

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

HASTA HEKİM İLETİŞİMİ

YÜKSEK LİSANS

Yasemin YILMAZ

HAZİRAN-2024
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ

PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION

YÜKSEK LİSANS

Yasemin YILMAZ

HAZİRAN-2024

GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ

PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION

YÜKSEK LİSANS

Yasemin YILMAZ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ

**HAZİRAN-2024
GÜMÜŞHANE**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum “**Hasta-Hekim İletişimi**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kısıtlara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

12/06/2024

.....

Yasemin YILMAZ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda, öncelikli olarak tezimin konusunu belirleme hususunda yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Özcan KOÇ'a;

Tezimin içerik oluşturma ve süreci yönetme, her aradığımda veya yazdığımda istisnasız hemen dönüş yapmaktan geri durmayan ikinci danışman hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Adem ARSLAN'a;

Bunun yanı sıra tez yazım sürecinde, benim her türlü stresli hallerimi çekmek zorunda kalan ve derslerinde yardımcı olamadığım on iki yaşındaki melek yüzlü kızım Nurulayn Hira UZUN'a;

Tez yazım sürecinde tabloların kaymamasının her şeyden daha önemli olduğunu anladığımda, imdadıma yetişip tablolarımı hizaya getiren Enerji Bakanlığında ETK Uzmanı olarak çalışan kardeşim Yasin YILMAZ'a;

Son olarak, hayatıma farklı manalarda anlam katan ve tezimi bir an önce bitirmem için desteklerini esirgemeyen sevgili İbrahim DUMAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yasemin YILMAZ
GÜMÜŞHANE – 2024

ÖZET

Bu çalışmada, hasta-hekim arasındaki iletişimin irdelenmesi amaçlanmıştır. İletişim hayatın her alanında önemlidir. Sağlık alanında iletişim daha da önemlidir. Çünkü sağlık sektöründe insan hayatı söz konusudur. Sağlıkta en önemli aktörlerden biri de hekimlerdir. Bu bağlamda hasta-hekim iletişimi daha önemli hale gelmektedir. Bu iletişim düzeyinde oluşabilecek aksaklıklar genel sağlık sisteminin aksak yönlerini ortaya koyabildiği gibi hastalıkların hasta odağında etkili bir iyileşme sürecini de sekteye uğratmaktadır.

Bu açıdan bakıldığında hekimlerin mesleki rollerinin etkin ve etkili bir şekilde kullanıp kullanamadıkları da ortaya konulmuş olmaktadır. Sorunun veya sorunların köküne inilmesi amaçlandığında etkili iletişimin sağlanması mümkün olabilmektedir. Başka bir deyişle anı kurtarmak için yapılan girişimler genel sağlık iletişim sorunlarını çözmeye odaklı değil sistemsal ve kişisel sorunların çoğalarak büyümesinin de önünü açmaktadır.

Bu çalışmamızda, iletişimin olmazsa olmaz konularına değinilip, hasta-hekim etkileşimi anlamaya çalışılacaktır. Etkin sağlık iletişimi için gereken düzenlemeler hekim açısından (eğitim, ücret, mesai vb.) hasta açısından ise; (eğitim vb.) uygulamalar, öneri ve amaç olarak öngürülecektir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hekim, Sağlık, Sağlık iletişimi

SUMMARY

This study aims to examine the communication between patients and physicians. Communication is important in all areas of life. Communication in the field of health is even more important. Because human life is in question in the health sector. One of the most important actors in health is physicians. In this context, patient-physician communication becomes more important. Disruptions that may occur at this level of communication can reveal the defects of the general health system and also disrupt the effective healing process of diseases with a patient focus.

From this point of view, it is also revealed whether physicians are able to use their professional roles effectively and efficiently. When it is aimed to get to the root of the problem or problems, it is possible to ensure effective communication. In other words, attempts to save the moment are not focused on solving general health communication problems, but pave the way for the proliferation and growth of systemic and personal problems.

In this study, the indispensable subjects of communication will be mentioned and patient-physician interaction will be tried to be understood. The necessary arrangements for effective health communication from the physician's point of view (education, wages, overtime, etc.) and from the patient's point of view (education, etc.) will be suggested as practices, suggestions and goals.

Keywords: Patient, Physician, Health, Health communication

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	XII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIII
1. İLETİŞİM.....	1
1.1. İletişimin Amacı Ve Önemi	3
1.2. İletişimin Öğeleri	4
1.2.1. Kaynak	4
1.2.2. Mesaj	5
1.2.3. Kanal	5
1.2.4. Alıcı	6
1.2.5. Geri Bildirim (Dönüt)	6
1.3. İletişim Türleri	7
1.3.1. Sözlü İletişim	7
1.3.2. Sözsüz İletişim	8
1.3.3. Yazılı İletişim	8
1.4. İletişim Engelleri	9
1.4.1. Fiziksel Engeller	9
1.4.2. Psiko-Sosyal Engeller	10
1.4.3. Örgütsel Engeller	12
2. SAĞLIKTA İLETİŞİM	12
2.1. Sağlıkta İletişimin Önemi	16
2.2. Sağlık İletişiminde Sorunlar	17

2.2.1. Sağlık Çalışanlarından Kaynaklı Sıkıntılar	17
2.2.2. Hastadan Kaynaklı Sıkıntılar	20
2.2.3. Sağlık Sisteminden Kaynaklı Sıkıntılar	21
2.3. Başarılı Sağlık İletişimi	22
2.3.1. Hasta Merkezli Yaklaşım	23
2.4. Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler	26
2.4.1. Yeni Tıbbi Model	26
2.4.2. Tüketime Artması	27
2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılık	27
2.4.4. Önleyici Tedavinin Varlığı	27
2.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama	28
2.5. Sağlık Okuryazarlığı	28
2.6. Sağlık Kurumlarında İletişim	30
3. HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ	32
3.1. Hasta ve Hastalık Kavramı	35
3.2. Hasta Hekim İlişki Modelleri	38
3.2.1. Ataerkil Model	38
3.2.2. Bilgilendirici Model	38
3.2.3. Yorumlayıcı Model	39
3.2.4. Müzakereci Model	39
3.3. Hasta Hakları Ve Sorumlulukları	40
3.3.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakları	40
3.3.2. Sağlık Durumları İle İlgili Bilgi Alma Hakları	40
3.3.3. Hasta Haklarının Korunması Hakkı	40
3.3.4. Tıbbi Müdahale Hasta Rızası Hakkı	40
3.3.5. Diğer Haklar	41
3.3.6. Sorumluluk Ve Hukuki Korunma Yolları	41
3.4. Hasta- Hekim İlişkisinde Sorunlar	42

3.4.1. Hekimden Kaynaklı Sorunlar	42
3.4.2. Hastadan Kaynaklı Sorunlar	45
3.4.3. Hastalıktan Kaynaklı Sorunlar	48
3.4.4. Sistemden Kaynaklı Sorunlar	49
3.5. Dünya'da Hasta-Hekim İletişimi	50
3.6. Hasta-Hekim İletişiminde Medya	51
3.7. Olumlu Hasta-Hekim İletişiminin Nedenleri Ve Sonuçları	53
3.8. Sbar İletişim Tekniği	54
4. YÖNTEM	56
4.1. Araştırmanın Amacı Ve Önemi.....	56
4.2. Araştırmanın Modeli	56
4.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	57
4.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	57
4.5. Veri Analizi	58
5. BULGULAR	59
5.1. Literatürde Taranan Tezler.....	59
5.1.1. Lisansüstü İlgili Tezlerin Üzerinde Durduğu Konuların Türleri	60
5.1.2. Lisansüstü Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı	61
5.1.3. Lisansüstü İlgili Tezlerin Düzeyleri	61
5.1.4. Lisansüstü İlgili Tezlerin Yöntemleri	62
5.1.5. Lisansüstü İlgili Tezlerden Elde Edilen Önemli Sonuçlar	63
5.1.6. Lisansüstü İlgili Tezlerin Sonucuna Bağlı Önerilerin Grafikselsel Dağılımı	65
5.2. Literatürde Taranan Makaleler	66
5.2.1. Literatür Taraması Yapılan Makalelerin Yıllara Göre Dağılımı	71
5.2.2. Literatür Taraması Yapılan Makalelerin Yöntemlerinin Dağılımı	72
5.2.3. Literatürde Taranan Makalelerde Elde Edilen Sonuçlar	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75
KAYNAKÇA	81

ÖZGEÇMİŞ	92
----------------	----



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Literatürde Taranan Tezler Tablosu.....	59
Tablo 2. Hasta Hekim İletişim ile İlgili Tezlerin Ulaştığı Sonuçlar.....	63
Tablo 3. Literatür Taraması Yapılan Makalelerin Tablo Gösterimi.....	66



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İletişimin Öğeleri Ve Süreci	4
Şekil 2. Kaliteli İletişimi Engelleyen Örgütsel Engeller	12
Şekil 3. Sağlık İletişiminin Gelişimini Etkileyen Faktörler	26
Şekil 4. Lisansüstü Tezlerin Konu Türleri Dağılımı Grafiği.....	60
Şekil 5. Hasta Hekim İletişimi ile İlgili Tezlerin Yıllara Göre Dağılım Grafiği.....	61
Şekil 6. Hasta Hekim Tezlerinin Düzeyinin Grafikselsel Dağılımı.....	62
Şekil 7. Hasta Hekim İletişimi ile İlgili Tezlerin Yöntemlerinin Grafikselsel Dağılım.....	62
Şekil 8. Hasta Hekim İletişimi Konusunda Yazılan Tezlerin Öneriler Grafiği.....	65
Şekil 9. Makalelerin Yıllara Göre Dağılımlarını Gösteren Grafik.....	71
Şekil 10. Makalelerin Yöntemlerinin Yüzdelik Gösterim Grafiği.....	72
Şekil 11. Makalelerin Sonuçlarının Sayısal Veri Grafiği.....	73

1. İLETİŞİM

Çalışmalara bakıldığında iletişim kavramının birçok tanımı yapılmıştır. Batı dillerinde “*communication*” olarak (*haberleşme, bildirişim, iletişim*) geçen iletişim Latince “*communis*” (ortak) kelimesinden türetilmiştir (Turhan vd., 2021).

İletişimde aslolan anlam oluşturmaktır. Kişiler birbirleri ile iletişime girdiklerinde aktarmış oldukları mesajlara anlam yüklemektedirler. Ancak her kişinin aynı mesaja aynı anlam yüklediği de görülmektedir. Bu sebeptendir ki mesajlara yüklemiş olduğumuz anlamların doğru ve kabul edilebilir olup olmadığını anlayabilmek için iletişim kurmak gerekmektedir (Besti, 2004).

İletişim denildiğinde toplumda ortaya çıkankarşılıklı ilişki yani duyguların, düşüncelerin, bilgilerin ve becerilerin paylaşılmasının anlaşıldığı görülmektedir. Ancak iletişim, toplum içinde tek bir alanda meydana gelmemektedir. Kavram birçok farklı alanda, farklı anlamlarda ve şekillerde kullanılabilmektedir. Bu nedenle iletişim kavramının pek çok tanımı yapılabilir (Kılıç, 2012). Bu tanımlardan bazıları şunlardır;

İletişim de, kaynak (mesajı veren) ile hedef (mesajı alan) arasında davranış değişikliği oluşturmak maksatlı bilgi, tutum, beceri, duygu ve fikirlerin paylaşılması için gerekli etkileşim süreci olarak da geçmektedir (Karadağ vd., 2015). İletişim, herhangi bir mesaj veya haberin en az iki kişi arasında paylaşılmasıdır (Solmaz, 2004). İletişim, sadece iki kişi ya da birçok kişi arasında olabilmesinin yanı sıra kişi ve kurumlar arasında da olabilmektedir (Kazancı, 1999).

İletişim temelde bir iletiyi karşıya iletme veya almak gibi görünse de esasında toplumsal bir paylaşım ve etkileşimi içinde barındırmaktadır. Bu paylaşım çoğunlukla sözlü (konuşarak) olabilirken, yazma, okuma, çalışma olarak da kendini göstermektedir. İletişim, hayatımızın her anında bizimle beraber sabah aynaya bakıp yüzümüzü yıkadığımız andan itibaren kendimiz ile başlayan, işe gittiğimizde amirimiz ve iş arkadaşlarımız ile devam eden, eve geldiğimizde çocuğumuzla, eşimizle, anne ve babamızla girmiş olduğumuz her tür etkileşimin içerisinde kendisini var etmiş bir olgudur (Mutlu, 2004).

İletişimde; yüz ifadeleri, vücut dili, fiziksel görünüm gibi simgeler de kullanılmaktadır (Sayers vd., 1993). İletişim, bir mana da alıcının zihninde mesajı gönderen kişi tarafından dizayn edilmiş ince ayrıntıların oluşturulmasıdır (Vecchio, 2006).

İletişim, kişilerin birbirleri ile kurmuş oldukları karşılıklı alış verişi sonucu bilgi, duygu ve düşüncelerini paylaşmasına neden olurken, bir yandan da birbirlerini anlamalarını sağlamaktadır. Böylece iletişimin bütünleştiren toplumsal bir olgu olduğu gerçeği de ortaya konmuş olmaktadır (Gürüz ve Yaylacı, 2004).

