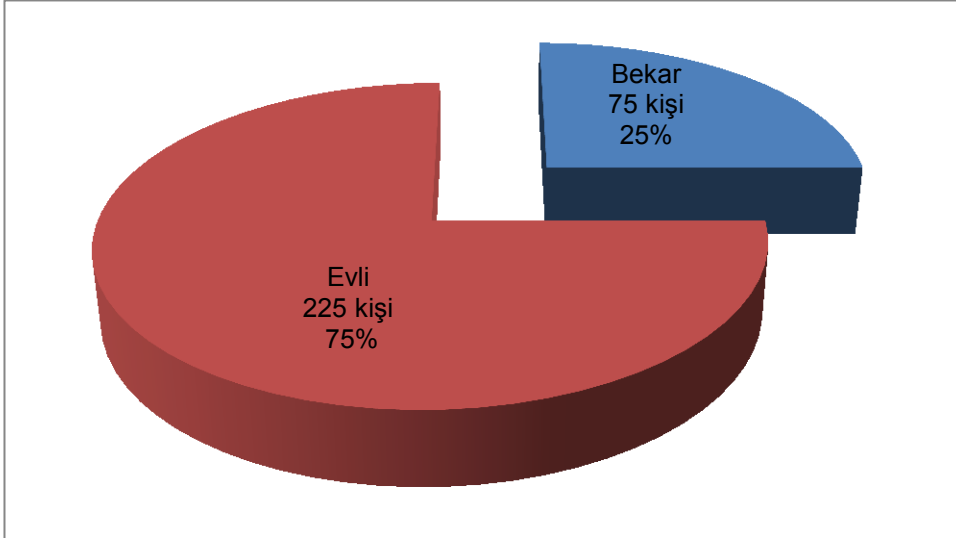


Katılımcıların cinsiyetlerine göre yüzdesel dağılımı incelendiğinde; toplam katılımcı içerisinde %63'ünün kadınlardan, %37'sinin ise erkeklerden oluştuğu görülmektedir.

3.6.1.3. Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı

Ankete katılan 300 kişinin medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde 225 kişinin evli, 75 kişinin bekâr olduğu görülmüştür. Yüzdesel dağılımı gösteren grafik aşağıda bulunmaktadır:

Şekil 4: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılım Grafiği

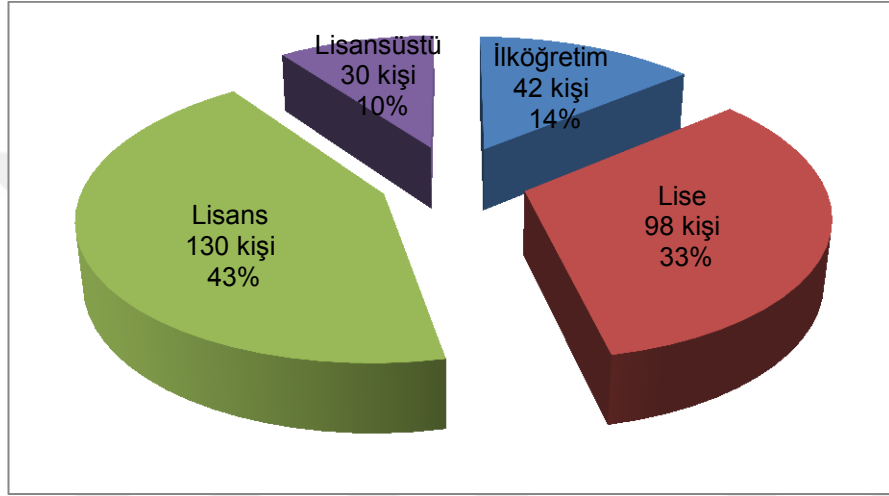


Anket katılımcılarının medeni durumlarının yüzdelik dağılımına bakıldığında %25'inin bekar, %75'in ise evli olduğu görülmektedir.

3.6.1.4. Ankete Katılanların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Ankete katılan 300 kişinin eğitim düzeyine göre dağılımına bakıldığında; 42 kişinin İlköğretim mezunu, 98 kişinin Lise, 130 kişinin Lisans okuyan ya da mezun olan ve 30 kişinin ise Lisansüstü okuduğu ya da mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Yüzdesel dağılımı gösteren grafik aşağıda belirtilmiştir.

Şekil 5: Ankete Katılanların Öğrenim Durumuna Göre Dağılım Grafiği

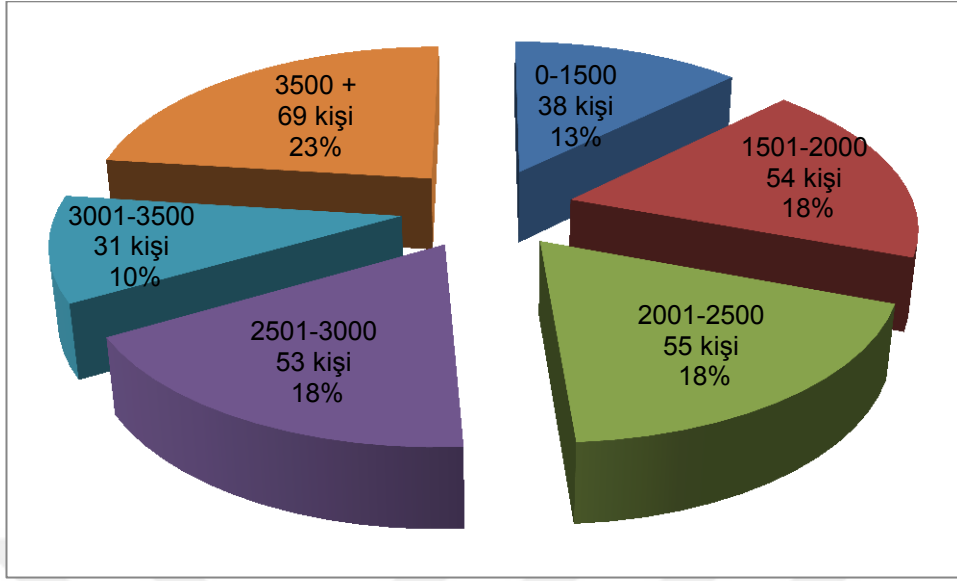


Anket sonuçlarına göre eğitim düzeyine göre yüzdesel dağılımı incelendiğinde %14'ü İlköğretim mezunu, %32,67'si Lise, %43,33'ü Lisans, %10'u ise Lisansüstü olarak işaretlendiği görülmektedir.

3.6.1.5. Ankete Katılanların Ücrete Göre Dağılımı

Ankete katılan 300 kişinin dağılımına bakıldığında; 38 kişinin 0-1500 TL, 54 kişinin 1501-2000 TL, 55 kişinin 2001-2500 TL, 53 kişinin 2501-3000 TL, 31 kişinin 3001-3500 TL, 69 kişinin ise 3500 TL ve üzeri ücret aldığı görülmektedir. Yüzdesel dağılımı gösteren grafik aşağıda sunulmaktadır:

Şekil 6: Ankete Katılanların Ücrete Göre Dağılım Grafiği

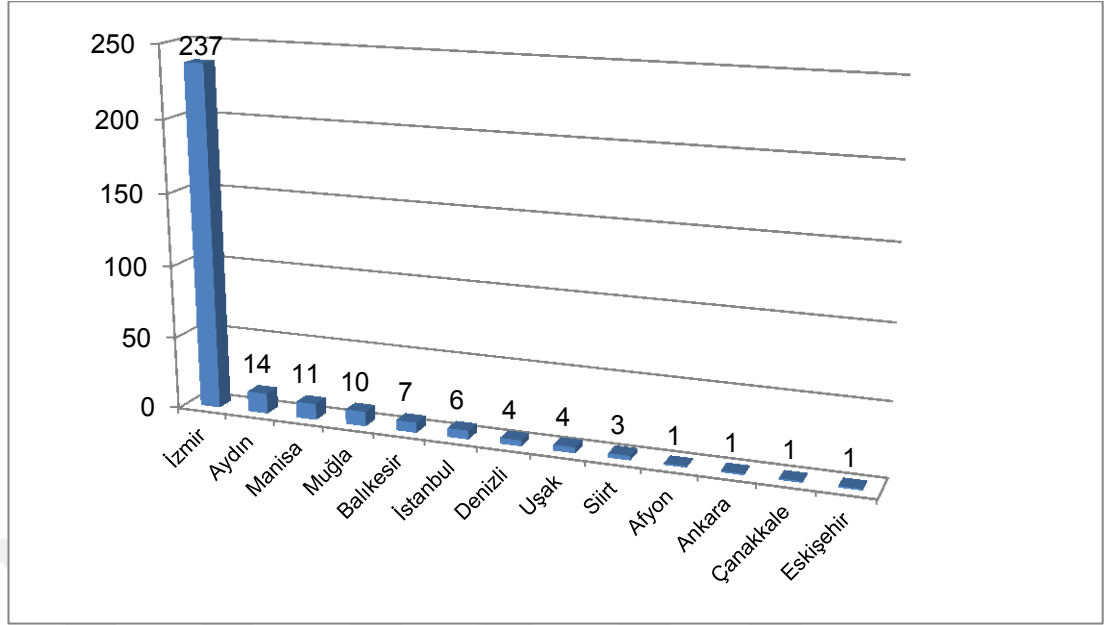


Ankete katılanların yüzdesel dağılımına bakıldığında; %12,67'nin 0-1500 TL, %18'in 1501-2000 TL, %18,33'ün 2001-2500 TL, %17,67'in 2501-3000 TL, %10,33'ün 3001-3500 TL, %23'ün ise 3500 TL ve üzeri ücret aldığı görülmektedir.

3.6.1.6. Ankete Katılanların İllere Göre Dağılımı

Anket sonuçları incelendiğinde, katılımcıların 237 kişinin İzmir ilinden, 14 kişinin Aydın ilinden, 11 kişinin Manisa ilinden, 10 kişinin Muğla ilinden, 7 kişinin Balıkesir ilinden, 6 kişinin İstanbul ilinden, 4 kişinin Uşak ilinden, yine anket sorularını yanıtlayan diğer 4 kişinin Denizli ilinden, 3 kişinin Siirt ilinden olduğu görülmektedir. Afyon, Ankara ve Çanakkale illerinden de 1'er kişi anket soruları cevaplamıştır. Katılımcı illere göre dağılım grafiği, Şekil 7'de aşağıda belirtilmiştir:

Şekil 7: Ankete Katılanların İllere Göre Dağılım Grafiği



Aşağıda bulunan Tablo 3'te katılımcıların illere göre dağılımı açıklanmıştır. Bu sağlık kuruluşuna gelen ve aynı zamanda anketi cevaplayan hasta ve hasta yakınlarının hangi şehirlerde ikamet ettiğini göstermiştir. Katılımcıların illere göre yüzdelik ve frekanslarını (kişi sayılarını) gösteren dağılım aşağıdaki grafikteki gibidir:

Tablo 3: Ankete Katılanların İllere Göre Dağılımı

	Sıklık (n)	Yüzde(%)
Afyon	1	0,3
Ankara	1	0,3
Aydın	14	4,7
Balıkesir	7	2,3
Çanakkale	1	0,3
Denizli	4	1,3
Eskişehir	1	0,3
İstanbul	6	2,0
İzmir	237	79,0
Manisa	11	3,7
Muğla	10	3,3
Siirt	3	1,0
Uşak	4	1,3

Toplam	300	100,0
---------------	-----	-------

Ankete katılanların yüzdesel dağılımına bakıldığında; katılımcıların %79'un İzmir ilinden, %4,7'si Aydın ilinden, %3,7'si Manisa ilinden, % 3,3'ü Muğla ilinden, % 2,3'ü Balıkesir ilinden, % 2'si İstanbul ilinden, % 1,3'ü Uşak ve Denizli illerinden, % 1'i Siirt ilinden, %0,3'ü Afyon, Ankara ve Çanakkale illerinden olduğu görülmektedir. Tablo 3' e göre, katılımcıların büyük çoğunluğu İzmir' de ikamet eden hasta ve hasta yakınları olduğu gözlemlenmektedir.