İletişimde herhangi bir etkileşime girebilmek için iletişimin iki temel yönüne vurgu yapılmıştır. Bunlar kişinin iç alemi ile dış alemi olarak nitelendirilmektedir. Kişi, bireysel bazda bir iletişime geçerken kendi iç dünyasına yani; tutumları, inançları, değer yargıları, zeka düzeyi, kişilik yapısını göre bir tepkide ve etkileşimde bulunurken, dış aleminde belli kurallara uyma zorunluluğunun olması onun davranış oluşturmada ve buna bağlı bir iletişime geçmesinde etken olmaktadır (Yüksel, 2003).

İnsanlar iletişim kurdukça öncelikle kendilerinin farkına daha sonra da diğerlerinin farkına varmaktadır. Bu durum çok boyutlu bir süreci oluşturmaktadır. Bu süreç içerisinde her bir duyu organı iletişim kanalını oluşturmaktadır. İnsanın yaratılış özelliklerine bağlı olarak farklı özelliklerinin olması kişilerde farklılıkları da beraberinde getirmektedir. Ancak kendini fark eden ve farkındalığı yüksek olan kişiler gerek iç dünyanın gerekse dış dünyanın olabildiğince farkında bir bilinçtedir. Böyle birisinin iletişim kurduğunda dışarıdan etkilenebileceğini aynı zamanda da dış dünyayı etkileyebileceğini anladığı görülmektedir (Cüceloğlu, 1991).

Buradan anlaşıldığı üzere, iletişim insan davranışlarının anlaşılabilmesi ve kendini ifade etmenin olmazsa olmaz yoludur. Toplumsal mana da önemli olan iletişimin özellikle sağlığımız söz konusu olduğunda hassasiyetimizin arttığı dönemlerde “sağlık” sektöründe önemi yadsınamaz bir gerçekliktir.

1. 1. İLETİŞİMİN AMACI VE ÖNEMİ

İletişim, bireylerin olmazsa olmaz ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kullandıkları bir araç olmakla beraber bireyleri toplum içinde ayakta kalmasını, topluma katılmasını, kendini kabul ettirip aynı zamanda sosyalleşmesini de sağlayan bir araçtır.

Yaşantımızda da karşılaştığımız gibi, bir öğrencinin öğretmeninden izin almak için parmak kaldırması, bebeğin gaz sancısı çektiğinde ağlaması, bir annenin evladına nasihat vermesi, bir bireyin hakkını aramak için mahkemeye dilekçe yazabilmesi iletişime birer örnektir ve bunların hepsi hayatımızın birer parçası ve her an karşımıza çıkan bir süreçtir. İletişim her yeredir (Gökçe vd., 2001).

İletişim de amaç, problemi çözmek ve tüm ihtiyaçları gidermektir. Bunun için de iletişimin olmazsa olmazları; empati yapabilmektir yani kişiyi anlayabilmek, ona karşı içten ve saygılı davranarak güven ortamı oluşturmaktır (Tabak, 1999).

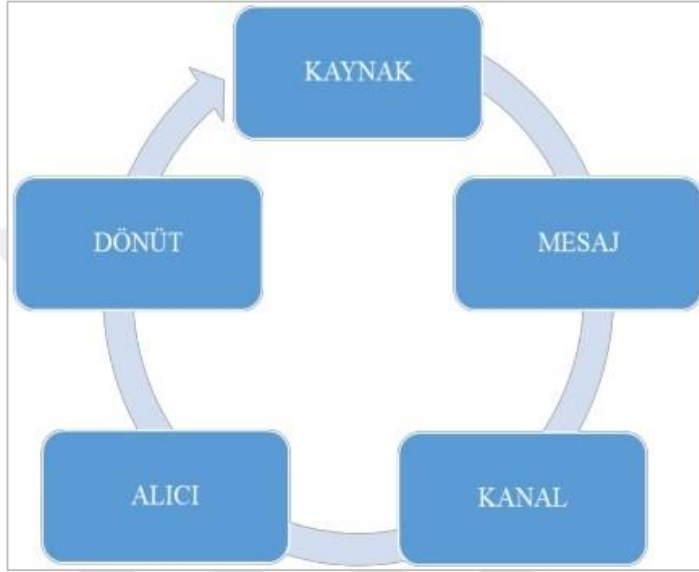
Başka manada iletişimin bir diğer amacı ise; insanı sosyalleştiren ve etrafında ki kişiler üzerinde etkinliğini artırma gibi amaçları da bulunmaktadır. Buna ek olarak, bireyin kendi başına çözemediği sıkıntıları çözmesinde ve kendi kendine yapamayacağı bazı şeyleri yapmak için başka bir kişiden yardım istemesine olanak vermesi açısından da önemlidir (Tengilimoğlu ve Öztürk, 2004).

Verdiği hizmet açısından bakıldığında sağlık hizmetleri zor bir alandır. Sağlık çalışanları verilen hizmet süresince çok farklı karakterde hasta ve hasta yakınları ile karşılaşabilmektedir. Bu durum zaten zor kurulan iletişimin zorluğunu bir kat daha artırmaktadır. Böyle durumlarda sağlık çalışanlarının iletişim kurmak için harcadıkları zaman ve güçlük neticesinde daha fazla efor harcamalarına ve bunun yanında daha fazla özen göstermelerini gerektirmektedir.

Burada sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ne kadar iyi ise, hasta kendisini daha iyi anlaşılmış ve değerli hissetmelerine sebep olacağından, hastaneye başvuranların gereksinimlerine göre davranıldığında kaygı durumlarında olumlu yönde düzelmelerin ve güven ortamının oluştuğu sonucuna varılması açısından önemlidir (Turhan vd., 2021).

1.2. İLETİŞİMİN ÖĞELERİ

İletişimde yapılan karşılıklı alışverişler belirli bir süreç dahilinde gerçekleşmektedir. Bu hem sosyal hem de bireysel olan insan için daha düzenli bir ortam oluşmasına sebep olmaktadır. Sonuç itibari ile iletişim, eylem gerektiren bir davranış şekli olduğundan bir süreç niteliği taşımaktadır. Türk Dil Kurumunun tanımında süreç; “aralarında belirli bir düzen ve birlik barındırması ve tekrarlanabilir, ilerlemeci ve gelişmekte olan olaylar veya eylemler” olarak tanımlamaktadır (Yılmaz, 2003).



Şekil 1. İletişim öğeleri ve süreci

İletişim sürecinde kullandığımız öğelere kısaca değinmek yerinde olacaktır.

1.2.1. Kaynak

İletişimi başlatan ana faktördür. Bir bilginin ortaya çıktığı asıl muhatap olunandır. İletişim de verici/gönderici olan kişi zihinsel olarak oluşturmuş olduğu iletiyi kodlamalar yaparak aktarmaktadır. Aktarmaya çalıştığı mesajın somut ve anlaşılabilir olması aynı zamanda da açıklanması beklenmektedir (Eren, 2001).

Kaynaktan alıcıya gönderilen mesajın, alıcı da bir değişime sebep olması beklenir. Bu değişimin alıcı da duygusal, zihinsel ve maddesel bir etki bırakması gerekmektedir (Saydam, 2007).Kaynak mesajını gönderirken bunu bir kanal vasıtası ile göndermektedir. Mesajın alıcıya ulaşması sonrası o bilgi alıcıyı kaynak, kaynağı alıcı haline dönüştürmektedir (Koçel, 1982). Süreçte yer alan kaynağın ilettiği içeriği alıcıya doğru bir şekilde iletmesi çok önemlidir. Bu yüzdendir ki; kaynağın bilgi, beceri, yaratıcı, iyi niyetli, empatik vb. özelliklerinin gelişmiş olması önemlidir (Başar, 2011).

1.2.2. Mesaj

Kaynağın alıcıya ulaştırmak istediği her türlü içeriğe verilen isimdir. Bu bazen bir jest, bir ses, okunan bir mesaj içeriği de olabilmektedir. Genellikle kodlanmış şekilde alıcıya ulaştırılır. Burada önemli olan kısım, kaynak ile alıcının aynı manayı çıkartıyor olmasıdır. Aksi takdirde tek başına bir anlam ifade etmeyen kodlamalar ve semboller halini almaktadır. Mesajın anlam ifade etmesi kaynak ve alıcının biçimlendirmesine bağlıdır. Mesajın bilgi içeriyor olması gerekmektedir (Topaloğlu ve Koç, 2002).

Mesajda kullanılan sembol ve simgelerin vermek istediği anlam, anlaşılabilir olmalı ki iletilmek istenen mesajı alan alıcı ile arasında iletişim sorunu olmasın. Burada karşımıza tekrardan alıcının kendi bilinç düzeyi, eğitim seviyesi, farklı anlam yüklemiş olunan kelimeler gibi faktörler mesajın doğru algılanıp algılanmamasına etki ettiği görülür (Tutar ve Yılmaz, 2012).

1.2.3. Kanal

Kişinin iletmek istediği mesajı, muhatabına ulaştırdığı sırada kullandığı yöntemlere verilen isimdir. Bunlar; mimiklerimiz ve jestlerimiz aracılığı ile duygularımızı, bilgi ve birikimlerimiz için ise kelimeleri kullanmamız olarak gösterilir. İletişim için kullanılan kanallar bunlarla sınırlı değildir. Televizyon, radyo, sinema, tiyatro v.b alanlar da bizim açımızdan kanal görevi görmektedir. İletmek istediğimiz mesajın etkisini görebilmemiz için yani geri bildirim alabilmemiz de tekrardan kaynak bizim için olmazsa olmazımız olarak önemini korumaktadır (Tutar ve Yılmaz, 2012).

Mesajın kanaldan doğru ve anlaşılır bir şekilde iletilmesinde bir takım engeller bulunmaktadır. Bunların başında gürültü gelmektedir. Bir diğer engeller ortamın çok karanlık veya çok aydınlık olmasıdır. Ortamda bulunan gürültü mesajın iletilmesine ve ne söylenmek istendiğini anlamaya engel olmaktadır. Aynı şekilde ortamın görülemeyecek kadar karanlık veya göz alıcı aydınlık halinde olması da bir gürültü çeşididir (Okay, 2014).

1.2.4. Alıcı

Kaynağın mesajı iletmek istediği muhatabıdır. Alınan mesajlar alıcı tarafından okunarak, dinlenerek ve izlenerek alınmaktadır (İnceoğlu, 2010). Bazen alıcı tek kişi olabilirken, bazen de birden çok kişi alıcı olabilmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere kaynak sadece bir kişi değil birden çok kişi de olmaktadır. İyi bir dinleyici olan alıcı, iletişimin etkili olmasında katkısı büyüktür (Düşükcan, 2003). Aşağıda sıralan faktörler alıcının mesajı daha iyi anlayabilmesinde önemlidir:

- * Daha çok dinleyici olmak
- * Önyargı, genellemeler ve değerlendirmelerden uzak bakış açısı
- * Empati özelliğinin gelişmiş olması
- * Konuşanın sözünün kesilmemesi

Kaynağın mesajını algılama şekli alıcının psiko-sosyal ve biyolojik yapısıyla da alakalıdır. İletişim sürecinde gönderilen mesajın alıcı tarafından alınıp anlaşılıp geri bir tepki vermesi beklenmektedir. Her ne kadar mesaj alıcıya ulaşmış olsa da burada önemli olanın mesajın doğru olarak algılanmasıdır. Bu oluştuğunda tam bir iletişim sürecinden bahsedilebilmektedir (Güller, 2007).

1.2.5. Geri bildirim (Dönüt)

İsminden de anlaşılacağı gibi, kaynak ile alıcı arasında ki iletişimin geri dönüş yapılarak alıcıdan bilgi alınmasıdır. İletişim sürecinin son basamağını oluşturmaktadır. Geri dönüş yapılmadığı takdirde iletişim tek yönlü olmaktadır. Bu da etkili bir iletişim olarak değerlendirilmemektedir (Kırmızı, 2010).

Dönüt, bir yerde alıcının tepkisini ölçmektir. Bazen bu olumlu olabilirken bazen de olumsuz veya tekrarlama şeklinde de olabilmektedir. Yinelenen mesajın anlaşılmadığı düşünülür ve bu durum tekrar tekrar yapılır. Tekrar yapılan iletişimde ileriye dönük bir ilerleme kaydedilemez, iletişim sabit kalmıştır demektir. Böylece iletişimin bir sonra ki aşamasına geçilemez. Ancak gönderici (kaynak) alıcının mesaj hakkında ki fikirlerini öğrenmek istemekte, bunu da dönüt ile yansıtabilmektedir (Eroğlu, 2000).

1.3. İLETİŞİMİN TÜRLERİ

İletişimin türleri 3 başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

- * Sözlü İletişim
- * Sözsüz İletişim
- * Yazılı İletişim

1.3.1. Sözlü İletişim

Burada bahsedilen iletişim türü, kişilerin en sık kullandığı iletişim türüdür.

İletişimde kullanılan araç ve en etkin olanı dildir. İçerisinde çok fazla sembol ve simgeler yer almaktadır. Bu durum da iletilmek istenen mesajın anlamlandırılmasında çok önemlidir (Akbaş, 2008).