3.6.2. Normallik Testi Analizi

SPSS 20 programında verilerin dağılımının normal dağılım gösterip göstermediği test etmek amacıyla Shapiro-Wilk testi yapılmış, P değeri (sig.) 0,05'ten küçük olduğundan test sonuçları tablo 4'te gösterilmiştir. Test sonucuna göre dağılımın normal olmadığı saptanmıştır.

H_0 : Veriler normal dağılımlıdır.

H_1 : Veriler normal dağılımlı değildir.

Tablo 4: Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
1. Doktor beni dikkatlice dinledi.	,292	300	,000	,718	300	,000
2. Doktor sözümü kesmeden konuşmama izin verdi.	,248	300	,000	,776	300	,000
3. Doktor kendimi ifade etmeme teşvik etti.	,265	300	,000	,794	300	,000
4. Doktorun beni anladığını düşünüyorum.	,250	300	,000	,794	300	,000
5. Doktor bana açıklama yaparken, sözcükleri anlayabileceğim şekilde seçiyor.	,251	300	,000	,764	300	,000
6. Doktor tedavimi önerirken, tedavim hususunda dikkatini bana verdi.	,256	300	,000	,754	300	,000
7. Doktorun bana güven verici bir tutumu var.	,293	300	,000	,763	300	,000
8. Doktorun endişelerime cevap verdiğini düşünüyorum.	,251	300	,000	,767	300	,000
9. Hemşireler beni dikkatlice dinledi.	,304	300	,000	,809	300	,000
10. Hemşireler sözümü kesmeden konuşmama izin verdi.	,268	300	,000	,837	300	,000
11. Hemşirelerin bana güler yüzlü davrandığını düşünüyorum.	,282	300	,000	,831	300	,000
12. Hemşireler durumum hakkında açıklayıcı bilgi verdi.	,311	300	,000	,811	300	,000
13. Hemşireler bana sabırlı davranıyor.	,307	300	,000	,812	300	,000
14. Hemşireler ağrım olduğunda bana ilgi gösteriyor.	,329	300	,000	,751	300	,000
15. Genel olarak sağlık personelinin bana iyi davrandığını düşünüyorum.	,296	300	,000	,785	300	,000
16. Sağlık kuruluşu ve personeli bende olumlu bir izlenim bırakıyorlar.	,305	300	,000	,774	300	,000
17. Sağlık kuruluşuna hasta olarak başvurduğumda beklentilerim karşılanıyor.	,304	300	,000	,803	300	,000
18. Sağlık kuruluşunda herhangi bir sorun yaşadığımda başvurabileceğim yetkili bir personel var.	,326	300	,000	,766	300	,000

19. Tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabilirim.	,316	300	,000	,765	300	,000
20. Görevliler tarafından gösterilen kibarlık, dostluk ve saygıdan memnun kaldım.	,299	300	,000	,765	300	,000
21. Hastaneye başvurduğumda bana ayrılan zamanın miktarından memnun kaldım.	,318	300	,000	,796	300	,000
22. Doktor ve hastane görevlileri tarafından verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliğinden memnun kaldım.	,348	300	,000	,732	300	,000

Tablo 4'ün sonuçlarına bakıldığında, H_0 hipotezi reddedilir. Normal dağılıp dağılmadığını Shapiro-Wilk testinin sonucunda da sig= 0,05'in altında olduğu belirlenmiştir. Bundan sonraki analizler parametrik olmayan yöntemler uygulanacaktır.

3.6.8. Güvenilirlik Testi

Ölçüm aracının yapı geçerliliği test edildikten sonra, iç tutarlılığı ölçümlenmiştir. Bu yüzden hem ölçüm aracının hem de ölçüm aracını oluşturan faktörlerin güvenilirliği test edilmiştir.

Genel güvenilirlik için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Güvenirlilik; bir ölçme aracında bütün soruların ele alınan oluşumu ölçmede türleri birdir, birbirleriyle tutarlılığını, yeterliliğini ortaya koyan bir kavramdır. Güvenirlilik analizi, Testlerin güvenilirliğini değerlendirmek için geliştirilmiş yöntemlere ve bu testte yer alan soru ifadelerin incelemesine ise soru analizi denilmektedir.

Alfa katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibi yorumlanmaktadır:

“0.00”<= Alpha<0.40 ise ölçek güvenilir değildir. Yeniden düzenlenmelidir.

“0.40”<= Alpha<0.60 ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür. Yeniden düzenlenmelidir.

“0.60”<= Alpha<0.80 ise ölçek oldukça güvenilirdir.

“0.80”<= Alpha<1.00 ise ölçek yüksek derecede iç tutarlılığı mevcuttur (Kalaycı, 2010:405).

Bu bilgilere göre, ölçüm aracının genel güvenilirliği 0,965 olarak saptanmıştır. Bu oran ölçeğin güvenilirlik derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Cronbach' s Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin genel güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir.

Tablo 5: Güvenilirlik İstatistiği

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,965	,966	22

Cronbach's Alpha değerinin 0,7 den büyük (genel güvenilirlik: 0,965) olması soruların anketi uygulayan gönüllü hastaların birbirine yakın ifadeleri işaretledikleri ve soru maddelerinin iç tutarlılığının yüksek olduğunu, güvenilir olduğunu göstermektedir.

Faktörlerin güvenilirliği de Cronbach's Alpha katsayısını kullanarak, her faktörün güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Güvenirlik Test Sonuçları 1 ile 8. sorular doktor-hasta ve hasta yakınları iletişim etkinliği, 9 ile 14. sorular hemşire-hasta ve hasta yakınlarının iletişim etkinliği ve 15-22. sorular ise sağlık hizmetlerine duyulan memnuniyet değerlendirmeye alındığında güvenilirlik test sonuçları aşağıdaki Tablo 6'da belirtilmiştir:

Tablo 6: Güvenirliğin Alt Boyutlarının Güvenilirlik İstatistiği

	Cronbach's Alpha	Soru Sayıları
Doktor-Hasta ve Hasta Yakınlarının Arasındaki İletişim Etkinliği	0,935	1-8
Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınlarının Arasındaki İletişim Etkinliği	0,966	9-14
Sağlık Hizmetlerine Duyulan Memnuniyet	0,930	15-22

Doktor-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliğinde güven faktörü için; 0935, Hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliğinde güven faktörü; 0,966, Sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet güven faktörü ise; 0930

olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar ölçüm aracının yüksek oranda iç tutarlığının oldu gözlenmektedir.

3.6.9. Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Çalışmada, kullanılan ölçekler ayrı ayrı faktör analizi yapılarak sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 7: İletişim Becerileri Ölçeğinin Faktör Analizine İlişkin KMO and Bartlett's Testi Sonuçları

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,944
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square (x^2)	7127,915
	Df (sd)	231
	Sig. (p)	,000

Tablo 7 incelendiğinde, Sig. Değeri: $p=0.000 < p=0.05$ olduğundan dolayı veya Kaiser Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy = 0,944 > 0,6 olması yeterli ve Faktör analizi uygulamasının yapılabilceği sonucuna ulaşılır.

Faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, açıklanan varyans, ortalamalar, Cronbach's Alpha değerleri aşağıdaki gibidir:

Tablo 8: Açıklanan Toplam Varyans

Toplam	% Varyans	Kümülatif %	Toplam	% Varyans	Kümülatif %	Toplam
12,962	58,918	58,918	12,962	58,918	58,918	11,050
2,316	10,528	69,445	2,316	10,528	69,445	9,515
1,288	5,855	75,300	1,288	5,855	75,300	9,876
,925	4,206	79,506				
,770	3,501	83,007				
,537	2,439	85,446				
,404	1,835	87,282				
,316	1,436	88,718				
,270	1,227	89,945				
,252	1,145	91,090				
,248	1,125	92,216				
,245	1,114	93,329				
,227	1,034	94,363				
,204	,929	95,293				
,175	,795	96,088				
,169	,769	96,857				
,147	,668	97,525				
,132	,600	98,125				
,123	,559	98,683				
,106	,483	99,167				
,098	,447	99,614				
,085	,386	100,000				

Yukarıdaki tablo 8 incelendiğinde, önemli boyut sayısının üç olduğu görülmektedir. 22 ifadenin açıklayıcı faktör analizi sonucunda doktor-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği ile sağlık hizmetinden ve sağlık kurumundan duyulan memnuniyet olarak 3 boyut şeklinde isimlendirilmiştir. 1. boyut olan doktor-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, toplam varyansın % 58,918'ini açıklarken; 2. boyut olan hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, toplam

varyansın %10,528’lik kısmını ve 3. boyut olan sağlık hizmetinden ve sağlık hizmetinin alındığı kurumdan duyulan memnuniyet ise toplam varyansın %5,855’lik bölümünü açıklamaktadır. Her üç boyut, toplam varyansın %75,300’lük bölümünü açıklamaktadır.

Tablo 9: Soru Grupları ve Boyutlar

Boyut İsimleri	Soru Numaraları	Boyutlar		
		1	2	3
Doktor-Hasta ve Hasta Yakınları Arasındaki İletişim Etkinliği	S11	,980		
	S9	,977		
	S13	,976		
	S10	,959		
	S12	,875		
	S14	,860		
	S15	,568		
Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınları Arasındaki İletişim Etkinliği	S2		,992	
	S5		,868	
	S1		,842	
	S3		,831	
	S8		,737	
	S4		,691	
	S6		,690	
Sağlık Hizmetinden ve Hizmet Alınan Kurumdan Duyulan Memnuniyet	S7		,651	
	S21			,961
	S22			,915
	S17			,748
	S16			,635
	S19			,541
	S18			,537
	S20			,524

Tablo 9 incelendiğinde birinci faktör oluşumda 7 ifadedir: ‘‘Hemşireler beni dikkatlice dinledi, hemşireler sözümü kesmeden konuşmama izin verdi, hemşirelerin bana güler güzlü davrandığını düşünüyorum, hemşirelerin durumum hakkında açıklayıcı bilgi verdi, hemşireler bana sabırlı davranıyor, hemşireler ağrım olduğunda bana ilgi gösteriyor, genel sağlık personelinin bana iyi davrandıklarını düşünüyorum’’ ifadeleridir. Bu değişkenlerin etkili olduğu, ‘‘doktor-hasta ve hasta

yakınlarının arasındaki iletişim etkinliği” boyutu ile ilgili ögeleri içerdiği düşünülmüştür.

İkinci faktör oluşumundaki 8 ifade: “Doktor beni dikkatlice dinledi, doktor sözümü kesmeden konuşmama izin verdi, doktorun kendimi ifade etmeme teşvik etti, doktorun beni anladığını düşünüyorum, doktor bana açıklama yaparken sözcükleri anlayabileceğim şekilde seçiyor, doktor tedavimi önerirken tedavim hususunda dikkatini bana verdi, doktorun endişelerime cevap verdiğini düşünüyorum, doktorun konuşurken bana güven verici bir tutumu var” ifadeleridir. Bu boyutun içerisinde bulunan 8 ifadenin literatürden de yararlanarak iletişim becerilerin “hemşire-hasta ve hasta yakınlarının arasındaki iletişim etkinliği” olarak isimlendirilmiştir.

Değişkenlerin etkili olduğu ve üçüncü faktör oluşumunda 7 ifade: “Sağlık kuruluşu ve personeli bende olumlu bir izlenim bırakıyor, sağlık kuruluşuna hasta olarak başvurduğumda beklentilerim karşılanıyor, sağlık kuruluşlarında herhangi bir sorun yaşadığımda başvurabileceğim yetkili bir personel var, tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabilirim, görevliler tarafından gösterilen kibarlık, dostluk ve saygıdan memnun kaldım, hastaneye başvurduğumda bana ayrılan zamanın miktarından memnun kaldım, doktor ve hastane görevlileri tarafından verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliğinden memnun kaldım” ifadeleridir. Bu değişkenlerin etkili olduğunu söyleyebiliriz. Bu boyutun içerisinde bulunan yedi ifadenin literatürden yararlanılarak memnuniyet boyutu ile ilgili ögeleri içerdiği düşünülmüş ve “sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyet” olarak isimlendirilmiştir. Boyutları oluşturan maddeler incelendiğinde ilk boyutun Doktor-hasta iletişimine; ikinci boyutun hemşire-hasta iletişimine; üçüncü boyutun ise sağlık hizmetinden ve sağlık hizmetinin alındığı kurumdan duyulan memnuniyete işaret ettiği görülmüştür ve boyutlar bu doğrultuda isimlendirilmiştir.

3.6.10. Sorulara Verilen Cevapların Ortalama ve Standart Sapma

Dağılımı

İletişim becerileri ve hasta memnuniyeti ölçeklerindeki ifadelere ve ölçeklerin geneline ilişkin tanımlayıcı değerler Tablo 10- 11- 12’de sunulmaktadır.

Katılımcıların ifade kıstaslarında, “1: Kesinlikle Katılmıyorum”,

“2: Katılmıyorum”, 3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, “4: Katılıyorum” ve “5: Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir.

Tablo 10: Doktor-Hasta ve Hasta Yakınlarının Arasındaki İletişim Etkinliğine İlişkin Soruların Ortalama Standart Sapma Dağılımı

Sorular	Ortalama	Standart Sapma
1. Doktor beni dikkatlice dinledi.	4,3600	0,63119
2. Doktor sözümü kesmeden konuşmama izin verdi.	4,2433	0,76117
3. Doktor kendimi ifade etmeme teşvik etti.	4,1567	0,87254
4. Doktorun beni anladığını düşünüyorum.	4,2133	0,78945
5. Doktor bana açıklama yaparken, sözcükleri anlayabileceğim şekilde seçiyor.	4,2767	0,75853
6. Doktor tedavimi önerirken, tedavim hususunda dikkatini bana verdi.	4,2833	0,76922
7. Doktorun bana güven verici bir tutumu var.	4,3600	0,69185
8. Doktorun endişelerime cevap verdiğini düşünüyorum.	4,2500	0,80186
Doktor- Hasta ve Hasta Yakınlarının Arasındaki İletişim Etkinliği	4,2679	0,7594

Tablo 10 incelendiğinde, ölçeklere ilişkin detayları belirtmektedir. Bu durumda, doktor ve hasta ilişkilerinin ortalaması; 4,26’dir. Bu ortalama, ilk 8 soruya verilen değerlerin ortalamasıdır. Bu ortalamadan 1. ve 7. sorulara bakıldığında, ortalamalarının 4,36 olduğu saptanmıştır. Beklenen nitelikler olarak en yüksek unsurlar,

1. Soru: Doktor beni dikkatlice dinledi (Ort:4,36).

7. Soru: Doktorun bana güven verici bir tutumu var (Ort:4,36) şeklindedir.

Beklenen nitelikler olarak en düşük unsurlar ise,

3. Soru: Doktor kendimi ifade etmeme teşvik etti (Ort:4,15).

4. Soru: Doktorun beni anladığını düşünüyorum (Ort:4,21) şeklindedir.

Tablo 10'daki doktor-hasta ve hasta yakınlarının arasındaki iletişim etkinliği ile ölçtüğümüz hasta memnuniyetini ölçen ifadelerle bakıldığında, hastalar ‘‘ Doktor beni dikkatlice dinledi ‘‘ ile ‘‘ Doktorun bana güven verici bir tutumu var ‘‘ maddelerinden daha fazla tatmin olduklarını; ‘‘ Doktor kendimi ifade etmeme teşvik etti ‘‘ ile ‘‘ Doktorun beni anladığını düşünüyorum’’ maddelerinden daha az tatmin oldukları gözlemlenmektedir.

Tablo 11: Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınlarının Arasındaki İletişim Etkinliğine İlişkin Soruların Ortalama Standart Sapma Dağılımı

Sorular	Ortalama	Standart Sapma
9. Hemşireler beni dikkatlice dinledi.	3,9433	0,95033
10. Hemşireler sözümü kesmeden konuşmama izin verdi.	3,9000	0,95903
11. Hemşirelerin bana güler yüzlü davrandığını düşünüyorum.	3,8867	1,00192
12. Hemşireler durumum hakkında açıklayıcı bilgi verdi.	3,8933	0,95130
13. Hemşireler bana sabırlı davranıyor.	3,9000	0,91987
14. Hemşireler ağrım olduğunda bana ilgi gösteriyor.	4,0467	0,90585
Hemşire- Hasta ve Hasta Yakınlarının Arasındaki İletişim Etkinliği	3.9283	0,9117

Tablo 11'deki, hemşire ve hasta ve hasta yakınlarının arasındaki ilişkilerinin ortalaması; 3,93'tür. Bu ortalama, ikinci 6 soruya verilen değerlerin ortalamasıdır. Bu ortalamadan 9. ve 14. sorulara bakıldığında, ortalamalarının 3,93'ten büyük olduğu saptanmıştır. Beklenen nitelikler olarak en yüksek unsurlar,

9. Soru: Hemşireler beni dikkatlice dinledi (Ort:3,94).

14. Soru: Hemşireler ağrım olduğunda bana ilgi gösteriyor (Ort:4,04), şeklindedir.

11. ve 12. Sorulara bakıldığında ise, beklenen nitelikler olarak en düşük unsurlar,

11. Soru: Hemşirelerin bana güler yüzlü davrandığını düşünüyorum (Ort:3,88).

12. Soru: Hemşireler durumum hakkında açıklayıcı bilgi verdi (Ort:3,89), şeklindedir.

Tablo 11’de hemşire- hasta ve hasta yakınlarının arasındaki iletişim etkinliği ile ölçtüğümüz hasta memnuniyetini ölçen ifadelere bakıldığında, hastalar ‘‘ Hemşireler beni dikkatlice dinledi ‘‘ ile ‘‘ Hemşireler ağrım olduğunda bana ilgi gösteriyor ‘‘ maddelerinden daha fazla tatmin olduklarını; ‘‘ Hemşirelerin bana güler yüzlü davrandığını düşünüyorum ‘‘ ile ‘‘ Hemşireler durumum hakkında açıklayıcı bilgi verdi ‘‘ maddelerinden daha az tatmin oldukları gözlemlenmektedir.

Tablo 12: Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyete İlişkin Soruların Ortalama Standart Sapma Dağılımı

Sorular	Ortalama	Standart Sapma
15. Genel olarak sağlık personelinin bana iyi davrandığını düşünüyorum.	4,1300	0,69381
16. Sağlık kuruluşu ve personeli bende olumlu bir izlenim bırakıyorlar.	4,1233	,68534
17. Sağlık kuruluşuna hasta olarak başvurduğumda beklentilerim karşılanıyor.	4,0400	,70715
18. Sağlık kuruluşunda herhangi bir sorun yaşadığımda başvurabileceğim yetkili bir personel var.	4,0467	,89843
19. Tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabilirim.	4,0400	,93880
20. Görevliler tarafından gösterilen kibarlık, dostluk ve saygıdan memnun kaldım.	4,1967	,66794
21. Hastaneye başvurduğumda bana ayrılan zamanın miktarından memnun kaldım.	4,0033	,81170
22. Doktor ve hastane görevlileri tarafından verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliğinden memnun kaldım.	4,0667	,69076
Sağlık Hizmetinden Duyulan memnuniyet	4,0808	0,7714

Tablo 12’de, Sağlık hizmetinden duyulan memnuniyete ilişkin ortalama; 4,08’dir. Bu ortalama, son 8 soruya verilen değerlerin ortalamasıdır. Bu ortalamadan

15. ve 16. sorulara bakıldığında, ortalamalarının 4,08'ten büyük olduğu saptanmıştır. Beklenen nitelikler olarak en yüksek unsurlar,

15. Soru: Genel olarak sağlık personelinin bana iyi davrandığını düşünüyorum (Ort:4,13).

16. Soru: Sağlık kuruluşu ve personeli bende olumlu bir izlenim bırakıyorlar (Ort:4,12), şeklindedir.

Beklenen nitelikler olarak en düşük unsurlar ise,

21. Soru: Hastaneye başvurduğumda bana ayrılan zamanın miktarından memnun kaldım (Ort:4,00).

17. Soru: Sağlık kuruluşuna hasta olarak başvurduğumda beklentilerim karşılanıyor (Ort:4,04).

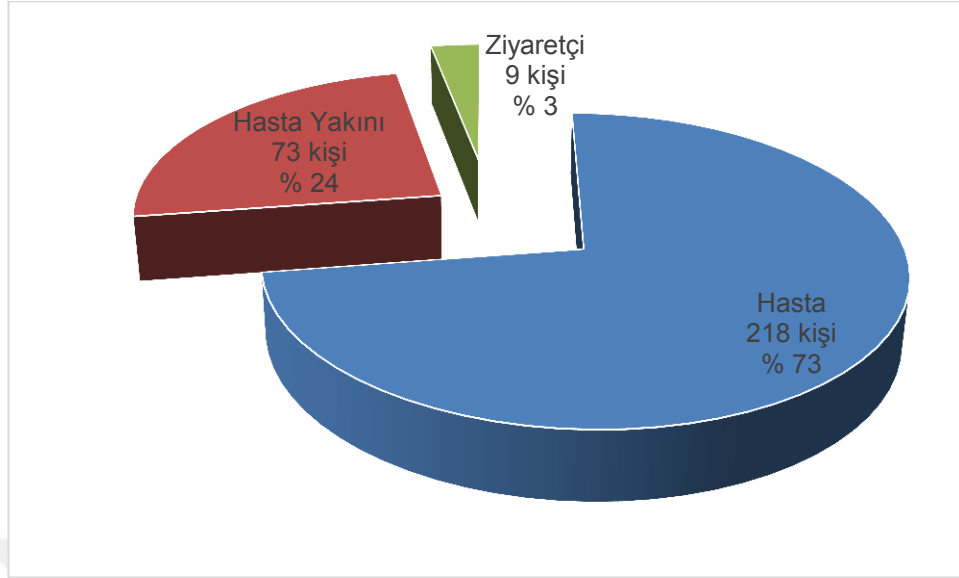
18. Soru: Sağlık kuruluşunda herhangi bir sorun yaşadığımda başvurabileceğim yetkili bir personel var (Ort:4,04).

19. Soru: Tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabilirim (Ort:4,04), şeklindedir.

Tablo 12'de Sağlık hizmetinden duyulan memnuniyeti ölçen ifadeler bakıldığında, hastalar; "Genel olarak sağlık personelinin bana iyi davrandığını düşünüyorum " ile " Sağlık kuruluşu ve personeli bende olumlu bir izlenim bırakıyorlar " maddelerinden daha fazla tatmin olduklarını; " Hastaneye başvurduğumda bana ayrılan zamanın miktarından memnun kaldım " , " Sağlık kuruluşuna hasta olarak başvurduğumda beklentilerim karşılanıyor " , " Sağlık kuruluşunda herhangi bir sorun yaşadığımda başvurabileceğim yetkili bir personel var" ve " Tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabilirim" maddelerinden daha az tatmin oldukları gözlemlenmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının dağılım grafiği aşağıda bulunmaktadır. Katılımcılardan hasta sayısı 218 kişidir, hasta yakınları sayısı ise 73 kişidir. Katılımcı ziyaretçiler de 9 kişi olarak saptanmıştır.

Şekil 8: Hasta ve Hasta yakınlarının Dağılım Grafiği



Şekil 8' e göre, ankete katılanların yüzdesel dağılımına bakıldığında zaman %73'ü hasta, %24'ü hasta yakını ve %3'ü ziyaretçi olduğu saptanmaktadır.

3.6.11. Ki-kare Analizleri

Yaş ile hastanede bulunma sebebi arasındaki ilişkiye ki-kare analizi ile bakılmıştır. Analizde test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H_0 : Yaş ile hastanede bulunma sebebi arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaş ile hastanede bulunma sebebi arasında bir ilişki vardır.