Günlük yaşantıda kişiler daha çok konuşarak anlaşmaktadır. Konuşma sırasında kullanılan dilin yalın, doğru, düzgün ve güzel olması onun anlaşılmasında önemli rol oynar. Etkili bir konuşmanın olmazsa olmaz koşulları bulunmaktadır (Mutlu, 2004). Bunlar;

- * İçten ve net olunmalı,
- * Konuşma konusunda beceri ve yetenekler gelişmiş olmalı,
- * Üslup her şey demektir. (haklı iken haksız duruma düşmene sebep olan tek şey üslupsuzluktur,

- * Konuşma esnasında göz temasından kaçınmamak,
- * Konuşma sırasında tek ton veya tekdüze gitmek yerine esprili bir yaklaşım gibi argumanların kullanılması.

İletişimin en temel taşı olan sözlü iletişim çevremizde gördüğümüz her şeyde mevcuttur. Kullanılan dilin tonu, ahengi, tınısı, konuşma hızı, duraksanan yerler ve vurgulanmak istenen yerlerde ki geçişler sözlü iletişimde oldukça önemlidir.

1.3.2. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletişimin tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanlar ilk iletişime geçmek istediklerinde en çok bu şekilde iletişim kurmuşlardır. Mağaralara çizilen resimlerden, dumanla haberleşmeye kadar hemen hemen hepsi sözsüz iletişime örnek gösterilir.

Sözsüz iletişim daha çok beden dili, jestler, mimikler aracılığı ile kurulmaktadır. Bir şeyi beğenmiyor veya istemiyorsak başımızı hayır anlamında sallıyor oluşumuz bir sözsüz iletişimdir (Güngör, 2011). Sözsüz iletişim, kişilerin söz ve yazıyı kullanmadan her türlü araçla kendilerini ifade etmesidir. Heyecanların, duyguların çoğu defa dışa yansıtıldığı ve bu manada pek çok sayıda mesajın içeren etkili bir iletişim şeklidir (Artan vd., 1999).

1.3.3. Yazılı İletişim

İletilen mesajda daha derin manada bir anlam ifade etmek istediğimizde başvurulan yöntemdir. Yazılı iletişimde kayıt altına almak ve ayrıntılara girmek diğer iletişim türlerinden daha fazla olmaktadır. Hukuksal manada da kayıt altına alınan yazılı içerikler önem arz etmektedir (Şahin, 2007)

Gelişen bilimin sonucunda yazılı iletişimde hız kazanmıştır. İşverenlerin işçileri ile girmiş oldukları iletişim şeklidir. Daha çok koordine etme, yönlendirme, takip ve kontrol manalarında daha kalıcı çözümler getirmektedir ve böylece yönetimin etkinliği de artmaktadır. İş mektupları, dilekçeler, genelgeler, sözleşmeler, broşür ve afişlerin hepsi yazılı iletişime örnektir (Erdoğan, 2009).

Bazı araştırmacıların yazılı iletişimi diğerk iletişim şekilleri ile kıyasladıkları görölmüştür. Ancak bu iletişim türünde kişi yalnızlık duygusuna kapılabilmekte ve yaşantısı daha asosyal olabilmektedir. Bu yüzden de diğerk iletişim türlerine kıyasla daha çok yardımcı ve tamamlayıcı bir iletişim şekli olduğu bilinmelidir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2013).

1.4. İLETİşİM ENGELLERİ

İletişim süresince kaynağın mesajının alıcıya ulaşması amaçlanırken, her zaman bu durum doğru ve düzgün bir şekilde olmamaktadır. Bu durum iletişimi olumsuz etkileyebilmektedir. Buradan hareketle iletişimi sekteye uğratan bir takım engellerin “gürültü” adı altında oluştuğu bilinmektedir. Bu engellere kısaca değinecek olursak (Sabuncuoğlu ve Gümüş, 2008);

- * Fiziksel ve Teknik Engeller
- * Psiko-sosyal engeller
- * Örgütsel Engeller

1.4.1. Fiziksel ve Teknik Engeller

- * Mesaj ile ilgili olanlar
- * Kanal ve Araçla ilgili olanlar
- * Gürültü ile ilgili olanlar
- * Dil ile ilgili olanlar

Mesaj ile İlgili Olanlar:

İletilen mesaj net olmalıdır. Ne söylenmek istendiği açık ve belirsiz olmamalıdır. Ayrıca mesajı iletirken kullanılan semboller ve simgelerin alıcı kişinin algısına uyup uymadığı da önemlidir. Aksi takdirde bunlara dikkat edilmediğinde mesaj yanlış ve noksan iletilebilmektedir (Bayrak, 1995).

Kanal ve Araçla İlgili Olanlar:

Her geçen gün artan ve gelişen iletişim teknolojilerine ayak uydurmak önemlidir.

İletilecek mesajın doğru olmayan kanal ve araç ile iletilmesi de iletişim engellerinden birisi sayılmaktadır. Her mesaja uygun kanal ve araç seçilmelidir (Tutar, 2003). Seçilen kanal ve araçların doğru seçimi kadar doğru kullanımı da önem arz etmektedir.

Gürültü ile İlgili Olanlar:

Ortamda bulunan her türlü ses, parazit, mesafe, teknik cihazlarda ki arızalar, küsme, inançlar, değer yargıları, yanlış anlamalar, farklı yorumlar, fikir farklılıkları gürültü engellerinin içerisinde dahil edilmektedir (Bayrak, 1995).

Dil ile İlgili Olanlar:

Kullandığımız dil ne kadar basit ve anlaşılır, terminolojiden ne kadar uzak olursa karşı tarafın seviyesinden konuşularak anlaşılması ve anlaşmak o kadar kolay olmaktadır. Aynı şekilde kullanılan dilde ağıdalı konuşma, laubalilik, bilgelik taslama, ukalaca tavırlarda hitap, hızlı ve gereğinden fazla bilgi yüklemesi gibi durumlar da iletişim engellerinden birisidir (Karagöz, 2012).

1.4.2. Psiko-Sosyal Engeller

- * İletişim kurma amacının net olarak belirlenmemesi
- * Önyargının varlığı
- * Görüş ayrılıkları
- * Algıda farklılıklar
- * Tutum ve Davranışlar
- * Sosyo-Kültürel farklar
- * Bilgi düzeyi

Kişi iletmek istediği mesajı kendi algıladığı ve anlamlandırdığı şekilde kodlayarak alıcıya iletir ancak alıcının mesajı aynı şekilde anlayıp algılamadığı bilinmemektedir. Kişisel özellikler ve yargılar farklı farklı olduğundan herkesin aynı mesajdan aynı anlam çıkartması beklenemez (Duran, 2019).

Yargı bildiren cümlelerimiz, iletişimin en büyük sorunlarından biri olduğu söylenebilir. İnsanların farklı yaşantıları ve kültürlerine bağlı olarak her yargı farklı bir anlam oluşturabilir ve böylece kişi kendisi için doğru olan kavramı, başka birisi için doğru olarak görmeyebilir. Bu durum da karşılıklı iki kişi arasında çatışmalara ve anlaşmazlıklara sebebiyet verebilir. Taraflardan biri kendisini savunmaya geçerek karşı davranışlar sergileyebilmektedir (Bumin vd., 2003). Farklı görüşlere sahip kişilerin kendilerine ait inanç ve değer yargıları birbirleri ile çatışmaktadır. Bu da sağlıksız bir iletişime zemin hazırlamaktadır (Eren, 2000).

Her insanın ilgi duyduğu ve önem verdiği alanlar farklıdır. Bu sebeptendir ki herkes ilgi duyduğu alana göstermiş olduğu algı seviyesi ile ilgi duymadığı veya hoşlanmadığı bir alanda ki algı seviyesi doğal olarak aynı olmayacaktır. Bu durum kişide algıda seçiciliği beraberinde getirmektedir. Açıkca görölüyor ki; iletişimin başarısı, algılayana, kişinin ne anladığına bağlı olarak değişmektedir. Kişinin kendisine, çevresine, konuya göre tutum ve davranışları da iletişimde büyük engelle sebep olmaktadır. Kendine olan güven kişinin iletişimde daha açık olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde ilgisini çeken konuya olan tutumu da, ilgisiz kaldığı konudan tamamen farklı olmaktadır. Bunun yanı sıra çevresinde iletişime geçtiği kişiye karşı tutumu eğer olumlu ise doğal olarak iletişim kurması da bu yönde daha olumlu olacaktır. Kişilerde kalıplaşmış tutum ve davranışları değiştirmek oldukça güçtür. Bu sebeptendir ki iletişimin önünde tutumlar büyük önem teşkil eder (Sabuncuoğlu ve Gümüş, 2008).

Aynı sosyo-kültürel yapıya sahip olmayan bireylerde de tanışmışlık olmamasından kaynaklı birbirlerini anlama noktasında sorunlar çıkabileceğinden iletişimin bir diğer engelleri arasında görölmemektedir. İletişime giren kişilerin eğitim seviyesi, iletilen mesaja karşı bilgi birikimi iletişimi olumlu etkilerken, tam tersi durumlarda iletişim aksayabilmektedir (Sabuncuoğlu ve Gümüş, 2008).

1.4.3. Örgütsel Engeller

Örgütsel engeller bireysellikten başka toplumsal olarak belirli grupların bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Kaliteli ve etkin bir iletişim olmadığında örgütsel olarak da bir faaliyette bulunmak zordur.



Şekil 2. Kaliteli iletişimi engelleyen örgütsel engeller

2. SAĞLIKTA İLETİŞİM

Sağlık iletişimi; “kişilerin hastalıkları ve sağlıkları hakkında bilgi sahibi olmalarını, genel sağlık seviyelerini artırmayı, hastayı tedavisinde karar veren kişi yapmayı, hastayı ve hasta yakınlarını hastalıkları hakkında bilgilendirmeyi amaçlayan, sağlık alanında kullanılması ön görülen bir stratejidir. Sağlık iletişimi, hekim-hasta ve diğer sağlık çalışanlarının arasında gerçekleşen ilişkiyi incelemektedir (Yılmaz, 2015).

Sağlık iletişiminin esas amacı; sağlık konularında toplumu ve kişileri etkilemektir. “Etkilemek” sözcüğü, Healthy People 2010 hedeflerinde ABD’de Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezinde kullanıldıktan sonra şu şekilde tanımlanmıştır.

Önemli sağlık sorunlarında bireyleri, kurumları, kamuyu bilgilendirmek, etkilemek ve motive etmek için kullanılan bir tekniktir. Sağlık iletişimin temel özellikleri olarak ise; araştırmaya dayanan, stratejik, davranışsal, süreç odaklı, maliyetli, kitlesel, multidisipliner ve sosyal değişime sebep olan bir amacının varlığından bahsedilir (Schiavo, 2007).

İnsanların en temel ihtiyaçlarının yanı sıra bir hak olan sağlık, yaşanılan bölgenin insanının kültürel yapısına bağlı olarak değişse bile genel bir tanım olarak, kişinin bedensel iyilik haline ek olarak, zihinsel, ruhsal olarak da tam bir iyi olma durumunu ifade etmektedir. Zaman içerisinde anlamı ve önemi değişen sağlık bugünlerde artık hasta olduğunda değil, hasta olmadan önce de önlem alınması şeklinde bir evrimleşme yaşamış ve böylece sağlıklı yaşamının önemi artmıştır.

Her ne kadar sağlık alanında gelişen teknolojiler olsa da sağlık sorunları halen günümüzde önemini koruyan bir alan olarak var olmaktadır. Eskiye oranla sağlıkta yaşanan sorunlar çevresel, siyasal, yeni gelişen yaşam şekillerine bağlı olarak farklı alanlarda görülmeye başlamıştır. Bu durum evrensel sağlık sorunlarının varlığı, sağlık sisteminde yetersiz hizmet olarak da bilinmektedir. Sağlık hizmeti sunanlar ile sağlığı için hizmet alanlar arasında iletişimsel sorunlar olmaktadır.

Hastalık sadece fiziksel bir olay olmadığı için, hizmeti sunanların bunu bilerek hastalara yaklaşımı önemli olmaktadır. Hizmeti alan kişilerin hastalığa karşı yaklaşımları, dolayısıyla hastalıklarına karşı mücadele ve başa çıkma kabiliyetleri söz konusu olduğundan, sağlık çalışanlarının iletişimleri ve hastaları tedavilerine uymaları için ikna etmeleri burada hasta ile hizmeti verenlerin arasında ki iletişimin ne kadar önemli olduğunu da gözler önüne sermektedir (Sezgin, 2010).

Sağlıkta iletişim konusunda dört farklı işlevden bahsedilir (Şendur, 2006). Bunlar;

- * Teşhis konulması
- * İşbirliği sağlanması
- * Tavsiye niteliği
- * Eğitim

Bahsedilen bu sağlık iletişimi işlevleri günümüzde kullanılmaktadır ancak sağlık alanının geniş bir sahaya sahip olması bualanların dışına çıkabilmektedir. Hastalığı tedavi edilmesi noktasında iletişimin çok önemli bir yeri vardır. Hastaların, hizmeti verenlere karşı duymak istedikleri o güven duygusu burada iletişimsel mana da en önemli etkilerden biri olduğu görülmektedir.

Hastanın kendisini doğru ve istenilen şekilde ifade edebilmesi (etkili iletişimde bulunması) hastalığın teşhisinin koyulması için de büyük öneme sahiptir. Aynı şekilde hekimlerin etkili vücut dilini kullanmalarının hastaya vermiş oldukları güven duygusunu artırdığı ve tedaviye cevap veren hasta varlığını ortaya çıkartmaktadır. Sağlık alanında her geçen gün ortaya çıkan yenilikler sonucu iletişimin ne kadar önemli ve gerekli olduğu bir kez daha ortaya çıkmaktadır (Erbaylar, 2003).

Sağlık iletişimi birçok farklı uzmanlık alanlarını içerdiğinden tanımının konulması ve açıklanması zor bir alandır. Bu yüzden de sağlık iletişimi, sosyal bilimlerin sahası içinde değerlendirilir.

Literatür taramalarında sağlık iletişiminin “sağlıkta iletişim” olarak da geçtiği bilinmektedir. Hastalar hekimlerine kendileri ile alakalı bilgileri çekinmeden verebilmeli, hastalığına dair her türlü bilgiyi alabilmelidir. Bu durum aynı zamanda hastaların algı ve bilgi düzeylerinden de artışa sebep olmaktadır. Sağlık iletişiminde Hekim ile hasta arasında çeşitli iletişim türleri bulunmaktadır (Okay, 2014). Bunlar;

- * Yüz yüze iletişim
- * Broş rl r (toplumsal bilgilendirme)
- * İnternet üzerinden (hastane ve doktor tanıtımı)

Bu ve buna benzer iletişim şekilleri olmasına rağmen, çoğu kişinin sağlıkla alakalı sağlıklı ve tam bir bilgilendirme durumunun olmadığı saptanmıştır. Esasında istenilen tutum bunun tam tersi yönde olmalıdır. Yani; kişiler çoğu konuda bilgilendirilmeli, konuya karşı önyargıları da giderilmiş olmalıdır. Böylece, insanların birbirlerine karşı anlayışları da değişmiş olacaktır (Okay, 2014).

Sağlık iletişimin de istenilen hedefe ulaşmak için kullanılan üç temel yöntemden bahsedilir. Bunlar;

- * Halkla ilişkiler
- * Sosyal pazarlama
- * Medyada savunuculuk

Halkla ilişkilerde kişisel kararların alınması ve kültürel değişim tekniği kullanılır. Sağlık iletişiminde önemi, kurumların ve kişilerin karşılıklı güvene dayanmasını esas alır ve hedeftekileri ikna etmek önemlidir.

Sosyal pazarlama, olumlu sağlık davranışı oluşması için pazarlamanın ve reklamların bu yönde yapılması amaçlanmaktadır. Karşılıklı fayda sağlamak önemli olduğundan kamunun sağlığı açısından sorunlara farkındalık sağlaması açısından önemlidir. Medya savunuculuğu, kişisellikten daha çok sosyal değişmeye odaklıdır. Gündem oluşturmak ve medyada görünür olmak, kişilerin kendi hikayelerini anlatmasını sağlayan bir araçtır (Çınarlı ve Şimşek, 2013).

Sağlık iletişimi önemini her geçen gün artırmaya devam edecektir. Bunun nedenleri arasında, 1980 yılında Alma-Ata'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü kararları olduğu bilinmektedir. 1986 yılında "Sağlığın Desteklenmesi için Ottawa Sözleşmesi" ile insan sağlığının kavramı değişti. Nesnelliğin yerini özne olan insan aldı. Artık bu dönemden sonra sağlık desteklenmeliydi. Kişiler kendi sağlıkları ile kararlarda söz sahibi oldu. Bu durum iletişimi de beraberinde getirdi (Erbaydar, 2003).

Sağlık iletişimi alanında gelişmeler gün geçtikçe artmaktadır. Konu ile alakalı ilk dergi "Health Communication"1989 yılından itibaren yayımlanmaktadır. Bunun yanı sıra "Journal of Health Communication" 1996'dan sonra da alanda ki açığı kapatmaya çalışmaktadır (Okay, 2014).

2.1. SAĞLIK İLETİŞİMİN ÖNEMİ

Sağlık iletişimi öncelikle; Sağlığın gelişmesi, değişmesi, korunması ve hastalıkların engellenmesi için bizlere farklı alanlar açma yönünde fayda sağlamaktadır. Bunun yanı sıra etkin ve etkili bir sağlık iletişiminin varlığı, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini artırdığı gibi, kişileri farkındalığını da artırmaktadır. İletişim araçlarının kullanılması kişinin beklenen sağlık davranışını sergilemesi açısından da önemlidir (Şendur, 2006).

Sağlıkta iletişimin bir diğer önemli yönü; etkili iletişim ile hastaya verilen bilgilerin hastanın iyileşmesine önemli ölçüde fayda sağladığının görülmesinin yanı sıra stresini azalttığı ve iyileşme sürecini kısalttığı görülmüştür. Hastalara onları anladığımızı ve dinlediğimizi göstermemiz ve zaman ayırmamız hasta bakım kalitesini artırdığı gibi, hastane maliyetlerini de düşürmektedir. Aynı zamanda hastanın daha kısa sürede taburcu olmasını, günlük yaşantısına erkenden başlamasını, çalışan için, işinin başına dönmesini ve hastanelerin daha kısa sürede daha çok hastayı tedavi etmesine de olanak sağlamaktadır.

Buradan çıkarılan sonuçla etkili iletişimin faydalarına bakıldığında çalışanların iletişim becerileri kazanması ve geliştirmesini ne kadar önemli olduğu anlaşılabacaktır. Çünkü bir sağlık çalışanının mesleki başarısı, elde etmiş olduğu iletişim becerisi ile paralellik göstermektedir (Uyer 1998).

İnsan yaşantısı açısından en önemli varlıklarımızın başında sağlığımız gelmektedir. Bu açıdan bakıldığında en önemseydiğimiz gerçeklikte yine sağlığımız olmaktadır. Bu süreç en hassas olunan dönemlerdir ve bu dönemlerde anlaşılacak, aynı dili konuşmak, acımızın hafifletilmesini kısacası derdimize derman olunması beklenir.

2.2. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SORUNLAR

Kişinin var olan hastalığına ve çekmiş olduğu acıya bağlı olarak hastanın iletişim ihtiyacı değişmektedir. Buna bağlı olarak da hastalar ile iletişim sırasında bir takım sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar karşılıklı olabilirken bazen hastadan bazen de hekimden kaynaklı olabilmektedir.

Hekimden kaynaklanan sorunlar daha çok, hekimin tıp dilini fazlaca kullanmasına bağlı olarak hastanın tıbbi terimlere yabancı olması, buna istinaden de hastanın tedaviyi yeterince anlayamaması veya kendisini doğru ifade edip etmediği konusunda şüpheye düşmesi, bunun yanı sıra yanlış tedavi yöntemleri denemesine de sebep olabilmektedir. Bu durum sağlık çalışanları ile hasta arasında iletişimsel sorunların başında gelmekte ve çatışmalar yaşanmasına sebep olmaktadır. Sağlık iletişimde karşılaşılan sorunları başlık altında incelemek gerekirse;

Sağlık Çalışanlarından Kaynaklı Sıkıntılar

- * Tıp terimlerinin kullanımı
- * Orantısız bilgi
- * Yarış

Hastadan Kaynaklı Sıkıntılar

- * Hastaların genel yapısı
- * Hastaların algı seviyeleri

Sağlık Sisteminden Kaynaklı Sıkıntılar

- * Politika yetersizlikleri ve eksiklikleri

2.2.1. Sağlık Çalışanlarından Kaynaklı Sıkıntılar

Tıp Terimlerinin Kullanımı;

Hastanın anladığı dilden veya anlayacağı seviyeden konuşmayan hekimlerin hasta ile anlaşabilmesi zor olmaktadır. Hekimler, bilgilerini aktarma eğilimde olduklarından latince kelimelerden oluşan tıbbi terimleri farkında olmadan ardı ardına kullanmaktadır.

Ancak her ne kadar sahada ve alanda iyi ve başarılı bir hekim olursa da, hasta ile aynı dili konuşmayan hekimlerin hasta ile tam manasıyla anlaşamadıkları görülmektedir. Bu durum hasta ile hekim arasında çatışmaya sebep olmak ve hastanın şikayetlerinin artmasının yanında algılamada da sorunlar yaşanmaktadır (Turhan, 2014).

Hastanelerde hasta ve hastalık odaklı dilin varlığından bahsetmek mümkündür. Hasta odaklı dil, daha çok hastanın katılımının gerçekleştiği, hastalık odaklı da ise; hekimin bilgi-birikiminden olabildiğince bahsedildiği ve hastanın neredeyse hiçbir söz sahibi olmadığı ve hastanın bilgisine danışılmadığı, hastayı ikinci plana atan, hekimin kontrolünde ve kendisine uymayan hastaya gözdağının verildiği bir dil şeklidir (Elçioğlu vd., 2007).

İletişimde kullanılan dilin anlaşılabilir ve sade olması önemlidir. Hele ki sağlık gibi önemli ve karmaşık bir süreçte iletişimsel anlamda dilin önemi daha da ciddiyet taşımaktadır. Her hasta kendisi ve hastalığı ile ilgili bilgileri edinmek ve öğrenmek ister. Bu sebeptendir ki, hastalara karşı kullanılan dilin, hastanın anlayabileceği seviyede olması önemlidir.

Orantısız Bilgi:

Sağlık iletişiminde iletişime geçen hasta ve hekim arasında ki bilgi düzeyi farklıdır. Daha çok hastalığı ile ilgili hastaneye başvuran hastalara oranla hekimlerin hastalık konusunda bilgi hakimiyetleri yani konularında uzman olmaları durumudur (Çelik, 2008).

Hastalar gelişen teknolojik durumlara bağlı olarak hastalıkları hakkında hem bilgi düzeylerinde hem de algı düzeylerinde farklılaşmaya gitmişlerdir. Buna bağlı olarak da hastalıkları ile ilgili en ufak detaya kadar bilgilenmek istemektedirler (Özcan ve Baş, 2013). Hastaneye gelmeden önce hastalıkları hakkında detaylı araştırmalar yapmaktadırlar. Böylece orantısız bilgi durumlarında değişimler gözlemlenmiştir.

Önceden hastalığı ile ilgili daha az bilgiye sahip olan hasta, şimdilerde sağlık çalışanları ile aralarında olan bilgi açıklarını daraltmay doğru gittikleri görülmektedir (Özcan ve Baş, 2013). Bu durum hiçbir zaman birbirlerine bilgisel düzeyde eşit olacakları anlamına gelmemektedir. Burada önemli olan tek konu, hastanın hekimine olan güvenidir. Hekimin bilgisinin kendisinin faydasına olduğu yönünde ki inancı tam olmalıdır. Bu inancın tam tersi hasta hekimine güven duymayacak ve memnuniyetsizlikler baş gösterecek, hasta başka bir hastaneye ve hekime gidecektir.

Yarış:

Daha çok kişisel ve grupsal bağlamda bir konu hakkında birbirleri ile girmiş oldukları öne geçme çabası olarak karşımıza çıkmaktadır. Şimdilerde bu yarış hali, çalışanlar arasında olduğu gibi iş grupları, birimler ve kuruluşlar arasında görülmektedir (Ergül, 2005). Kişi çalıştığı birimde meslektaşına karşı üstünlük kurmak istemektedir. Her birim diğer birimin önüne geçme çabasıdır. Bu yarış kaybetmek demek başarısızlık olarak algılanmaktadır (Walley ve Thwaites, 1996).

Kişilerin birbirleri arasında yarış halinde olmasının dezavantajı olarak; Kişilerin birbirlerine kin beslenmesi, çalışma isteklerinde azalma, iş kalitesinde ve verimliliğinde düşüşün yanı sıra kişiyi geliştirmesi, yeni fırsatlara kapı açması, üretim faaliyetlerinin artması, yaşam kalitesinin yükselmesi ve verimlilik gibi avantajları da vardır (Özen, 2007).

Sağlık sektöründe yarış daha çok hekimler arası ve hastaneler arası olmaktadır. Ekonomik açıdan bakıldığında sosyal güvencesi olmayan hastaların nakit ödeme yapacaklarından hekimlerin böyle hastalar için yarış halinde olacaklarını savunulmuştur (Greenberg, 1991). Hastaneler ise, hastaneye aldıkları tıbbi cihazlar ile hekimlerin elini güçlendirerek bu yarışa katılmaktadırlar (Fuch, 1988).

Burada ki amacın daha çok hastaya bakarak daha çok gelir elde etmek olduğu aşikardır. Ancak bunun hasta açısından olumlu olduğu söylenemez. Daha çok hastaya bakmak demek, her hastanın saatinden çalmak demektir. Sürenin kısılması olarak karşımıza çıkacak olan bu sorun, hastanın kendisini daha az ifade etmesinin önünü açmaktadır. Bu da yine, hastanın hekimi ile olan iletişimini sekteye uğratarak, tanı teşhis ve tedavide yanlışlıklara sebebiyet verebilmektedir (Turhan, 2014).