Tablo 13: Yaş ile Hastanede Bulunma Sebebi Arasında Ki-kare Analiz Tablosu

		Hastanede bulunma sebebi			Toplam
		Hasta	Hasta yakını	Ziyaretçi	
Yaş	18-25	13	8	2	23
		56,5%	34,8%	8,7%	100,0%
	26-33	51	10	1	62
		82,3%	16,1%	1,6%	100,0%
	34-41	46	18	2	66
		69,7%	27,3%	3,0%	100,0%
	42-49	30	7	2	39
		76,9%	17,9%	5,1%	100,0%
	50-57	22	17	1	40

		55,0%	42,5%	2,5%	100,0%
	58+	56	13	1	70
		80,0%	18,6%	1,4%	100,0%
Toplam		218	73	9	300
		72,7%	24,3%	3,0%	100,0%

Tablo 13 incelendiğinde, 18- 25 yaş aralığındaki gelen kişiler arasında 13' ü kişi (%56,5) hasta, 8' i kişi (%34,8) hasta yakını, 2' si kişi (%8,7) kişi ziyaretçi toplam 23 kişi (%100,0) bulunmaktadır. 26- 33 yaş aralığındaki gelen kişiler arasında 51' i (%82,3) hasta, 10' u (%16,1) hasta yakını, 1' i (%1,6) kişi ziyaretçi toplam 62 (%100,0) kişi bulunmaktadır. 34- 41 yaş aralığında gelen kişiler arasında 46' sı (%69,7) hasta, 18' si (%27,3) hasta yakını, 2' si (%3,0) kişi ziyaretçi toplam 66 (%100,0) kişi bulunmaktadır. 42- 49 yaş aralığında gelen kişiler arasında 30' u (%76,9) hasta, 7' si (%17,9) hasta yakını, 2' si (%5,1) kişi ziyaretçi toplam 39 (%100,0) kişi bulunmaktadır. 50- 57 yaş aralığında gelen kişiler arasında 22' si (%55,0) hasta, 17' si (%42,5) hasta yakını, 1' i (%2,5) kişi ziyaretçi toplam 40 (%100,0) kişi bulunmaktadır. 58 ve üzeri yaşında olanlar ise; 56' sı (%80,0) hasta, 13' ü (%18,6) hasta yakını, 1' i (%1,4) kişi ziyaretçi toplam 70 (%100,0) kişi bulunmaktadır. Tablo 13'te çıkarılan analiz sonuçları ise, her yaşta hasta ve hasta yakınları mevcuttur. Hasta, hasta yakını ve ziyaretçilerin arasından ankete katılan en çok katılımcı 218 kişi hastalardır. Yüzdelik düzeyine bakıldığında %72'si oluşturmaktadır.

Tablo 14: Yaş ile Hastanede Bulunma Sebebi Arasında Ki-kare Sonuç Tablosu

	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,122 ^a	10	,053
Likelihood Ratio	16,825	10	,078
Linear-by-Linear Association	,366	1	,545
N of Valid Cases	300		

Veri setinde kayıp veri olmaksızın yaş ile hastanede bulunma sebebi arasında ilişkileri anlamlandırıldığı Tablo 14'deki ki kare test sonuçlarına göre; %95 güven (%5 hata) ile H_0 hipotezi reddedilemez. Buna göre; yaş ile hastanede bulunma sebebi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırmaya katılan kişilerin, Yaş ile hastane seçim sebebi arasındaki ilişkiye ki-kare analizi ile bakılmıştır. Analizde test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H_0 : Yaş ile seçme sebebi arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Yaş ile seçme nedeni arasında bir ilişki vardır.

Tablo 15: Yaş ile Hastane Seçme Sebebi Arasında Ki-kare Analiz Tablosu

		Hastaneyi Seçme Nedeniniz					Toplam
		Evime ve iş yerime yakın olması	Ücretlerin makul olması	Doktorların güvenilir olması	Tavsiye edilmiş olması	Diğer	
Yaş	18-25	7	0	4	8	4	23
		30,4%	0,0%	17,4%	34,8%	17,4%	100,0%
	26-33	19	0	13	25	5	62
		30,6%	0,0%	21,0%	40,3%	8,1%	100,0%
	34-41	13	2	21	22	8	66
		19,7%	3,0%	31,8%	33,3%	12,1%	100,0%
	42-49	13	4	10	7	5	39
		33,3%	10,3%	25,6%	17,9%	12,8%	100,0%
	50-57	10	2	7	17	4	40
		25,0%	5,0%	17,5%	42,5%	10,0%	100,0%
	58+	16	5	12	24	13	70
		22,9%	7,1%	17,1%	34,3%	18,6%	100,0%
	Toplam	78	13	67	103	39	300
		26,0%	4,3%	22,3%	34,3%	13,0%	100,0%

Veri sonuçlarına bakılarak, “103 kişi tavsiye üzerine gelmekte olup, 78 kişi evine ve iş yerine yakın olmasından dolayı hastaneyi seçmektedir. 3. Sırada ise doktorların güvenilir olması nedeniyle hastaneyi seçmektedirler” bilgisine ulaşmaktayız.

Tablo 16: Yaş ile Hastane Seçme Sebebi Arasında Ki-Kare Sonuç Tablosu

	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Ki- Kare	23,603 ^a	20	,260
Likelihood Ratio	26,567	20	,148
Linear-by-Linear Association	,307	1	,580
N of Geçerli Cases	300		

Veri setinde kayıp veri olmaksızın yaş ile hastaneyi seçme nedeni arasında ilişkileri anlamlandırıldığı tablo 16’da çıkan ki kare test sonuçlarına göre; %95 güven (%5 hata) ile H_0 hipotezi reddedilemez. Buna göre; yaş ile hastaneyi seçme nedeni arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Eğitim düzeyi ile hastane seçim sebebi arasındaki ilişkiye ki-kare analizi ile bakılmıştır. Analizde test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H_0 : Eğitim düzeyi ile seçme nedeni arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Eğitim düzeyi ile seçme nedeni arasında bir ilişki vardır.

Tablo 17: Eğitim Düzeyi ile Hastane Seçim Sebebi Arasında Ki-kare Analiz Tablosu

		Hastaneyi Seçme Nedeniniz					Toplam
		Evime ve iş yerime yakın olması	Ücretleri n makul olması	Doktorla rın güvenilir olması	Tavsiye edilmiş olması	Diğer	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	5	4	11	18	4	42
		11,9%	9,5%	26,2%	42,9%	9,5%	100,0%
	Lise	33	6	14	27	18	98
		33,7%	6,1%	14,3%	27,6%	18,4 %	100,0%
	Lisans	34	3	30	47	16	130
		26,2%	2,3%	23,1%	36,2%	12,3 %	100,0%
	Lisansüstü	6	0	12	11	1	30
		20,0%	0,0%	40,0%	36,7%	3,3%	100,0%
Toplam		78	13	67	103	39	300
		26,0%	4,3%	22,3%	34,3%	13,0 %	100,0%

Veri sonuçlarına göre, 42 (%100,0) kişi ilköğretim mezunları arasından 18 (%42,9) kişinin hastaneye, tavsiye üzerine gelmesi görülmektedir. 98 (%100,0) kişi ile lise mezunları arasından en fazla seçilen ‘Evime ve işyerine yakın olması ’ sebebi ile hastaneyi seçmiş oldukları görülmektedir. Lisans mezunları yine 47 (%36,2) kişi ile tavsiye üzerine gelmiş görülmektedir. 30 (%100,0) kişi ile

lisansüstü hasta ve hasta yakınları ise 12 (%40,0) kişinin tercihi ile doktorların güvenilir olduğu için bu hastaneyi seçmişlerdir. Toplama bakıldığında 300 (%100,0) kişiden en çok tavsiye üzerine 103 (%34,3) kişinin hastaneyi seçmiş oldukları gözlenmektedir.

Tablo 18: Eğitim Düzeyi ile Hastane Seçme Sebebi Arasında Ki-kare Sonuç Tablosu

	Değer	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,199 ^a	12	,010
Likelihood Ratio	28,005	12	,006
Linear-by-Linear Association	,147	1	,702
N of Geçerli Cases	300		

Veri setinde kayıp veri olmaksızın eğitim düzeyi ile hastaneyi seçme nedeni arasındaki ilişki incelendiğinde ki-kare test sonuçları; %95 güven (%5 hata) ile H_0 hipotezi reddedilir. Buna göre; eğitim düzeyi ile hastaneyi seçme nedeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ücret ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasındaki ilişkiye ki-kare analizi ile bakılmıştır. Analizde test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H_0 : Ücret ile kaçınıcı kez arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Ücret ile kaçınıcı kez arasında bir ilişki vardır.

Tablo 19: Ücret ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki-kare Analiz Tablosu

		Hastaneye Kaçınıcı Kez Geliyorsunuz				Toplam
		İlk kez	2	3	4 ve üzeri	
Ücret	0-1500	8	8	2	20	38
		21,1%	21,1%	5,3%	52,6%	100,0%
	1501-2000	7	4	7	36	54
		13,0%	7,4%	13,0%	66,7%	100,0%
	2001-2500	9	1	10	35	55
		16,4%	1,8%	18,2%	63,6%	100,0%
	2501-3000	14	0	12	27	53
		26,4%	0,0%	22,6%	50,9%	100,0%
	3001-3500	7	5	6	13	31
		22,6%	16,1%	19,4%	41,9%	100,0%

	3500+	5	10	6	48	69
		7,2%	14,5%	8,7%	69,6%	100,0%
Toplam		50	28	43	179	300
		16,7%	9,3%	14,3%	59,7%	100,0%

Veri sonuçlarına göre, hasta ve hasta yakınları çalışsa da çalışmasa da, 3500 TL'ye kadar ve 3500 TL üzeri maaş alanların bu hastaneye 4 ve üzeri kez poliklinik muayenesi, yatış vb. için gelmiş oldukları gözlenmektedir.

Tablo 20: Ücret ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki-kare Sonuç Tablosu

	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,610 ^a	15	,001
Likelihood Ratio	43,303	15	,000
Linear-by-Linear Association	,685	1	,408
N of Geçerli Cases	300		

Veri setinde kayıp veri olmaksızın ücret ile hastaneye kaçınıcı kez gelme arasındaki ilişki incelendiğinde ki kare test sonuçları; %95 güven (%5 hata) ile H_0 hipotezi reddedilir. Ücret ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Eğitim düzeyi ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasındaki ilişkiye ki-kare analizi ile bakılmıştır. Analizde test edilen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H_0 : Eğitim düzeyi ile kaçınıcı kez arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Eğitim düzeyi ile kaçınıcı kez arasında bir ilişki vardır.

Tablo 21: Eğitim Düzeyi ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki-Kare Analiz Tablosu

		Hastaneye Kaçınıcı Kez Geliyorsunuz				Toplam
		İlk kez	2	3	4 ve üzeri	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	10	4	3	25	42
		23,8%	9,5%	7,1%	59,5%	100,0%
	Lise	26	9	17	46	98
		26,5%	9,2%	17,3%	46,9%	100,0%
	Lisans	12	10	20	88	130
		9,2%	7,7%	15,4%	67,7%	100,0%

	Lisansüstü	2	5	3	20	30
		6,7%	16,7%	10,0%	66,7%	100,0%
Toplam		50	28	43	179	300
		16,7%	9,3%	14,3%	59,7%	100,0%

Veri sonuçlarına göre, ilköğretim, lise, lisans, lisansüstü olan hasta ve hasta yakınlarının her birinde en çok, 179 kişi ile 4 ve üzeri kez hastaneye geldikleri gözlemlenmektedir. Bu oranlara bakıldığında ise; en fazla lisans okuyan veya mezunları toplam 130 kişiden 88'i 4 ve üzeri kez geldiklerini belirtmektedirler.

Tablo 22: Eğitim Düzeyi ile Hastaneye Kaçınıcı Kez Gelindiği Arasında Ki-kare Sonuç Tablosu

	Değer	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,167 ^a	9	,008
Likelihood Ratio	22,699	9	,007
Linear-by-Linear Association	8,515	1	,004
N of Geçerli Cases	300		

Veri setinde kayıp veri olmaksızın eğitim düzeyi ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasındaki ilişki incelendiğinde ki kare test sonuçları; %95' i güven (%5 hata) ile H_0 hipotezi reddedilir. Eğitim düzeyi ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.6.12. Korelasyon Analizi

Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasındaki ilişki aşağıdaki gibidir:

H_0 : Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki yoktur.