2.2.2. Hastadan Kaynaklı Sıkıntılar

Hastaların Genel Yapısı:

Sağlıkta muhatap olunan kişi insanlardır. Dolayısı ile insan doğası gereği farklı karakterlere sahiptir. Hekimler her farklı karaktere göre muamale yapamayabilir ancak hastaların yaş, cinsiyet, büyüdüğü ortamın kültürel yapısı (çevre), eğitim durumu gibi faktörleri göz önüne alarak davranış şekilleri oluşturmaları iletişimsel manada da olumlu olacaktır. Eğitim durumuna bakılmaksızın “buyurunuz efendim şuraya geçebilirsiniz” diye konuşulduğunda bazı hastaların bu durumdan rahatsız olabilme (gerilme) ihtimali yüksektir.

Yine aynı şekilde eğitim seviyesi yüksek birisine “ Ne şikayetiniz vardı? abicim, dayıcam” diye hitap edilmesi de kişide ciddiyetsizlik olarak algılanmaya sebep olabilecektir (Dinççağ, 1999). Buna ek olarak hastaların yaş ve cinsiyet farklılıkları da hekime soru sorma eğiliminde değişiklik oluşturduğuna dair araştırmalar da mevcuttur (Turhan, 2014).

Bu yüzden; hastaneye gelen hastalara ilk olarak bu genel yapılarına uygun olarak davranılması, iletişimde başarıya ulaşmanın yolunu açabilir de, kapatabilir de diyebilmektedir.

Hastaların Algı Seviyeleri:

İletişimde anlatanın (hekimin) ne anlattığından çok, anlayanın (hasta) ne anladığı önemli olmaktadır. Yapılan araştırmalarda da bunu doğrular niteliktedir (Berth ve Sjöberg, 1998). Gün içerisinde birbirinden çok farklı kişilik özelliklerine sahip hastalarla muhatap olan sağlık çalışanlarının aynı zamanda farklı algı seviyeleri bulunan kişilerle de muhatap oldukları görülmektedir.

Bu durum gösteriyor ki, her kişiyle aynı şekilde iletişim kurmak olanaksızdır. Birisinin hastalıktan ve tedaviden anladığı şekil, bir diğesinde bambaşka bir anlam ifade edebilir. Bu yüzden de, sağlık çalışanlarının, hastaların algı seviyelerini her zaman göz önünde bulundurması önemlidir.

Hastanın neyi ne kadar algılayabildiğini ölçmek mümkün olamadığı için çalışanların iletişim kurmakta zorlanmaları da doğaldır. Ancak hastaların algı seviyelerinin eğitim ile artırabildiği bilinmektedir.

2.2.3. Sağlık Sisteminden Kaynaklı Sıkıntılar:

Hasta ile Sağlık çalışanı arasında iletişimi zorlayan bir diğer husus ta sağlıkta ki sistemsel sorunlardır. Biran önce sağlığını tekrardan kazanmak isteyen hastanın önüne çıkan bu sorunlar, zaten zor olan bu süreç te iletişimin bozulmasına ve hasta ile hekiminin arasının açılmasına sebep olmaktadır (Atıcı, 2007).

Her hastanın sağlığı ile alakalı kamusal alandan yararlanma hakkı bulunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm adı altında yapılan genel sağlık sigortaları ile kişiler ayrıma tabi tutulmadan hizmet alabilmektedir. Ancak her sistemin kendi içerisinde aksaklıkları ve yetersizlikleri olmaktadır. Bunlar daha çok kurulan sistemin verimliliği yönündedir (erişimsel hız, performans, geri ödemede aksaklıklar).

Erişim düzeyinde sistemsel sorunlar, kırsal ve merkezi yerlere oranla farklılıklar göstermektedir Kırsal alanda ki personel yetersizlikleri, teknik sorunlar gibi meseleler buralarda bulunan hastaların merkeze gelmesine dolayısıyla maddi ve manevi kayıplara sebebiyet vermektedir. Bunun yanı sıra genel sağlık sigortalarının zamanında ödenememesi gibi durumlarda ücretli muayene olunmak zorunda kalınmaktadır. Böyle bir durumla karşılaşmak demek; alınan sağlık hizmetinin aksamasına neden olmaktadır.

SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)'a göre yapılan ödemelerin sistemde sorunlara yol açtığı görülmüştür. Bu uygulama daha çok kamu sektörüne göre dizayn edildiğinden, özel hastanelerin bütçe uygulamalarına (alınan farkların azalması) ters düşmektedir. Özel hastaneler bu uygulamayı yürütebilmek adına maliyetleri düşürmek istemekte bu durum da kalitesiz bir hizmeti beraberinde getirmektedir (Göktaş, 2012).

Bu şekilde oluşan sistemsel sorunlar, hasta ile hekim iletişimini doğrudan olumsuz etkilemektedir. Sağlık hizmeti almak durumunda kalan hasta, yaşanan aksaklıklar sonucunda tüm gerginliğini sağlık çalışanına yansıtacaktır. Bu durum da sağlıkta iletişimi sağlıklı bir şekilde sokmaya yetecektir.

2.3. BAŞARILI SAĞLIK İLETİŞİMİ

İnsan hayatının önemi düşünüldüğünde sağlığın buna paralel olarak ne kadar ciddiye alınmasının gerekliliği de anlaşılmış olmaktadır. Buna istinaden sağlıkta iletişimin başarılı olması, kurumsal açıdan fayda sağlamasının yanı sıra öncelikle hizmeti alanlar açısından da çok önemlidir. İletişime geçen sağlık çalışanlarının başarılı bir iletişim kurmalarını sağlayacak iletişim teknikleri vb. eğitimler almaları önemlidir.

Kreps ve Thornton (1992), sağlık iletişimi konusunda hastaların da kendilerini başarılı bir sağlık iletişimi gerçekleştirmelerini sağlamak adına eğitmeleri gerektiği üzere vurgu yapmışlardır. İletişimin tek yönlü olmaması (çift yönlü iletişim) bu durumu her iki taraf açısından da önemli hale getirmektedir.

Başarılı iletişim için bazı tekniklerin geliştirilmesi gerektiğini savunan (Kreps ve Thornton,1992), iletişimin temelini etik kurallar ve ahlaka dayandırmışlardır. İletişimde, söylediğinin karşıya aktarılmasının yanı sıra, karşı tarafın da ne söylemek istediği ve o an hangi psikolojide olduğunun önemi üzerinde durmuşlar ve bu açıdan bakıldığında empati kavramını öne sürmüşlerdir. Empati yapmak demek bir yerde karşı tarafa saygılı olmayı gerektiren ve onun gibi düşünmeni sağlayacak bir yöntemdir. Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri hastalara karşı empati yapmaları onları anlamalarını kolaylaştıracak ve böylece etkin ve başarılı bir sağlık iletişiminden bahsedilecektir.

Hastaların hizmet aldıkları süreçlerde karşılarına çıkan evrak işleri ve buna benzer engeller iletişimde sorunlara sebep olmaktadır. Bürokratik işlerle ilgilenen hastaların bu süre zarfında geçirmiş oldukları zamanın uzunluğu kişilerde strese ve gerginliğe sebep olmaktadır. Buna bağlı olarak da böyle bir durumla karşılaşan hastalardan etkin bir sağlık iletişimi beklemek doğru olmayacaktır. Bu ve buna benzer bürokratik engellerin ortadan kaldırılması etkin ve başarılı iletişim kurmanın da önünü açacaktır (Kreps ve Thornton, 1992).

Sağlıkta iletişim de başarılı olma yöntemlerinin bir diğer yolları olarak; hastaya karşı sorumluluk sahibi, hasta odaklı, hastaya karşı saygılı, empati yeteneği yüksek, insancıl ve hasta merkezli (hastaya yol gösteren) bir bakış açısının olması gerekliliğini savunan görüşlerde hakimdir (Gordon ve Edwards, 1997). Buradan hareketle hasta odaklı yaklaşımlara kısaca değinmek gerekmektedir.

2.3.1. Hasta Merkezli Yaklaşım

Sağlıkta kaliteden bahsedebilmek için iki önemli kısımdan bahsetmek gerekmektedir. Bunlardan birincisi teknik bakım bir diğeri ise hasta ile sağlık çalışanı arasında yapılan kişilerarası bakımdır (Campbell vd., 2000) Hasta ile sağlık çalışanları arasında ki iletişimin kalitesini sağlayabilmenin yolu hasta odaklı yaklaşımdan geçmektedir.

Burada sözü edilen konu tam olarak, hastanın kendisini açıklamasına müsaade edilmesi, kendisini ifade edemeyen hastanın iletişime geçmesinin sağlanması, hastaların endişeli hallerinin anlaşılması ve durumlarına ortak olunması anlamlarına gelmektedir (Uludağ, 2011).

Hasta merkezli yaklaşımda bir diğer önemli konu ise güvendir. Hasta açısından bakıldığında kurumun ve kurumda çalışanların bilgisine ve becerisine güven duyulması önemlidir (Rhodes ve Strain, 2000). Hastanın kendisi ile alakalı konularda (hastalığı hakkında) bilgilendirilmesi, tedavisi konusunda sürece dahil olduğunu görmesi, hekimine istediği zaman ulaşabilmesinin verdiği rahatlık ile kendisini güvende hissetmesi sağlanacaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Sağlık hizmetleri verilirken özellikle hekime olan güven çoğunlukla diğer sağlık çalışanlara duyulan güvenin üstünde yer almaktadır (Kuhlmann, 2006). Bu güven hekimin hasta ile muayene sırasında ki iletişim yeteneğine bağlı olarak artabilir veya aksi yönde de olabilmektedir (Street ve Richard, 2003). Burada hekimlere çok iş düşmektedir. Hastaları ile aralarında ki iletişimi etkin ve başarılı yapamazlar ise hasta iletişimden kaçmak isteyecektir (Uludağ, 2011).

Hastaların hastane bünyesinden yapılacak olan tetkikler ve uygulanacak olan uygulamalar gibi konularda hastaneye güven duyması önemlidir. Sağlık çalışanlarının hastalara bir takım uygulamaların yapılması (ilaç verilmesi, aşı vb.) konusunda etkin bir iletişim ile ikna yeteneklerini kullanmaları gerekmektedir. Aksi takdirde hastalar güven duymadıklarında kendilerine herhangi bir müdahale de bulundurtmayacaklar ve sağlık hizmetinden de faydalanamayacaklardır (Meyer vd., 2008).

Hasta merkezli yaklaşımın bir diğer yağı, etkin dinlemedir. Yüz yüze gerçekleşen bu iletişim şeklinde tedavinin başarılı olmasını sağlayacak en önemli noktalardan birisidir. Aynı zamanda hasta, hekimi ile görüşü sırasında üzerinde olan stres, korku ve gerginliğini de etkin ve onu önemser şekilde dinlenme sayesinde yenecektir (Gordon ve Edwards, 1997). Böylece hasta rahatlayıp kendisini iletişime açacak ve hekimi ile iş birliği içerisine girecektir.

Hastaların birçoğu bu zorlu süreçleri kolayca atlatamazlar. Bu dönemlerde genelde destekleyici bir yaklaşım gerekmektedir. Hastalık kişide psikolojik yorgunluğa sebebiyet vermektedir. İşte tam da burada destekler nitelikte iletişim sağlanmalıdır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki; destekleyici tarzda olan iletişim sayesinde hastaların yaşam kaliteleri artmış ve psikolojileri daha iyi duruma gelmiştir (Parle vd., 1996).

Destekleyici iletişim hem duygusal olarak hem de bilgi olarak yardım sağlamaktadır (Welbourne vd., 2009). Duygusal yardımın içinde empati bulunmaktadır. Bilgi yardımı ise, hastanın doğru bilgilendirilip yönlendirilmesini içermektedir (Klaw vd., 2000).

Hasta merkezli iletişimin yanı sıra özellikli hastalarla yapılan iletişim şekilleri bulunmaktadır. Hastaneye başvuran kişilerin yaş ve cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Bir birey doğum öncesinden ölene kadar bu sağlık hizmetinden faydalanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık çalışanlarının iletişim konusunda ki zorlukları da farklılık gösterip artabilmektedir.

Özellikli Durumlara Maruz Kalmış Hastalarla İletişim

Sağlık iletişimde özellikle henüz kendi başına hareket edemeyen çocuk hastalarla iletişim oldukça güç olmaktadır. Yeterince kendilerini ifade edememeleri ve işlemlerden ziyade ortamdan kaynaklı korkularının olması bunlara ilaveten korumacı anne-baba tutumları da çocuk hastaların hastalık öykülerini almakta çalışanları oldukça zor duruma düşürmektedir. Sağlık çalışanları çocuklara daha sevecen yaklaşmalı, çocukların göz hizasına inip onların kendilerini ifade etmelerine izin vermeleri ve stres, kaygılarını azaltmaları yerinde olacaktır (Turhan, 2014).