H_1 : Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki vardır.

Tablo 23: Doktor-Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Kurulan İletişimdeki Etkinlik ile Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

			Doktor-Hasta ve Hasta Yakınları	Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet
Spearman's rho	Doktor-Hasta ve Hasta Yakınları	Korelasyon Katsayısı	1,000	,593**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	300	300
	Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	,593**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	300	300

Elde edilen katsayının anlamlılık testinde kullanılacak p değeri de 0.00 (<0,05) olarak elde edilmiştir. H_0 hipotezi reddedilir. Bu p değeri korelasyon katsayısının anlamlı olduğunu Tablo 23'te göstermektedir. Doktorun hasta ve hasta yakınlarıyla kurduğu iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. İstatistiksel olarak %95 güvenilirlikle söylenebilir. Tablodaki 0,593 değerine bakarak Doktorun hasta ve hasta yakınlarıyla kurduğu iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet değerlendirmesi pozitif yönlü %59'luk bir ilişki olduğu söylenebilir. Doktor hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki bulunmaktadır.

Hemşire-Hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları İletişim Etkinliği ile Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Arasındaki İlişki aşağıdaki gibidir:

H_0 : Hemşire-Hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliği ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki yoktur.

H_1 : Hemşire-Hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliği ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki vardır.

Tablo 24: Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Kurulan İletişim Etkinliği ile Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

			Hemşire- Hasta ve Hasta Yakınları	Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet
Spearman's rho	Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınları	Korelasyon Katsayısı	1,000	,755**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	300	300
	Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet	Korelasyon Katsayısı	,755**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	300	300

Elde edilen katsayının anlamlılık testinde değerin 0.00 olarak görülmüştür. “p” değeri korelasyon katsayısının anlamlı olduğu görülmektedir. Hemşirenin hasta ve hasta yakınlarıyla kurduğu iletişim ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki vardır. H_0 hipotezi reddedilir. İstatistiksel olarak %95 güvenirlikle söylenebilir. Tablo 24’de 0,755 değerine bakarak Hemşirenin hasta ve hasta yakınlarıyla kurduğu iletişimin ve sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasındaki ilişki değerlendirmesi pozitif yönlü %75’lik bir ilişki olduğu söylenebilir. Hemşire hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişim ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında ilişki bulunmaktadır. Burada doktor-hasta ve hasta yakınları ile kurulan iletişimden daha düşüktür. Bunun sebebi,

hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarıyla geçirdiği zamanın daha çok olmasıyla ilişkili olduğu görülmektedir.

3.6.13. Regresyon Analizi

Değişkenler arası ilişki tespit edildiğinden basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. İlk olarak bağımlı değişken ‘‘Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdaki duyulan memnuniyet’’ ve bağımsız değişkenler: ‘‘Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişim ile Hemşire-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimi’’ olarak ele alınacaktır. Sırasıyla bağımlı değişken olan, ‘‘Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdaki duyulan memnuniyet’’ ile ‘‘Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişim ile Hemşire-hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimi’’ bağımsız değişkenleri analiz edilecektir.

Hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği ile doktor- hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, genel sağlık hizmetinden memnuniyet üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan basit doğrusal Regresyon analizi aşağıdaki gibidir:

H_0 : Hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği ile doktor- hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, genel sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında bir ilişki yoktur.

H_1 : Hemşire-hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği ile doktor- hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim etkinliği, genel sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında bir ilişki vardır.

Tablo 25: Hemşire- Hasta ve Hasta Yakınları Arasındaki İletişim Etkinliği ile Doktor- Hasta ve Hasta Yakınları Arasındaki İletişim Etkinliği, Genel Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken: Sağlık Hizmetinden ve Hizmet Alınan Kurumdan Duyulan Memnuniyet					
	B	Beta	T	p	Durbin-Watson
Sabit	1,063		7,527	0,000	1,598
Doktor-Hasta ve Hasta Yakınları	0,320	0,322	7,737	0,003	
Hemşire-Hasta ve Hasta Yakınları	0,421	0,586	14,097	0,000	
$R^2 = 0,824$	Düzeltilmiş $R^2 = 0,679$		F=313,939	P=0,000	

Hemşire-hasta ve hasta yakınları ile Doktor-hasta ve hasta yakınları iletişim etkinliğinin, Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyeti üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda Durbin Watson değeri 1,598 olarak görülmüştür. Bu değer otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Tablo 25'te görüldüğü üzere Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyetinin değişimi %82 Hemşire-hasta ve hasta yakınları ile Doktor-hasta ve hasta yakınları bağımsız değişkenleri tarafından açıklanmaktadır. Anova F değeri (313,939; $p = 0,000 < 0,05$) modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir. Hemşire-hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişimin 1 birimlik artışı, Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyetini 0,421 birim, Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliğinin 1 birimlik artışı, Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyetin 0,320 birim arttıracaktır. Bu katsayılara ilişkin t değeri anlamlı bulunduğundan ($p = 0,000$) Hemşire-hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim ve Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliği değişkenlerinin katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuçlara göre Hemşire-Hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim ile Doktor-Hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliğinin, sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyetin etkilediği öngören H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Doktor hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim ile hemşire- hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim bir sağlık alıcısının genel olarak o kuruluştan aldığı sağlık hizmetine yönelik duyduğu memnuniyetin % 82'sini açıklamaktadır. Doktor-hasta ilişkisini Beta değerine bakarak; sağlık alıcısının sağlık hizmetinden duyduğu genel memnuniyeti %32 artırdığı görülmektedir. Hemşire-hasta ilişkisi yine Beta değerine bakarak; sağlık alıcısının sağlık hizmetinden duyduğu genel memnuniyeti %58 artırdığı görülmektedir. Bu iki değer genel memnuniyetin % 82'sini açıklamaktadır. Bu iyi bir oran olarak düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumlardan duyulan memnuniyet sağlanabilmesi için yöneticiden hizmetlilere kadar sağlık kurumunda çalışan her bir bireyin, kendi üzerine düşen görevlerini yerine getirmesi gerekmektedir. Sağlık personelleri bu görevleri yerine getirirken, hasta ve hasta yakınları ile kurdukları iletişimde oldukça başarılı olmalıdır.

Bu çalışma kapsamında, birinci bölümde, Sağlık hizmetlerinde iletişim, sağlıkta iletişimin önemi, Sağlık hizmetlerinde iletişim becerileri, iletişimin zorlukları, sağlık hizmeti sunucularının hastalara aktardığı bilgi seviyeleri konuları ele alınmıştır. Sağlıkta iletişim, hasta-hasta yakını ve sağlık çalışanı ile meydana gelen ilişkiden doğmaktadır. Doktor-hemşire- kayıt elemanı- danışman gibi pek çok çalışan ile hasta arasındaki iletişim etkinliğinde bulunmaları ve birbirine düşünce, istek ve tutumlarını gösteren simgelerin aktarmaları ile oluşmaktadır. Bu semboller sözcükler, şekiller, işaretler, beden dili, jest ve mimikler, el hareketi, renkler, giyim tarzları gibi gönderici tarafından anlam yüklenmiş her şey sembol olabilir. (Koçel, 2014: 616- 617). Sağlık çalışanının hasta ve hasta yakınları ile problemlerini bu semboller ile çözümlerken, burada iletişimin büyük rolü bulunmaktadır. Bu sebeple güven duygusu önem arz etmekte olup, kurulan iletişimde kullanılan semboller hasta ve hasta yakınlarına yardım amaçlı olduğu (davranış veya sözlü olarak) belirtilmeli, onları kuşkulandıracak herhangi bir davranış sergilenmemelidir. Bu iletişim örüntüsünün güçlü olabilmesi için hasta ve hasta yakınlarına dürüst ve açık olunmalıdır.

Sağlıkta iletişim önem açısından bakıldığında, çevremiz ile etkileşimde bulunmak amacıyla kullanılan en etkili yöntem olması gerektiği saptanmıştır. İletişimi hayatımızın hiçbir alanında olmaması imkansız olmaktadır. İnsanların tecrübe ve bilgi birikimlerini diğer kişilerle paylaşmadığı, doktorların hastaları iyileştirmek adına zorluklarla baş etmediği, doktorların muayene sonrası reçete yazıp hastalara bir kelime dahi konuşmadığı, hastaya tedavisi hakkında bilgi verilmediği, hastalar da hiçbir şey dinlemeden gittiği düşünüldüğünde hastanın iyileşmesi ve hasta-hasta yakınlarının memnuniyeti mümkün olmamaktadır. Böyle bir durum düşünmek olanaksızdır. Sağlıkta iletişim, bu nedenle yüksek derece önem arz

etmektedir. Bu bölüm kapsamında, sağlıkta iletişim becerilerini bir şekil ile anlatılmıştır. Şekilde; Sağlık hizmeti alan ve sağlık hizmeti veren arasında oluşan iletişim becerileri anlatılmaktadır. Sağlık hizmeti alanlar hasta; sağlık hizmeti verenler ise sağlık kuruluşunda hizmet veren personellerdir. Sağlık kuruluşunda sağlık personelleri ile hastalar arasında kullandığımız iletişim becerileri ile hasta memnuniyeti sağlanmaktadır. Bu iletişim becerileri; tutum, davranış, jest ve mimik hareketleri gibi örüntüleri örnekler ile çoğaltırsak; uygun sorular sorma, anlatılanları özetleme, anahtar sözcüklerle tepki verme, sözlerini ve duygularını tanımlama ve uygun biçimde yansıtma, anlayıp anlamadığını gözlemleme, empati kurma gibi tutum ve davranışları eklemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinde iletişim zorlukları başlığı adı altında da; hastaların sağlık personellerinin kullandığı dili anlayabilmek, hastalar tarafından verilen bilgilerin akılda kalmasını sağlamak, bu verilen bilgiler hastane çalışanları tarafından anlaşılması gerektiği üzerinde durulmuş, hastaların tedavisinde anlatılan tedavi planlarının kurallarına hastaların uyması gerektiği sunulmuş, başarılı iletişim önerileri gibi konulara değinilmiştir. Başarılı iletişim aşağıdaki gibi özetlenmiştir (Silverman vd., 2016: 36 ; Frankel vd., 1999:79- 88; Krupat vd., 2006: 38- 45):

- Her hastaya verilecek bilginin doğru miktarda ve türde olması,
- Hastanın hatırlayabileceği ve hastaya anlayabileceği açıklamalar yapmak,
- Hastanın bakış açısıyla ile alakalı açıklamalar yapmak,
- Sorunun ortak bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için hastayla etkileşimli bir yaklaşım kullanmak,
- Hasta için yapılan tedavi planlarına hastanın katılımını artırmak
- Hastayla ilişki kurmaya ve destekleyici ortam sağlamaya devam etmek.

Hastayla ilgili sorunların ortak bir şekilde anlaşılmasını sağlamak (Pendleton vd., 2003: 111).