Hastalıklarının son dönemlerini yaşayan hastalar ise iletişimin en zor sağlandığı gruplardandır. Bu grup hastaların psikolojik durumları yeterince yıpranmış olduklarından onları bir çalışan olarak anlayabilmek ve empati yapabilmek çok önemli olmaktadır. Bu hastaların daha çok hissetmiş olduğu ağrılarla mücadele eden sağlık çalışanı hastalarla psikolojik danışman gibi ilgilenmelidir (Keogh vd., 1998).

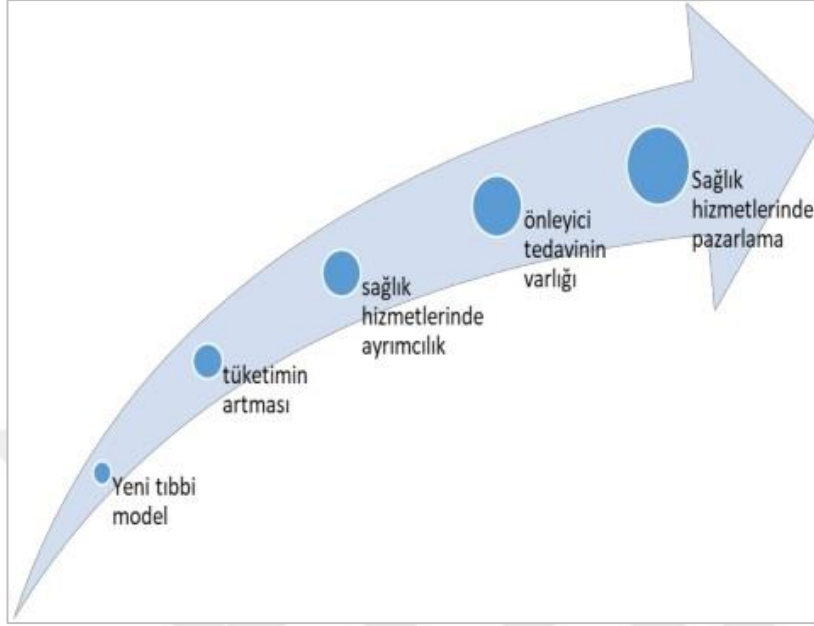
Ruhsal manada sorunlar yaşayan hastalar da yine sağlık iletişiminde başarısızlığa sebebiyet verebilmektedir. Bu hastaların dünya ile bağlantıları daha çok gerçek dünyadan kopuk veya zayıftır. Dolayısıyla hastalarla iletişim çok zorlaşmaktadır. Ruhsal sıkıntılı hastaların iletişiminde uzun uzadıya konuşmak yerine sade, net ve kısa iletişime geçmek yerinde olacaktır.

Doğal afetlere maruz kalmış (deprem, sel, kaza) kişilerde yaşanmış olan olayın vermiş olduğu şoka bağlı olarak travmalar mevcuttur. Bu travma durumunu konuşarak daha anlaşılabilir hale getirmek gerekecektir. Çünkü kişi travmanın vermiş olduğu etki ile karar yetisini de kaybetmiş ve ne yaptığını bilemiyor olabilir (Turhan, 2014).

Bilinci kapalı hastalarla yapılacak iletişimde ise; İletişim tek yönlü yapıldığından hastaya yapılacak işlem açıklanmalıdır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki; bu hastaların etrafındaki konuşulanları duydukları ancak tepki veremedikleri ortaya çıkmıştır (Terakye, 1994).

2.4. SAĞLIK İLETİŞİMİNİN GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık iletişimin gelişimini etkileyen birçok faktörler bulunmaktadır. Bu faktörleri incelemek gerekirse;



Şekil 3. Sağlık iletişiminin gelişimini etkileyen faktörler (Thomas, 2006).

2.4.1. Yeni Tıbbi Model

Her dönem gelişen ve yaygınlaşan tıbbın ışığında yeni teşhis ve tedavilerde de hastalıkların önlenmesi adına farklı türlerde yöntemler geliştirilmiştir. Bu durum bir yerde olumlu gibi görünürken diğer taraftan hastayı geri plana itmiştir. Hastalıklar daha çok mikroskopik inceleme doğrultusunda tanımlanıyordu. Hastalarla birebir yüz yüze iletişimin önemi henüz kavranamamıştı.

1960-1970’li yıllarda ABD’de tıbbın “Altın Çağı” olarak bilinen yıllar, sağlıkta iletişimi ön sıralara almıyordu. Bu dönemde hasta bütünsel olarak değil de hekimlerin araya mesafe koyarak bir etkileşimde bulunması, hastaların duygu ve durumları geri planda değerlendirilmiştir.

Zamanla hastalarla iletişimin kaçınılmaz bir gerçek olduğu anlaşıldığında bu sefer de hekimler hastaları ile onların anlayamayacakları dilde tıbbi terimler dolu açıklamalarda bulundular. Yine bu dönemlerde hastalar hekimlerine soru sormaya korkar hale geldi. Bu gibi durumlar hasta-hekim arası etkileşimleri olumsuz etkilemiştir (Okay, 2014).

2.4.2. Tüketicinin Artması

Hasta- hekim arasında ki bu olumsuz durumlara 1970’li yıllarda bir tepki niteliğinde yaklaşımlar oluşmuştu. “Hasta eğitim hareketi” olarak da bilinen bu yaklaşım ‘tüketicilik’ kavramını bu çerçeveye oturtmuştur. Sağlık hizmetleri hakkındaki bilginin büyümesini ve etkinliğini açıklamaktadır. Bunun sonucu olarak da sağlık hizmetlerini ve işlevlerini sorgulama ve eleştirmenin önünü açmıştır.

Bu hareket daha çok sağlık hizmeti alanların kendileri ve hastalıkları hakkında bilgilerinin yetersiz veya hiç olmadığı sonucunu ortaya çıkartmıştır. Bir diğer ortaya çıkarttığı sonuç ise, iletişimsel sorunların sebebini sağlık sistemi ve hekimler olarak göstermiştir. Hekimlerin iletişim sorunu yaşama sebeplerini ise, hastaların tıbbi bilgi düzeylerindeki düşüklüğe bağlamıştır. Her iki durumda iletişimde sorunlara sebep olmaktadır.

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılık

Sağlık hizmetleri sunulurken özellikle ABD’de ayrımcılık yapıldığı anlaşılmıştır. Meslek, eğitim durumu ve yaşam şekillerine göre muameleye maruz kalan hastalar bulunmaktadır. Pratisyen hekimlerin daha çok “maddi durumu iyi olan, eğitilmiş” olan hastalara daha nazik davrandıkları ve farklı davranış şekillerine girdikleri bilinmektedir (Okay, 2014).

Toplumdaki değişik gruplara yapılan ayrımcılıklarda bulunmaktadır. Kreps tarafından yapılan araştırmalarda özellikle ABD’de de etnik gruplara mensup kişilerin sağlık hizmeti alma ve iletişim konusunda farklılıklar yaşadıkları görülmüştür (Okay, 2014).

2.4.4. Önleyici Tedavinin Varlığı

Özellikle yirminci yüzyılın sonlarında sağlıkta önleyici yaklaşımın tedaviden daha önemli olduğu gerçeği ile karşılaşmıştır. Bu dönemden sonra “bedenin tamirinden” ziyade, önleyici tedbirler alınmasının etkinliği görülmüştür. Önleyici tedbirlerin varlığı hakkında yapılan araştırmalar sağlık hizmetlerinde başka bir boyuta geçilmesine yön vermiştir. Önleyici tedbirlerin ve tedavilerin ortaya çıkışı beraberinde “Pazar” oluşturmuştur (Okay, 2014).

2.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama

Sağlık iletişiminin yaygınlık kazanmasına en önemli etki ve katkısı bulunan pazarlama, sağlık hizmeti ile birleşmiştir. Sağlık iletişimi bir yerden sonra bazı yönlerden pazarlamanın da bir kolu haline gelmektedir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında pazarlama ile daha iyi etkili iletişim tekniklerinin gelişimine, iletişim sürecinin daha iyi anlaşılmasına imkan vermiştir. Sağlık hizmetlerinde ki pazarlamanın artması sonucu sağlık iletişimi hususunda sosyal pazarlama da gelişmiştir (Okay, 2014).

2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı 1974 yılında ilk defa Simond tarafından kullanılmıştır. Günümüze kadar kullanımı pek yaygın olmamıştır (Bakan ve Yıldız, 2019). 1986 yılında Ottawa’da yapılan Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonrasında kavram yaygınlaşmaya başlamıştır. 1990’lı yıllara gelindiğinde sağlık okuryazarlığı halk arasında da yaygınlık göstermiştir.

DSÖ’nün 1998 yılında yapmış olduğu tanıma göre; “Bireyin sağlığı ile alakalı bilgiye ulaşması, bu bilgiyi anlaması, kendi sağlığını geliştirmek adına bu bilgiyi kullanabilmesi için motivasyonu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler” olarak tanımlamaktadır. Amerika ve Avrupa’da 2000’li yıllarda araştırmalar artmıştır.

Türkiye’de ise 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığını; “bireyin kendi sağlığını ve toplumu düzeltmek amacıyla yaşam tarzında ve koşullarında değişiklik yapabilmesi için gerekli bilgiye, beceriye ve kendine güvene ulaşması” olarak tanımlamıştır (Karagözoğlu, 2021).

Sağlık okuryazarlığı tıpkı genel okuryazarlık gibi olup, kişilerin hastalıkları ve sağlıkları hakkında hayatları boyunca bir fikir üretmeleri ve karar vermelerini, sağlıklarını korumayı ve geliştirmeyi sağlayan, yaşam kalitelerini yükselten, sağlıkla ilgili konuları doğru anlamalarını sağlayabilmektir.

Dolayısıyla sağlık çalışanları ile de doğru iletişimde bulunmalarına olanak vermektedir. Bir başka ifade ile; okuma, dinleme, analitik dūřūnmeyi ve analiz etmeye yardımcı olması, reçeteleri, randevular ve doktorların talimatlarını daha dikkate alınmasını ve anlamalarını sağlamaktadır (İlgaz, 2021).

Sađlık iletiřiminde karmařık olan sađlık ile ilgili bilgilerin varlıđı iřleri hayli zorlařtırırken, dūřūk olan sađlık okuryazarlık seviyesi bireyin bu sorunları daha çok būyūtmesine, anlamlandıramamasına ve iletiřimsel birçok sorunlara haliyle sebep olmaktadır. Sađlık hizmetinin ve tedavinin gūvenilirliđi, kalitesi, tedavinin risk ve yararları ile ilgili analiz, doz takibi, tahlil sonuçlarının dođru ve gūvenilir olduđu dūřūncesi bireyin sađlık okuryazarlıđı ile alakalıdır (Sezgin, 2013).

Sađlık okuryazarlık seviyesinin dūřūk olduđu bireylerle iletiřim kurulurken sađlık çalıřanlarının da ūzerine dūřen gūrevler bulunmaktadır. Hasta ile iletiřimde daha anlaşılır bir dil kullanılarak hastaların anlayabileceđi tarzda soruların sorulması gerekmektedir. Hastalıđı ile alakalı kısa açıklamalar yapmak ve hastalıđın yan etkilerinden bahsetmek etkin ve bařarılı bir iletiřim için gereklidir (Sezgin, 2013).

Sađlık okuryazarlıđının toplumsal, kiřiler arası ve ekonomik boyutunun yanı sıra medya boyutuna da deđinmek yerinde olacaktır. ūnkū medya sađlık, hastalık gibi kavramlarla alakalı bilgiler daha yūzeysel ve basite indirgeyerek sunmaktadır. Ciddi ve önemli olan hastalıklar konusunda basit, kısa cūmleler kurularak bahsediliyor olunması kiřide hastalıđın önemsenmemesine ve sađlık kuruluřuna bařvurmayı ūtelemesine sebebiyet verebilmektedir (Sezgin, 2013).

Ŗzetle sūylemek gerekir ki; sađlık okuryazarlıđı kiřilerin sađlıklarının geliřtirilmesi ve korunması adına sađlık iletiřiminde yeri gūnden gūne önem arz etmektedir. Çok kapsamlı olan sađlık okuryazarlıđının daha fazla katkı sađlaması adına daha çok okumalar yapılması, uygun teknik ve yūntemlerin geliřtirilmesi, medyada dolařan sađlık ile ilgili bilgilerin dođruluđu ve içeriđinin kontrolū gibi konulara gūsterilecek olan ūzen sađlık okuryazarlıđının geliřimine olumlu katkı sađlayacaktır.

2.6. SAĞLIK KURUMLARINDA İLETİŞİM

Sağlıkta iletişimin tarihçesine baktığımızda başlangıcının Hipokrat'a ve Plato'ya dayandığı görülür. Sağlık iletişimi ilk defa Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmıştır. Sosyo-ekonomik durumu iyi olan ülkelerde sağlık bir yaşam biçimi haline dönmüştür (Okay, 2009). Buradan hareketle iletişim becerilerinde ortaya konan iyileştirmenin sağlık hizmetlerinde önemli farklılıklar yarattığı ortaya çıkmıştır.

İletişimin her geçen gün farklı alanlarda kullanıldığı görülmektedir. L. Lawrance Kincaid tanımında; insanların birbirlerine yaklaşabilmek ve anlaşabilmek için kullandıkları bir araç olduğunu söyler. Dolayısıyla gün geçtikçe iletişimin yüklendiği görev ve içeriği değişmiştir (Tabak, 1998).

Sağlık sektöründe halkla ilişkiler kavramı önem kazanmıştır. Hastaneler, klinikler, sağlık ile alakalı kurum ve kuruluşlar kurumsal bağlamda iletişimden oldukça faydalanmaktadır. Sağlık kurumlarının birbirleri ile girdikleri yarış, kurumsal anlamda iletişimin tüm alanlarından faydalanmayı da beraberinde getirmiştir. Hastalarla yapmış oldukları, sesli mesaj, SMS, e-mail, e-reçete ve randevu takibi gibi hizmetler bunlara örnek olarak gösterilebilir (Yardan vd., 2014).

Araştırmalara bakıldığında sağlık hizmeti sunanların kendi aralarında ki iletişimlerin desorunlar olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık sektöründe etkili ve işbirliğine dayalı iletişim kurmak, hasta memnuniyeti açısından pozitif yönde etki sağlamış ve böylece hastaların aynı kuruma tekrardan başvurdukları görülmüştür.

Sağlık kurumlarında verilen hizmet öncelikli olarak tıbbi boyutta hizmettir. Alt hizmetler yardımcı sağlık hizmetlerine girmektedir. Her ne kadar birbirinden ayrı gibi görünseler de birbirlerine bağımlı ve bağlantılı hizmetlerdir. Birinin eksikliğinde diğerinin başarısından söz edilemez (Gemlik vd., 2015).

Bir sağlık kurumunun başarısı, çalışanlarının başarısına, kurumun başarısızlığı ise yine çalışanlarının başarısızlığına bağlıdır. Çalışanlar görevlerini eksiksiz ve tam yaptıkları takdirde başarı, isteksiz ve baştan savma yaptıklarında ise başarısız bir hizmet ortaya çıkmaktadır (Çetin vd., 2016).

Sağlıkta iletişim, alanında eğitimli, öğrenim görmüş ve mesleklerinde halen çalışanların iletişim becerilerine bağlıdır ve bu durum çok önemlidir (Negri vd., 1997). Sonuç olarak, sağlık alanında iyi ve kaliteli bir iletişim, sorunların daha başlamadan çözülmesine de imkan vermektedir. Bilindiği üzere sağlık alanı hatanın en aza indirgenmesini gerektiren bir hizmet alanıdır (Çetin vd., 2016).

Hastanelerde ki ilişki boyutları yatay ve dikey olarak gerçekleşir. Her birimin kendi içerisinde muhatap olduğu amirleri ve sorumlu oldukları kişiler bulunur. Bu sebeple sağlık alanında ekip koordinasyonu önemlidir. Ekibin kendi içerisinde etkin çalışması ise birbirlerine olan saygı ve güvene dayanır. Sağlık kurumlarında hekim, sağlık çalışanları ve hasta odaklı bir ekip çalışması zorunluluk arz eder. Alanda ilerlemiş olan teknolojik ve bilimsel gelişmelerin yanında iletişim, hastalıkların tanısında ve tedavi işlemlerinde temeli oluşturmaktadır (Yardan vd., 2014).

Sağlık kurumlarının kullanmak durumunda olduğu broşür, dergi gibi araçlar kurumda ki çalışanlar aralarında ki iletişimin sürekliliği açısından önemlidir (Yardan vd., 2014). Kurumlar verimliliklerini artırma adına stratejik ve etkili bir iletişim sistemi oluşturmalıdır (Bakan ve Büyükbeşe, 2004). Kurumsal anlamda iletişim, kurumun amaçları doğrultusunda, işleyişi bozmadan, kurum içi ve dışında düzenli, devamlı bilgi ve fikir alışverişine dayanan bir süreci kapsar (Hara, 2008).

Sağlık hizmeti kapsamında, çalışanların yönetime katılmaları ve fikirlerinin alınmaları demokratik yönetim anlayışında beklenen durumdur. Çalışanların işlerini maddi gelir amaçlı yapmalarının yanı sıra manevi doyuma ulaşmaları konusunda da ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. Kendini bu anlamda gerçekleştiremeyen çalışanın (takdir edilmeme, saygınlık) iş verimin de düşüşler yaşaması doğaldır. Bu durumların üstesinden gelinmesi adına etkili bir iletişim sistemi planlanması sorunu çözmeye yardımcı olmaktadır (Peltekoğlu, 2007).

Kurumlar içi iletişim, biçimsel ve biçimsel olmayan iletişim olarak iki şekilde gerçekleşmektedir. Biçimsel iletişim; dikey iletişim, yatay iletişim ve çapraz iletişim olarak üçe ayrılır. Dikey iletişim kendi arasında; Aşağıdan yukarıya, yukarıdan aşağıya diye iki alt dala ayrılmaktadır. Aşağıdan yukarıya iletişimde; alt kademelerden üst kademelere doğru ilerleyen bir bilgi sağlanmaktadır. Daha çok astın üste rapor vermesi şeklinde tanımlanır (Vural ve Bat, 2015).

Yukarıdan aşağı iletişim türünde, yöneticinin çalışanlarına bilgi aktarması yani, kurallar, emirler ve yönergelerin iletilmesi dolayısıyla çalışanın bilgilendirilmesi temel amaçtır (Tutar ve Yılmaz,2002). Yatay iletişim; aynı seviyede ki yöneticilerin işbirliğine dayanan ve ekip ruhunu, dayanışmayı geliştirmesi açısından önemlidir. Çapraz iletişim; Aynı seviyede olmayan yönetim birimleri arasında olmaktadır. En önemli avantajı, zamandan artırmaktır (Karsak, 2016).

Biçimsel olmayan iletişim türüne baktığımızda daha çok biçimsel iletişim yöntemlerinin kullanılmadığı görülür. Çalışanlar arasında ki ihtiyaçlardan kaynaklı oluşmaktadır. Yeterli bilgi akışının sağlanamadığı durumlarda daha çok dedikodu ve söylenti şeklinde olmaktadır (Vural ve Bat, 2015). Bu yöntemin dezavantajı, bir biçiminin ve düzeninin olmamasından kaynaklı sürüp giden bir dedikodu ve söylentinin olmasına bağlı x kişisinden y kişisine iletilen mesajın değişikliklere uğrayabilmesi ve sonucunda beklenmeyen anlamlara zemin hazırlamasıdır (Tutar ve Yılmaz, 2002).

Sağlık alanına markalaşmanın girmesiyle beraber kurumlar daha fazla pazarlamaya yönelmişlerdir (Tengilimoğlu, 2019). Markalaşma kurumsal anlamda üstünlük sağlama olduğundan rekabeti de beraberinde getirmiştir. Günümüze bakıldığında hastalar eskiye kıyasla daha iyi ve kaliteli hizmet veren hastane seçimlerine yönelmişlerdir (Greenwalt, 2001). Bu yöneliş hastanelerin rakiplerinden farklı stratejiler geliştirmesini zorunlu kılmıştır. Böylece daha fazla insan kaynaklarına eğilmeleri, kurum içi ve dışı iletişimi geliştirmeyi, belirli alanlarda öne çıkmayı ve böylece rakiplerinden farklı olmayı sağlamaktadır (Apaydın, 2009).

3. HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ

İletişim alanında her geçen gün gelişen teknolojik gelişmeler ve etki alanlarının farklı mecralara gidiyor olması, en doğal haliyle sağlığı ile alakalı hassasiyeti bulunan hasta ile hekimi arasında ki iletişimi de fazlasıyla yakından ilgilendirmektedir.

Hastaneye gelindiğinde tıbbi uygulamaların temel bileşenini hasta ve hekim ilişkisi oluşturmaktadır. Hasta ve hekimin iletişiminin başarısı tedavinin başarısı ile doğru orantılıdır.

Hekim sahada başarılı olduğu kadar (akademik olarak) hastaların duygu durumlarını da iyi analiz edebilen konumda oldukları zaman etkin ve başarılı bir hekim olabilirler (Hardoff ve Schonmann, 2001). “ Tıpta değişmeyen gerçeklik” olarak hasta ve hekim iletişimi, tüm bu bilimsel değişim ve gelişmelere paralel olarak yeri ve önemini korumaktadır (Chin, 2001).

Hasta-hekim ilişkisi çift yönlü bir iletişim sürecidir. Birbirlerine karşı girmiş oldukları iletişim tarzları her iki tarafı da aynı oranda etkileyebilmektedir. Hekim açısından bakıldığında hastası ile olan ilişkisi (iletişimi) onun kişiliği ve kimliği doğrultusunda karşıya yansıttığı tutum ve davranışlarına göre şekil almaktadır. Hasta açısından ise; hastanın kimliği onun sahip olduğu hastalık etrafında şekillenmektedir. Yani hekim hastaya hastalığına göre bir yaklaşım sunmaktadır. Hastadan çok hastalığı ile muhatap olan hekimin almış olduğu akademik eğitimden çok sosyal ve toplumsal olarak bilgi birikimi de etkili olmaktadır.

Bu açıdan bakıldığında hasta-hekim iletişimi çok yönlü bir iletişim şeklidir. Sosyolojik, psikolojik, ahlaki ve hukuksal boyutları olan çok yönlü bir iletişim şeklidir (Oğuz, 1995).

Hasta- hekim ilişkisinde hasta memnuniyeti en önemli konudur. Hem hastanın hem de hekimin merkeze alındığı yaklaşımlar her iki tarafın memnuniyeti açısından gereklidir. Hasta-hekim iletişiminde istenilen, hastalığın ortadan kaldırılıp sağlığın korunması olduğundan kişiler arası ilişkilerin iyi kurulması, bilgi alışverişinin olması ve bu sürece hastanın da dahil edilmesi önemlidir (Fong Ha ve Longnecker, 2010).

Hasta memnuniyetinin sağlanması açısından bakıldığında ortatya hastanın hekimine olan güveni konusu çıkmaktadır. Bir hasta ekimine ne kadar güveniyorsa tedaviye olumlu yanıt verme durumu da o ölçüde artmaktadır (Skirbekk vd., 2011). Bu güven aynı zamanda hekimin işini de kolaylaştırmaktadır. Güvenin oluşması için ise aynı şekilde etkin, akıcı ve anlaşılır bir şekilde iletişim kurulması ve empati yeteneğinin bu süreçlerde aktif kullanımı önem arz etmektedir.

Hasta-hekim iletişiminde, iletişime katılım dereceleri farklılık göstermektedir. Örneğin; cerrahi müdahale yapılacak hastaların böyle durumlarda katılım ve fikir yürütme oranları düşmekte hekim aktif konuma geçmekte iken, bulaşıcı bir hastalığı bulunan hastalarla olan iletişim şeklinde hekimin yönlendirmesi ile karşılıklı işbirliği daha çok görülmektedir. Bunun yanı sıra kronik hastalığı bulunan hastalar ise hekimin direktiflerini yerine getirme adına eşit katılımında bulundukları gözlemlenmiştir (Osorio, 2011).

Hasta-hekim iletişiminde, hastası ile aynı kültürel ve sosyal ortama sahip olunması hastalığa bakış açısında benzerliği beraberinde getirmemektedir. Tıp alanında her geçen gün değişen teknolojik durumlar hekimlerin hastalarını fiziki muayenesinden veya geleneksel yaklaşımlarından daha çok teknolojinin ışığında tanı ve teşhis koymaya ve birçok testi uygulayıp bunlara güvenmeyi beraberinde getirmiştir. Esasında bu gelişmeler hasta ile hekimin iletişiminde zorlukları ortaya çıkarmaktadır (Banerjee ve Sanyal, 2012).

Tıbbi hizmetin esas konusu hasta ve hastayı dinlemek olduğundan bu tarz değişen ve sürekli gelişen teknolojik yaklaşımlar hastaların rollerinin değişmesine sebep olmuştur. Hastalıkların giderek tedavi edilemez hale gelmiş olması ve tıbbi alanda gerçekleşen teknolojik durumlar bunlara sebep olmuştur. Hastayı dinlemenin önemi hasta memnuniyeti açısından ve klinik başarı yönünden önemli olduğu görülmüştür (Jagosh vd., 2011). Bu açıdan bakıldığında, hekimin hastası ile konuşmuş olduğu dil, mimik, jestler, ses tonlaması, bilgiyi aktarış şekli, konuya hakimiyeti ve açıklamasını doğru ve anlaşılır şekilde yapmaması sorunları beraberinde getirmektedir.

Bazı durumlarda hekimlerin hiç iletişime geçemediği hastaları olmaktadır. Gerek zaman kısıtlılığı gerekse hasta sayısında ki fazlalık ve hekim sayısında ki azlık veya hekimin davranışları gibi nedenlerle olabilmektedir.

Hastaların önemli sağlık sorunları konusunda yeterince bilgilendirilmemeleri ve gereken açıklamaların yeterli ölçüde yapılmaması sorunları beraberinde getirmektedir (Çalapkulu ve Çelenk, 2018).