- Hastaya tedavisi hususunda eğitim vermek, hasta ile müzakere yapmak ve hastayı motive etmek,
- Hastaya uyum sağlamak ve duygularına cevap vermek,

Tez çalışmasının ikinci bölümünde ise; hasta memnuniyetinin ne olduğuna ve hasta memnuniyeti boyutlarına yer verilmekte; günümüzde hasta memnuniyetini oluşturan boyutlar tartışılmaktadır. Özetle hasta- doktor, hasta- hemşire, sağlık

hizmetinden duyulan memnuniyet, bilgilendirmeler, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi işlemleri, güven, ücret gibi konulara bu kısımda değinilmektedir. Hasta memnuniyet kavramı, hastanın algıladığı hizmet performansı ile hastanın hizmete yönelik beklentisi arasında ortaya çıkan farktır, hastayı doğru anlama ve sorunlarına çözüm getirerek, bu yakınmanın tekrarını engellemektir (Parasuraman, Berry ve Zeitham, 1988: 12- 40; Barsky ve Labagh, 1992: 32). Sağlık hizmetinden duyulan memnuniyeti gerçekleştirmek, sağlık kurumları açısından hassas ve güç bir husus olmaktadır. Hasta ve hasta yakınları sağlık kurumlarından daima iyi bir hizmet beklentisi içinde olmaktadır. Hususun hassasiyeti yorumlanan değerle tahmin edilen değer arasında tutulması, hasta ve hasta yakınları ile arasındaki uyumun zor olması, sorunların temelindedir. Hasta ve hasta yakınları, hastaneye adım attıklarından itibaren iletişim içinde oldukları her bölümü, personeli, verilen hizmeti gözlemlemektedir. Hasta ve hasta yakınlarının karşı karşıya kaldıkları olumsuz bir durumda sağlık kurumu personeli ile hasta veya hasta yakınlarının arasındaki iletişim kopabilmektedir. Hasta ya da hasta yakını etkilendikleri bireyin; hizmet görevlisi, danışman, kayıt görevlisi, yemekhane personeli veya klinisyen vb. personel olması fark etmemektedir. Hastane organizasyonunda olan her çalışanın, her hizmetin birer sunucusu olduğu için hizmetin içerisinde bulunması ve sağlık hizmeti yetkilerini çok iyi biçimde yerine getirmesi söz konusudur.

Bir hasta veya onun yakını, doktora, hemşireye, danışmana veya hastane organizasyonundan hizmet almak için karşı karşıya gelmekte olup, hasta sağlığıyla ilgili konuları öncelikli doktor ve hemşire olmak üzere genel sağlık personeline güvenerek çözmeye çalışmaktadır. Sağlık kurumlarının da ön koşulu olan hasta memnuniyetinde, hasta ve hasta yakınlarını müşteri olarak düşünülmesinin etik olarak bir sakıncası olmamaktadır. Müşteri için, yarar sağlayan kişi olarak düşünüldüğü bu serbest piyasa ekonomisinin kaçınılmaz sonucuyla oluşan rekabet kavramı, direkt müşteri tatminini artıran etmenlerin oluşmasına yol açmaktadır. Hasta ve yakınlarının, sağlık kurumunda çalışan personeli tanınması, hastalığı hakkında doktor tarafından bilgilendirilmesi, hastanın uygulanacak tıbbi tetkik ve tedavi durumu hakkında hastaya bilgi verilmesi, hastanın bilgilerinin izinsiz hasta yakınına, ziyaretçisine veya başka bir kişiye verilmemesi memnuniyet artırıcı unsurlardan olmaktadır. Aynı zamanda muayene esnasında refakatçi bulundurabilme

hakkına sahip olması, hastalığının tedavi yöntemini doktorlar ile konuşarak tercih edebilmesi, doktorların hastaya karar aşamasında destek olması, aksi takdirde hastanın tedaviyi reddedebileceğini düşünebilmesi, hasta istemediği sürece hastanın sağlık problemi ile ilgili tıbbi araştırma yapılmaması, Tedavi süresince gerekli tıbbi özenin gösterilmesi, doktor-hemşire- çalışan personeller tarafından hastanın kendisine iyi davranışlarda bulunması, hastanın doktor ve hastane seçme hakkının olması gibi birçok unsurlar sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumlardan duyulan memnuniyeti artırmaktadır.

Sağlık personellerinin kişisel profesyonel imajını, hasta ve hasta yakınlarını nasıl gördüğü, onlara nasıl davrandığı ve nasıl konuştuğu belirler. Sağlık personelleri, hasta ve hasta yakınlarına haklı olmak ve nezaket göstermek arasında kaldığında her zaman nezaket göstermeyi seçmelidir. Sağlık personellerinin hasta ve hasta yakınlarına gülümsemeyi ihmal etmemelidir. Bir tebessüm, hasta ve hasta yakınları arasındaki en kısa köprüdür. Sağlık personellerinin dikkatini hasta ve hasta yakınlarına verip, göz teması kurmalı onları hoş karşılamalıdır. Sağlık personelleri, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirirken konuya hakim değil ise hızla doğru bilgiye ulaşılmalı veya doğru bilgiye verecek yetkili personele yönlendirilmelidir. Herhangi bir işlem gerçekleştirilirken hasta ve hasta yakınları bekletilmemeli, bekletilme durumu olursa hasta ve hasta yakınlarına mutlaka bilgi verilmeli, nedenleri açıklanmalıdır.

Tez çalışmasının üçüncü bölümünde ise; sağlık iletişimin sağlık hizmetlerinden duyulan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti düzeyine etkisi ile ilgili yapılmış bir çalışma ele alınmıştır. Bu çalışmada, doktor ve hasta iletişimi, hemşire ve hasta iletişimi, sağlık hizmetinden ve hizmet alınan sağlık kurumlarından duyulan memnuniyet olmak üzere bu 3 boyut ile arasında nasıl bir ilişkinin var olduğunu, boyutların birbirini etkileyip etkilemediğini ortaya çıkarabilmek için amaçlanmıştır.

Bu tez çalışması kapsamında; sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumlardan duyulan memnuniyetin niteliğini belirlemek üzere İzmir ili Karşıyaka ilçesi sınırları içerisindeki yakın çevrede bulunan İzmir MedicalPark hastanesinde bir araştırma gerçekleştirilmiştir. 300 gönüllü hasta ve hasta yakınına kapsayan veriler toplanmıştır. Araştırmaya katılanların, demografik özelliklerine bakıldığında;

katılımcıların büyük çoğunluğunun 58 yaş ve üzerinde hasta ve hasta yakının olduğunu, kadın, evli, lisans okuduklarını veya lisans mezunu olduğunu, aldıkları maaşın 3500 TL ve üzeri olduğu gözlemlenmektedir. Aynı zamanda, 58 yaşında ve 58 yaşın üzerinde olan evli ve kadın özelliklerine sahip, İzmir’de ikamet eden hasta ve hasta yakınlarının hastanede gönüllü olarak anket çalışmasına daha fazla ilgi gösterdiğini görmekteyiz.

Yapılan Normallik test sonucunda, anket sorularının normal dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Anket sorularının dağılımı normal değildir.

Anket sorularının genel güvenilirliğine bakıldığında sonuç: 0,965 olarak gözlemlenmiştir. Yani %96 güvenilirlik ile soruların iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. 3 boyutun güvenilirliği ise,

- Doktor- hasta iletişimi sorularının güvenilirliği: 0,935,
- Hemşire- hasta iletişimi: 0,966,
- Sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet: 0,930 olarak saptanmıştır.

Bu bilgilere göre,

- Doktor- hasta iletişimi sorularının güvenilirliği: %93
- Hemşire- hasta iletişimi: %96
- Sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet: %93 olarak belirtilmektedir.

22 ifadenin açıklayıcı faktör analizi sonucunda, 1. boyut olan doktor-hasta ve hasta yakınlarının iletişimi: toplam varyansın % 58,918’ini açıklarken; 2. boyut olan hemşire- hasta ve hasta yakınlarının iletişimi toplam varyansın %10,528’lik kısmını ve 3. boyut olan sağlık hizmetinden ve sağlık hizmetinin alındığı kurumdan duyulan memnuniyet ise toplam varyansın %5,855’lik bölümünü açıklamaktadır. Her üç boyut, toplam varyansın %75,300’lük bölümünü açıklamaktadır.

Tez çalışmasında ‘‘Hemşirelerin hastaları dikkatlice dinlediğini, hastaların sözünü kesmeden konuşmalarına izin verdiklerini, hastalara güler güzlü davrandığını, hastaların durumu hakkında açıklayıcı bilgi verdiğini, hastalara sabırlı davrandıklarını, hastalar ağrıları olduğunda ilgi gösterdiklerini, genel sağlık personelinin bana iyi davrandıklarını düşünüyorum’’ ifadeleridir. Bu ifadeler doktor

ile hasta ve hasta yakınlarının iletişim etkinliği boyutu ile ilgili ögeleri içerdği düşünülmektedir.

Hemşire- hasta ve hasta yakınları iletişim boyunun faktör oluşumundaki 8 ifadesi ise: ‘‘Doktorun hastayı dikkatlice dinlediği, doktorun hastanın sözünü kesmeden konuşmasına izin vermesi, doktorun hastanın kendisini ifade etmesine teşvik ettirmesi, doktorun hastayı anladığı düşünülmesi, doktorun hastaya açıklama yaparken sözcükleri anlayabileceği şekilde seçiyor olması, doktor tedavi önerirken hastanın tedavisi hususunda dikkatini hastaya vermesi, doktorun hastanın endişelerine cevap verdiği düşünülmesi, doktorun konuşurken hastaya güven verici bir tutumu sergilemesi’’ ifadeleri olmaktadır.

Değişkenlerin etkili olduğu ve üçüncü faktör oluşumunda 7 ifade: ‘‘Sağlık kuruluşu ve personeli hastada olumlu bir izlenim bırakması, hasta sağlık kuruluşuna başvurduğunda beklentileri karşılanıyor olması, sağlık kuruluşlarında herhangi bir sorun yaşadığında başvurabileceği yetkili bir personelin var olduğunun düşünülmesi, tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabileceği düşünülmesi, hastanın görevliler tarafından gösterilen kibarlık, dostluk ve saygıdan memnun kalması, hastaneye başvurduğunda hastaya ayrılan zamanın miktarından memnun kalması, doktor ve hastane görevlileri tarafından verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliğinden memnun kalması’’ ifadeleridir. Bu değişkenlerin etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmada sorulara verilen cevapların Ortalama ve standart sapmalara bakıldığında, doktor- hasta ve hasta yakınlarının iletişimi için; hemşire ve hasta ve hasta yakınlarının iletişiminin ortalaması, beklenen nitelikler olarak en yüksek unsurlar; 1. ve 7. sorular olmaktadır. Yani; doktorun hasta ve hasta yakınlarını dikkatlice dinlediği ve doktorların hasta ve hasta yakınlarına güven verdiği oldukça önemli niteliktedir. Beklenen nitelikler olarak en düşük unsurlar ise, 3. ve 4. sorulardır. Yani; hasta ve hasta yakınlarının muayene ve yatış anında kendilerini ifade etmeleri için buna doktorların onları teşvik etmesi ve doktorların hasta ve hasta yakınlarını anladığını hasta ve hasta yakınlarının düşünmesi de en düşük unsurlar olarak saptanmıştır. Bunun nedeni ise yoğun çalışma koşulları ve gelen hasta sayısının çok olması olarak düşünülebilir. Hemşire-hasta ve hasta yakınlarının iletişiminin beklenen nitelikler olarak en yüksek unsurları ise, 9. ve 14. sorulardır. Hemşirelerin hastaları dikkatlice dinlemeleri ve ağrıları olduğunda hemşirelerin

hastalara ilgi göstermesi oldukça önemli niteliktedir. 11. ve 12. Sorulara bakıldığında ise, beklenen nitelikler olarak en düşük unsurlardır. Hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarına güler yüzlü davrandığı ve hemşireler hasta ve hasta yakınlarının durumları hakkında açıklayıcı bilgi çok vermedikleri saptanmaktadır. Bu da hemşirelerin yoğunluğu ve acil yapılması gereken işlerin olduğu için ayrıca doğru bilginin doktorun aktarması gerektiğini düşünmeleri olarak açıklanabilir. Sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet ortalamalarının beklenen nitelikler olarak en yüksek unsurları, 15. ve 16. sorulardır.

Genel olarak sağlık personelinin hasta ve hasta yakınlarına iyi davrandığı ve sağlık kuruluşu ve personeli hasta ve hasta yakınları için olumlu bir izlenim bıraktıkları gözlenmektedir. Beklenen nitelikler olarak en düşük unsurlar ise, 21.-17-18-19. sorulardır. Hasta ve hasta yakınlarının hastaneye başvurdıklarında onlara ayrılan zamanın miktarından memnun kaldıkları, beklentilerinin karşılandıkları, tedavi sonrasında sağlık personeline telefon ile ulaşabileceklerini düşünmeleri en düşük nitelikte olmaktadır. Bu da hastaların, muayene zamanının miktarının kısa olduğunu düşünmeleri, onlara yeterli gelmediği çünkü iyileşmek istedikleri için her şeyi anlatma isteği olduğu ve her şeyi duymayı istedikleri, şeklinde açıklanabilir. Hasta sayısı oldukça fazla olduğu için hasta başına düşen sürenin de miktarı bazen az olabilmektedir. Sürenin az olmasıyla hasta ve hasta yakınlarının da muayenede yeteri kadar konuşamadıklarından yakınmakta oldukları açıklanabilir. Dolayısıyla hasta ve hasta yakınlarının, muayene ya da yatış sonrası hastaneye telefonla ulaşma durumlarının zor olacağını düşünmeleri ve beklentilerini karşılama durumunun düşük nitelikte olması, hasta ve hasta yakınları memnuniyetini düşük nitelikte etkileyen birer faktör olmaktadır.

Yapılan Ki-Kare Analizinde, yaş ile hastanede bulunma sebebi arasındaki ilişkide ‘her yaşta hasta ve hasta yakınları mevcuttur’ saptanmıştır. Hasta, hasta yakını ve ziyaretçilerin arasından ankete katılan en çok katılımcı 218 kişi hastalardır. Yüzdelik düzeyine bakıldığında %72’si oluşturmaktadır. Yaş ile hastane seçim sebebi arasındaki ilişkide, yaş ile hastaneyi seçme nedeni arasında anlamlı bir ilişki yoktur’ olarak saptanmıştır. 103 katılımcı tavsiye üzerine gelmektedir. Eğitim düzeyi ile hastane seçim sebebi arasındaki ilişkiye en çok tavsiye üzerine gelen katılımcı sayısı ile %43,3’ lük kesimin hastaneyi seçmiş olduğu gözlemlenmektedir.

Ücret ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiği arasında anlamlı bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi ile hastaneye kaçınıcı kez gelindiğinin arasında 179 kişi ile 4 ve üzeri kez hastaneye geldikleri gözlemlenmektedir.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, doktor hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişimdeki etkinlik ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Doktorlar hastalarla iyi iletişim kurduklarında hasta ve hasta yakınlarının sağlık kuruluşundan ve genel sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet görülmektedir. Hemşirelerin, hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim ile sağlık hizmetinden duyulan memnuniyet arasında da ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Burada doktor-hasta ve hasta yakınları ile kurulan iletişimden daha düşüktür. Bunun sebebi, hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarıyla geçirdiği zamanın daha çok olmasıyla ilişkili olduğu görülmektedir.

Bu 3 boyutun birbirleri üzerindeki etkisinin olup olmadığına ilişkin yapılan Regresyon analizi sonuçlarına göre, hemşire-hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim ile doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim etkinliğinin, sağlık hizmetinden ve hizmet alınan kurumdan duyulan memnuniyetin etkilediğini öngören H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Doktor-hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim ile hemşire- hasta ve hasta yakınlarıyla kurdukları iletişim bir sağlık alıcısının genel olarak o kuruluştan aldığı sağlık hizmetine yönelik duyduğu memnuniyetin % 82'sini açıklamaktadır. Doktor-hasta ilişkisi, sağlık alıcısının sağlık hizmetinden duyduğu genel memnuniyeti artırdığı görülmektedir. Hemşire-hasta ilişkisi de sağlık alıcısının sağlık hizmetinden duyduğu genel memnuniyeti artırdığı görülmektedir. Bu iki değer genel memnuniyetin % 82'sini açıklamaktadır. Bu iyi bir oran olarak düşünülmektedir. Hastanede, her iki iletişim etkinliklerini etkilemektedir. İletişim düzeyinin yükselmesinde doktor-hemşire ve sağlık çalışanlarının arasındaki iletişim etkinliklerinin olumlu olması, hastanın sağlık hizmetinden duyulan memnuniyete büyük etkisi olmaktadır.

Genel anlamda araştırmanın sonucunu incelediğimizde, hasta memnuniyeti için üzerinde çalışılmış bu 3 boyutun birbirleri ile arasında olumlu olduğunda olumlu sonuçlar elde edileceği görülmektedir. Doktorun hemşireler ile iyi iletişimde bulunmasıyla ve hastanedeki personellerin birbirleri ile iyi iletişim kurmaları ile hastane personellerinin, hasta ve hasta yakınlarına da olumlu iletişimde

bulunabileceği gözlenmiştir. Bunun sonucunda da hasta ve hasta yakınlarının sağlık kuruluğu ve aldığı sağlık hizmetinden memnun kalabileceği saptanmıştır.



KAYNAKÇA

Adıgüzel, Z. (2005). *Sağlık Personeli- Vatandaş (Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akbaş, E. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aksakal, T. Bilgili, N. (2008). Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*. 30 (4): 242-249.

Altunışık, R. Özdemir, Ş. Torlak, Ö. (2002). *Modern Pazarlama*. Değişim Yayınları, İstanbul.

Amsterdam Bildirgesi. https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/27596,amsterdambildirgesi1994pdf.pdf?0&_tag1=CBEABCEE221081BD5FAE7148AEAD37936885CF3F, Erişim Tarihi:25.04.2019

Anderson, S. Marlett, N. J. (2004). The language of recovery: how effective communication of information is crucial to restructuring post-stroke life. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 11(4): 55-67.

Antai-otang, D. (2007). *Nurse-Client Communication: A Life Span Approach*. Boston: Jones and Barlett Publishers.

Apay, S. E. Arslan, S. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni Akademik Tıp Dergisi*. 8(3):239-244.

Arpacı, V. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Gebe Memnuniyeti*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Audrey, S, Abel, J, Blazeby, J. M. Falk, S. Campbell, R. (2008).What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. *BMJ*. 337: 752.

Aytekin, M. (2014). *Yenilenen Medya*. İstanbul: Kocav Yayınları.

Aziz, A. (2013). *İletişime Giriş*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.

Babadağlı, B. Erim, S. E. Erdoğan, S. (2006). Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 1(3): 53-54.

Bagley, C. H. Hunter, A. R. Bacarese-Hamilton, I. A. (2011). Patients' misunderstanding of common orthopaedic terminology: the need for clarity. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 93(5): 401- 404.

Bakker, D. A, Fitch, M. I. Gray, R. Reed, E. Bennett J. (2001). Patient–health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Education and Counseling*. 43(1): 61- 71.

Bali Bildirgesi. https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/27597,balibildirgesi1995pdf.pdf?0&_tag1=B11585D119972BBDC2B4602EA47A5671C9CA3A6A, Erişim Tarihi: 25.04.2019.

Baltaş, Z. (2000). *Sağlık Psikoloji, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*. 1. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Barsky, J. D. Labagh, R. (1992). A Strategy for Customer Satisfaction. *The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*. 33(5):32-40

Bayrak, B. (2010). *İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması*. (Yayınlanmamış Yüksek

Lisans Tezi), Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı.

Benjamins, M. R. (2006). Does Religion Influence Patient Satisfaction? *American Journal of Health Behavior*. 30(1): 85.

Bontis, N. Booker, L. D. Serenko, A. (2007). The Mediating Effect of Organizational Reputation on Customer Loyalty and Service Recommendation in the Banking Industry. *Management Decision* 45(9): 1426–1445.

Boreham, P. Gibson, D. (1982). The Informative process in private medical consultations: a preliminary investigation. *Social science & medicine*.12(5a): 409-416.

Brown, J. (2008). How Clinical Communication Has Become A Core Part Of Medical Education In The UK. Curriculum, *Medical Education, Blackwell Publishing Ltd*. 42: 271–278.

Brown, J. B. Stewart, M. R. B. L. (2003). Outcomes of patient-provider interaction. Çev: Thompson Teresa L., Dorsey Alicia M., Miller Katherine I., ve Parrott, Roxanne. Handbook of Health Communication. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, ss: 141-161.

Burton, J. Burton, L. (1997) *Interpersonal Skill for Trave and Tourism*, Addison Wesley Longman, Malaysia.

Büber, R. Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 4 (1): 265-274.

Candar, M. (2015). *Örgütsel İletişimin Verimliliğe Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.

Castro, C. M. Wilson, C. Wang, F. Schillinger, D. (2007). *Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. American journal of health behavior.* 31(1): 85-95.

Ceyhan, A. A. (2006). An Investigation of Adjustment Levels of Turkish Univeristy Students With Respect to Perceived Communication Skill Levels. *Social Behaviour and Personality.* 34(4): 367-379.

Cheraghi-Sohi, S. Hole, A. R. Mead, N. McDonald, R. Whalley, D. Bower, P. Poland, M. (2008). What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. *Annals Of Family Medicine.* www.annfammed.org. 6(2): 107-115.

Choi, K. S. Lee, H. Kim, C. Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationship in south korea: comparisons across gender, age and types of service. *The Journal of Marketing.* (19)3: 140- 149.

Cole, S. A. (1991). *The Medical Interview: The Three-Function Approach.* Mosby Year Book.

Coursen, D. Thomas, J. (1989). *School leadership, Handbook for Excellence.* Çev. Smith S. C., Piele P. K. Bridges E. M. United States of America: Eric.

Cüceloğlu, D. (2002). *Yeniden İnsan İnsana.* İstanbul: Remzi Kitabevi.

Cüceloğlu, D. (2016). *İletişim Donanımları.* İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çakıl, Ö. E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi.* 3: 140-143.

Davenport, S. Goldberg, D. Millar, T. (1987). How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet (London, England).* 2(8556): 439-441.

Davis-Barron, S. (1992). Cold hard death, cold hard doctors. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 146(4): 560- 563.

De Haes, H. Bensing, J. (2009). Endpoints in Medical Communication Research, Proposing A Framework Of Functions And Outcomes. *Patient Education and Counseling*. 74(3): 287- 294.

Devebakan, N. (2006). Sağlık işletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.1(8):123.

Dunn, S. M. Butow, P. N. Tattersall, M. H. (1993). General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 11(11): 2279- 2285.

Ekinci, N. (2014). Siyasal İletişim Çalışmalarında Kapsam ve Yaklaşım Sorunsalı, İletişim ve Diplomasi. *Yerel Süreli Akademik Hakemli Dergi*. 2(3): 5-25.

Ergin, A. (2011). *Sağlık Hizmetlerinde İletişim*. Ankara: Anı Yayınları.

Esatoğlu, A. E. (1997). *Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanımına Yönelik Model Önerisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Frankel, R. Beckman, H. (1989). Evaluating the patient's primary problem(s). Çev. Stewart, M. Roter, D. In: *Communicating with Medical Patients*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

Frankel, R. M. Stein, T. (1999). Getting the Most out of the Clinical Encounter: the four Habits Model. *Perm J*. 3(3): 79-88.

Gefen, D.V. Srinivason, R. Tranktinsky, N. (2002). *The Conseptualization of Trust, Risk and Their Relationship in Electronic Commerce: The Need for Clarifications*, proceedings of the 36th hawaii international conference on system sciences 2002.

Goleman, D. (1991). *All to Often, Communicating is not a Doctor's Strong point*. New York Times.

Goold, S. D. (1998). Money and Trust: Relationship Between Patients, Physicians and Health Plans. *J Health Polit Policy Law*. 23: 687- 695.

Gordon, T. Edwards, S. (2014). *Hasta ve Doktor İletişimi*. İstanbul: Profil Yayıncılık.

Göker, G. Demir, M. Doğan, A. (2010). Ağ Toplumunda Sosyalleşme ve Paylaşım: Facebook Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *E-Journal of New World Sciences Academy*. 5(2): 183-206.

Gülmez, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 6(2):149.

Güngör, N. (2011). *İletişim Kuram ve Yaklaşımlar*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Gürgen, H. (1997). *Örgütlerde İletişim Kalitesi*. İstanbul: Der Yayınları.

Haddad, S. Potvin, L. Roberge, D. Pineault, R. (2000). Remondin M. Patient Perception of Quality Following a Visit to a Doctor in a Primary Care Unit. *Family Practice*. 17(1): 21- 29.

Hall, J. A. Dorman, M. C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain on analysis of overall satisfaction levels. *Social Science Medicine*. 27: 637- 644.

Hargie, O. Dickinson, D. (2003). *Skilled Interpersonal Communication*. Haug MR, Lavin B. *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. Books on Demand.

Haynes, R. B. McKibbin, K. A. Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet (London, England)*. 348(9024): 383-386.

Heberer, M. B. Bourke, L. Widhaber, F. (2016). Partnership between patients and health care professionals is an important determinant of patient satisfaction. *Int J Healthcare*. 2(1): 90-101.

Hicks, G. H. Gullet, C. R. (1981). *Organizasyonlar: Teori ve Davranış, i.i.T.i.A.* İstanbul: İşletme Bilimleri Enstitüsü Yayınları, İstanbul.

Ingersoll K, Heckman C. (2005). Patient Clinician Relationships and Treatment System Effects on HIV Medication Adherence. *AIDS and Behavior*. 9 (1):89-101.

Işık, M. (2017). İletişim Bilimine Giriş. Konya: Eğitim Yayınevi.

Jenkins, V. Solis-Trapala, I. Langridge, C. Catt, S. Talbot, D. C. Fallowfield, L. J. (2011). What Oncologists Believe They Said and What Patients Believe They Heard: An Analysis of Phase I Trial Discussions. *Journal of Clinical Oncology*. 29(1): 61- 68.

Jung, K. Feldman, R. Scanlon, D., (2011). Where Would You Go for Your Next Hospitalization? *Journal of Health Economics*. 30: 832-841.

Kalaycı, Ş. (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Kalet, A. Pugnaire, M. P. Cole-Kelly, K. (2004). Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. *Academic Medicine*. 79(6): 511- 520.

Kan, N. (2014). *Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Alanya’ da Yaşayan Yabancı Uyruklu Hastalar Örneği)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karadağ, M. Işık, O. Cankul, H.İ. (2015). Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 17(1): 160- 170.

Karagöz, Y. Kösterelioğlu, İ. (2008). İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Analizi Metodu ile Geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*. (21):97.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Keller, V. F. Carroll, J., G. (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient education and counseling*. 23(2): 131- 140.

Kılıç, T. Topuz, R. (2015). Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması. *Sağlık Performansı ve Kalite Dergisi*. (9): 78-95.

Kırmızı, E. G. (2010). *Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti ve Balıkesir Özel Hastanesi Örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kısa, A., Tokgöz, N. (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.

Koch-Weser S, Dejong W, Rudd RE.(1994). Medical word use in clinical encounters. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*. 12(4): 371- 382.

Koçak, A. (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Koçel, T. (2014). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling*. 62(1): 38- 45.

Kurt, H. (2015). *Hasta-Hasta Yakını Sağlık Personeli İletişimi Elbistan Devlet Hastanesi Örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kurtz, S. M. Silverman, J. D. Draper, J. (2004). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press.

Lewis, G. K. (1969). *Nurse-Patient Communication*. Dubuque: WM. C. Brown Company Publishers. s. 21-57.

Mack, JW, Block, SD. Nilsson, M. (2009). Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: The Human Connection Scale Cancer. *Orginal Article*. 115(14):3302-3311.

Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient education and counseling*. 45(1): 23-34.

Makoul, G. Arntson, P. Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social science & medicine*. 41(9):1241-1254.

Marhamati, S. Amini, M. Mousavinezhad, H. Nabeiei, P. (2015). Design and validating the nurse-patient communication skills questionnaire. *J. Health Man & Info*. 3(2): 57- 63.

McQuail, D., Windahl, S. (2017). *Kitle İletişim Modelleri, Kitle İletişim Çalışmalarında*. Ankara: İmge Kitabevi.

Meredith, P. (1993). Patient Satisfaction with Communication in General Surgery: Problems Of Measurement and Improvoment, *Social Science and Medicine*. 37(5): 591- 602.

Mira, J. J. Lorenzo, S. Navarro, L. (2014). Hospital Reputation and Perceptions of Patient Safety. *Medical Principles and Practice*. 23: 92- 94.

Munn, I. (1990). Poor communication main source of patient complaints in Maritimes, registrars report. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 143(6): 552- 554.

Murphy, S. M. Donnelly, M. Fitzgerald, T. Tanner, W. A. Keane, F. B. Tierney, S. (2004). Patients' recall of clinical information following laparoscopy for acute abdominal pain. *The British journal of surgery*. 91(4): 485- 488.

Mutlu, E. (2012). *İletişim Sözlüğü*. Ankara: Sofos.

Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhauser F. Physician (2012). Empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*. 29(1):11.

Okay, Ayla. (2009). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Farmaskop/ MediaCat.

Ommen O, Wirtz M, Janssen C. (2009). Psychometric evaluation of an instrument to assess patient-reported 'psychosocial care by physicians': a structural equation modeling approach. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 21(3):190-197.

Özcan, A. (1992). Hemşirelikte İletişim ve Değer Sorunlar. *Türk Hemşireler Dergisi*. 42 (4): 41- 45.

Öztürk, H. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Parasuman, A. Berry, L.L. Zeithaml, V.A. (1988). *Servqual: A Multipleitem Scale For Measuring Customer Perceptions of Service Quality*, *Journal of Retailing*, 64(1): 12- 40.

Pembecioğlu, N. (2011). *İletişiyorum - İletişim Teknikleri*. İstanbul: Kutup yıldızı Yayınları.

Pendleton, D. Schofield, T. Tate, P. Havelock, P. (2003). *The New Consultation*. OUP .Oxford: Oxford: Oxford University Press.

Roter, D. J. McNeilis, K. S. (2003). *The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits*. Çev. Thompson Teresa L. Dorsey. United States of America: Handbook of health communication.

Sezgin, B. (1998). *Acil Servise Başvuran Hastaların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Sibley, A. Latter, S. Richard, C. (2011). Medication discussion between nurse prescribers and people with diabetes: an analysis of content and participation using *MEDICODE*. *Journal of advanced nursing*. 67(11): 2323- 2336.

Silverman, J. Kurtz, S. Draper, J. (2016). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press.

Starfield, B. Wray, C. Hess, K. Gross, R. Birk, P. S. D'Lugoff, B. C. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American journal of public health*. 71(2):127-131.

Stewart, M. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. United Kingdom: Radcliffe Publishing.

Stewart, M. A. McWhinney, I. R. Buck, C. W. (1979). The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 29(199): 77-81.

Street, Richard, L. O'Malley, Kimberly, J. Cooper, Lisa, A. Haidet, P. (2008). Understanding Concordance in Patient-Physician Relationships: Personal and Ethnic Dimensions of Shared Identity. *Annals Of Family Medicine*. www.annfammed.org. Manchester, United Kingdom. 6(3): 198-205.

Svarstad, B. L. (1974). *The Doctor-patient Encounter: An Observational Study of Communication and Outcome*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Madison: University of Wisconsin.

Şahin, B. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları*. Eskişehir: Sağlık Kurumları Pazarlaması.

Tashonna, W. R. Jeannie, M. Elizabeth, J. (2011). A Brief questionnaire for assessing patient healthcare. *Experiences in Low- Income Sett*. 23(3):258-268.

Tarn, D. M. Heritage, J. Paterniti, D. A. Hays, R. D. Kravitz, R. L. Wenger, N. S. (2006). Physician communication when prescribing new medications. *Archives of internal medicine*. 166(17): 1855- 1862.

Taylor, J. R. Coreen, F. (1997). What makes communication organizational? How the many voices of a collectivity become the one voice of an organization, *Journal of Pragmatics*. 27(4): 409-438.

Tevrüz, S. Artan, İ. Bozkurt, T. (1999), *Davranışlarımızdan Seçmeler (Örgütsel Yaklaşım)*. İstanbul: Beta Yayınevi.

Timur, N. (2002). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları.

Tutar, H. Yılmaz, M. K. Erdönmez, C. (2003). *Genel ve Teknik İletişim*. Ankara: Nobel Yayınları.

Ünal, S. D. (2005). *Onkoloji Hastaları ile Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerine Yardım Becerileri Eğitiminin Etkisi*. (Yayınlanmamış Tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Üstün, B. (2005). Çünkü İletişim Çok Şeyi Değiştirir. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(2): 89.

Wallace, J. Bari, S. Reinders, L. Rainford, J. Gamhewage, G. Fleck, F. (2008). Health communication: a call for papers. *Bulletin of the World Health Organization*. 86 (7): 500.

Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: A valid concept. *Social Sciences Medicine*. 38 (4): 509- 516.

Yağbasan, M. Çakar, F. (2005). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 19: 609-630.

Yağbasan, M. Çakar, F. (2006). Doktor Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 15: 609- 629.

Yalçın, Atar. N. Atabek, Aştı, T. (2012). Bakım Odaklı Hemşire- Hasta Etkileşimi Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerliliği. *İ.Ü.F.N. Dergisi*. (2): 129- 139.

Yanık, A. (2000). *Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yeşiltuna, D. Ç. (2015). *İletişim ve Medya*, Ankara: Nobel.

Zeithaml, A. V. Parasuraman, A. Berry, L. L. (1993). The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 21(1): 1-12.



EKLER

Aşağıdaki ifadeleri yanıtlarken, size en uygun veya en yakın olan cevabı işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Doktor beni dikkatlice dinledi.					
2. Doktor sözümü kesmeden konuşmama izin verdi.					
3. Doktor kendimi ifade etmeme teşvik etti.					
4. Doktorun beni anladığını düşünüyorum.					
5. Doktor bana açıklama yaparken, sözcükleri anlayabileceğim şekilde seçiyor.					
6. Doktor tedavimi önerirken, tedavim hususunda dikkatini bana verdi.					
7. Doktorun bana güven verici bir tutumu var.					
8. Doktorun endişelerime cevap verdiğini düşünüyorum.					
9. Hemşireler beni dikkatlice dinledi.					
10. Hemşireler sözümü kesmeden konuşmama izin verdi.					
11. Hemşirelerin bana güler yüzlü davrandığını düşünüyorum.					
12. Hemşireler durumum hakkında açıklayıcı bilgi verdi.					
13. Hemşireler bana sabırlı davranıyor.					

14. Hemşireler ağrım olduğunda bana ilgi gösteriyor.					
15. Genel olarak sağlık personelinin bana iyi davrandığını düşünüyorum.					
16. Sağlık kuruluşu ve personeli bende olumlu bir izlenim bırakıyorlar.					
17. Sağlık kuruluşuna hasta olarak başvurduğumda beklentilerim karşılanıyor.					
18. Sağlık kuruluşunda herhangi bir sorun yaşadığımda başvurabileceğim yetkili bir personel var.					
19. Tedavi sonrası sağlık personeline telefon ile ulaşabilirim.					
21. Hastaneye başvurduğumda bana ayrılan zamanın miktarından memnun kaldım.					
22. Doktor ve hastane görevlileri tarafından verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliğinden memnun kaldım.					

A. Yaş () 18-25 () 26-33 () 34-41 () 42-49 () 50-57 () 58 ve üzeri

B. Cinsiyet () Erkek () Kadın

C. Medeni Durum () Evli () Bekar

D. Eğitim Düzeyi () Okur- yazar değilim () İlköğretim () Lise () Lisans () Lisan üstü

E. Ücret () 0-1500 () 1501-2000 () 2001-2500 () 2501-3000 () 3001-3500 () 3500 üzeri

F. Hangi şehirde yaşıyorsunuz?

G. Hastanede bulunma sebebiniz nedir? () Hasta () Hasta yakını () Ziyaretçi

H. Bu hastaneyi seçme nedeniniz nedir? () Evime ve iş yerime yakın olması () Ücretlerin makul olması () Doktorların güvenilir olması

() Tavsiye edilmiş olması () Diğer

I. Bu sağlık kuruluşuna kaçınıcı kez geliyorsunuz ? () İlk kez () 2 () 3 () 4 ve üzeri

Ek 1: Anket Soruları

Sizin Düşünceleriniz veya Ekleme

İstedikleriniz.....