3.1. HASTA VE HASTALIK KAVRAMI

“Hasta” ve “Hastalık” kavramlarının kökeni Farsça’ya dayanmaktadır. Kırılmış, incinmiş manalarına gelen “haste” olarak geçer. Birçok farklı dillerde “bimar”, “maraz”, “sayrı” gibi farklı kullanımları olmuşsa da en aktif kullanıldığı tanımı bu şekildedir. Fransızca “malade” ile “patient” kullanımı birbirine benzer anlamlarda sıklıkla kullanıldığı da görülmüştür (Develioğlu, 1990).

Bu tanımlamaların içerisinde “patient” daha çok sabreden, sabırlı olan kişi anlamlarına gelmektedir. Bir yerde Allah’ın kişiyi imtihan etmek için acısının karşısında göstermiş olduğu sabrını da ifade ettiğini Hz. Eyüp (a.s) kıssalarından da anlaşılmaktadır. Yine “patience” sözcüğünün; sabır, üzücü ve hoş olmayan şeylere karşı direnç gösterme anlamında kullanıldığı görülse de hastalığın tam olarak karşılığını vermediği bilinmektedir (Eyüpoğlu, 1991).

Kökenine bakıldığında “malade” ve “patient” arasında farklar görülmektedir. “patient” daha çok tıbbi uygulamaların belli hastalığa yakalanmış hastalar üzerinde ve hasta durumunda sayılan kişiler için kullanıldığını, “malade” de durumun daha yüzeysel olduğu yani kişinin kendisini iyi hissetmediği durumlarda kullanıldığına dair anlamları olduğu bilinmektedir. İkisi arasındaki farkın vurguda (hastalığa dair) olduğu görülmektedir (Kabağağaçlı, 1995). Nitekim Taylor’un “morbus” sözcüğünün hepsini birden kapsadığını ve bu mihvalde kullanılmasını istemekte olduğu da görülür (Tylor, 1979). Hasta ve Hastalık kavramı insanlık tarihi kadar eskilere dayanmaktadır. Eski zamanlarda hastalığın çekilen cefa, eziyet, kötülük olarak geçtiği, hastanın ise bunlara maruz kalan veya bir nevi bunu hak eden kişi olarak bu duruma sabır gösteren olduğu kaynaklarda geçmektedir.

Hastalıkların teşhis ve tedavisinde Mısır tıbbı öncelikli olarak daha çok geleneksel tıp uygulamaları düzeyinde, hastalığa yakalanmamanın kişisel temizlikten geçtiği ve alınan her besinin temiz besin olması gibi basit tedbirlerin alınmasını önemsemiştir. Bu dönemin en dikkat çekici taraflarından birisi hastalığa ve hastaya daha çok mistik yönden bakılıyor olması ve çekilen hastalıkların o dönemin inancına göre tanrının bir cezası olarak görülüyor olmasıdır.

Eski yunan medeniyetine bakıldığında Hipokrat'ın tıp dünyasında çalışmaları görülür. Hipokrat'ın ilgilendiği konu hastalar olmuştur. Ona göre tıp üçe ayrılıyordu. Bunlardan ilki, hastalık ikincisi hasta ve üçüncüsü hekimdir. Hastanın hekimi ile beraber ortaklaşa hareket ettiği takdirde hastalığı ile mücadele etmeden başarı kazandığını savunur. Hipokrat için hastalığın hiçbirisinin birbirinden üstünlüğü veya kutsallığı yoktur. O bu görüşü ile aynı zamanda döneminin dini anlayışının dışına çıkmıştır.

Hastalık, soğuk, sıcak, iklim gibi çevresel faktörlere bağlı kişinin dengesinin yani vücut hıltlarının (vücudun dengede kalmasını sağlayan dört maddenin, safra, sevda, kan, balgam) bozulduğunu buna bağlı olarak da hastalığın ortaya çıktığını gösterir (Bayat, 2003). Ortaçağa bakıldığında Hz. İsa'nın mucizeler göstererek hastaları şifalandırdığı bilinmektedir. Aynı şekilde bu dönemde hastalıklara karşı yaklaşımlar bitkisel kürler uygulanarak yapılmıştır. Bu dönemde de ilk çağda olduğu gibi hastalıklar bir ceza olarak görülmüş ancak bu etki ilk çağlardaki kadar olmamıştır. Bu dönemlerde hasta ve hastalık kavramları daha çok dinsel görüşler etrafında yorumlanmış ve şekillenmiştir.

VII. yüzyıla gelindiğinde Aristoteles düşüncesinin dışına çıkılmış ve bu dönemde aynı zamanda mikroskobun icadı ile bilinmeyen ve görülmesi zor olan şeyler görülür olmaya ve bilinmeye başlanmıştır (Sagan, 2000). XVIII. yüzyılda ise; düşüncede aydınlanma tıp alanında da bazı gelişmelere sebep olmuştur. Vücudun dengede olması için vücutta bulunan dört madde olan yani hıltların (safra, sevda, kan, balgam) bilimsellikten uzak olduğu ve üzerine araştırma yapılmadığı düşüncesi hakim olsa da günümüzde halen gerçek ve doğruluğu kabul edilmiş gerçek olarak kalacaktır.

Bu dönemde insan vücudu hakkında gözleme, deneye ve araştırmaya açık olunması insan vücudunun incelenmesine olanak vermiş ve yeni buluşları da beraberinde getirmiştir. Hem mikroskobun hem de kan dolaşımının keşfi hastalığın teşhis ve tedavisi açısından önemli olmuştur. Böylece hasta, mikrobik canlıların vücuda girmesi sonucunda organların veya dokuların çalışmasının aksamasından kaynaklı hastalanıp sağlığı bozulmuş manasında anlamlandırılmıştır (Yıldırım, 2001).

Yeni dönem tıp çerçevesinden bakıldığında hasta ve hastalık kavramları değişmiştir. Hasta öncelikli olarak organların işleyişinde aksamalar ve sorunlar olarak hastalığa yakalanan kişi olarak düşünülmenin ötesinde, psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve birçok faktörel sebeplerin de içinde barındırdığı bir iyelik hali olarak yeniden tanımlanmaktadır.

Buradan hareketle artık hastaya ve hastalığa bakış açısı önemlidir. Her geçen gün değişen ve gelişen tıp sektöründe işin içine pazarlamanın girmesi ile hasta kavramının içi de boşaltılabilmekte ve ilaç sektörünün ekmeğine yağ sürüldüğü de görülmektedir. Her ne kadar çağlar öncesi tıp yaklaşımları eleştirilse de bugün ile kıyaslandığında insan sağlığı ve hastalık kavramları anlam ve yaklaşım bakımından birbirine benzer gibi görünse de farklı ve amaç dışı yaklaşımlarının da fazlasıyla olduğu görülmektedir.

Hasta kimliğinin tüketici kimliği gibi lanse edilmesi veya bu şekilde olması hasta ve hastalığa yaklaşımı da değiştirmiştir. Bugün hastanelerin bir otel hizmeti gibi hizmet veriyor ve hastalarını müşteri gibi görüyor olması da bu yaklaşıma örnek gösterilebilir (Belek vd., 1998). Her sektörde görülen bu tüketim çılgınlığı maalesef tıp alanında da kendini göstermiştir. Bu durum, olması gerekeni yapmaktan çok özendirileni hastaya uygulama ve hastanın bunu talep etmesine sebep olmuştur (Illich, 1995).

Hekimin her geçen gün değişen tıbbi gelişmeler ışığında hastalarına bu minvalde baktığı, ‘tüketici’ yani hastalarına faydalı olmaktan daha çok müşteri nazarıyla muamele edip amacının dışına çıktığı zamanları da olabilmektedir. Eski dönemlere bakıldığında bu yaklaşımın olmadığı, hastanın tüketici gibi görülmediği, daha nitelikli bir hekim hizmeti verildiği bilinmektedir.

Malpraktis davalarının artmış olması toplumsal anlamda bireylerin sağlıkları ve hastalıkları hakkında bilinç seviyesinin arttığını göstermektedir. İşin asıl olması gereken çözümsel kök nedenleri giderilmeden, haksızlığa uğrayanın hakkını yargı yoluyla aramaya çalışması ve buna yönlendirme yapan medya ve bir takım iletişim araçlarının yanı sıra bu davaların artmasına katkısı bulunan işini özensiz ve niteliksiz yapan hekimlerin varlığı da buna katkı sağlamaktadır (Civaner ve Amato, 1999).

3.2. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ MODELLERİ

Hasta ve hekim ilişkisi alanında yapılan araştırmalar sonucunda tespit edilen birtakım modeller mevcuttur. Bu modelleri ayrı ayrı incelemek gerekirse;

- * Ataerkil model
- * Bilgilendirici model
- * Yorumlayıcı model
- * Müzakereci model

3.2.1. Ataerkil Model

Bu modelde hekim baskın karakterdir. Hekim, hastası için en iyi karar veren kişi konumunda düşünülür. Hastanın katılımının olmadığı daha pasif kaldığı hekimin dediği tüm talimatları yerine getiren konumda bir hasta profili hakimdir (Emanuel ve Emanuel, 1992).

Ataerkil modele aynı zamanda paternalistik model de denmektedir. Hekimin otoritesi iletişimde ön plandadır (Falkum vd., 2001). Hekimin bu modelde babacan davrandığı ve nasihat verdiği görüşü de vardır (Erdemir, 2001).

Ataerkil Modelde, hastanın razı olup olmadığına bakılmadığı gibi hekiminin kendisi için almış olduğu kararlar neticesinde hastalar sonradan şükran ve minnettarlık duydukları düşünülmektedir (Falkum vd., 2001). Bu modelde hastanın tedaviyi kabul veya kabul etmeme gibi bir seçim hakkı yoktur. Dolayısıyla burada hasta- hekim ilişkisinden söz edilemez (Charles vd., 1999). Buna rağmen bu model günümüze kadar varlığını koruyup kullanılmış bir model olmuştur (Emanuel ve Emanuel, 1992).

3.2.2. Bilgilendirici Model

Ataerkil modele kıyasla daha adil bir model türüdür (Kalender ve Uludağ, 2004). Bilgilendirici modelde hekim hastasına hastalığı ile bilgileri verdikten sonra kendisini arka plana çekmektedir (Charles vd., 1999). Hasta ise bu bilgilendirmelerden sonra tedavisinin nasıl olacağı konusunda fikir yürütür (Demirhan, 2001). Bir anlamda hekim hastasını olacağı tedavi konusunda bir seçim yapmaya zorlamaktadır. Bu şekilde hekim herhangi bir sorumluluğu olmayan sadece yol yöntem gösteren konumda olmaktadır.

Ataerkil modelde ki gibi bir hasta-hekim iletişimi yoktur ancak bilgi akışı hekimden hastaya doğru olmasından kaynaklı bu iletişim de tek yönlü olmaktadır (Charles vd., 1999). Zamanla bu model değişmiş ve hastalar hastalıkları ile ilgili bilgileri daha detaylı bir şekilde hekimlerinden öğrenmek istemiş ve kendilerine en uygun olan tedavi yöntemlerine karar verme hakları kazanmışlardır (Falkum vd., 2001).

3.2.3. Yorumlayıcı Model

Yorumlayıcı modelde ise; hekim hastasına uygulanacak tedavi ve yöntemlerin olumsuz ve olumlu tüm etkilerini anlatmaktadır. Hekim, hastanın kendisini ifade edebilmesine, derdini doğru düzgün anlatabilmesine olanak sağlar (Falkum vd., 2001). Bilgilendirici modelden farklı olarak hekim, hastasının kendisini ifade ederken duygularını etkin bir şekilde dışarıya aktarabilmesine, hastanın kendisini anlamasına ve derdini anlatması konusunda onu cesaretlendirip, hastanın anlattıklarına göre hastayı yorumlamasıdır. Hekimin hastasına uygulanacak tedavi ve buna benzer konularda bir zorlaması ve ikna etmeye çalışması söz konusu değildir. Hekimin tüm alternatifleri anlattıktan sonra seçimi hastasına bırakıp istediğini uyguladığı (yorumladığı) bir yaklaşım söz konusudur (Emanuel ve Emanuel, 1992).

3.2.4. Müzakereci Model

Müzakereci modelde karşılıklı fikir alışverişi vardır. Burada hekim tıpkı bir öğretmen ve dost gibidir. Hekim en talep gören uygulamaları hastasına açıklar. Hastayı bilgilendirir. Hastanın belirlediği tedaviyi uygular (Emanuel ve Emanuel, 1992). Günümüzde en çok kullanılan ve talep gören model müzakereci modeldir.

Her ne kadar böyle olsa da bu modellerin uygulanabilirliği hastanın durumuna, kişilik yapısına göre değişmektedir. Her hastayla aynı şekilde iletişim kurulamaz. O yüzden hekimlik iletişim noktasında sanatsal bir faaliyettir denebilir. Tıp okuyanların müfredatlarına iletişim becerileri dersi konulması varsa da bu becerilerin üzerinde durulması gerektiği, hasta ile birebir iletişimin sağlanması, hastaya konuşmaktan çok temas ile yaklaşım ve iletişim eğitiminin sağlanması önemlidir (Atıcı, 2007).

3.3. HASTA HAKLARI VE SORUMLULUKLARI

3.3.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakları

Hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanma hakları belirli bir takım durumlara göre gerçekleşmektedir. Bunlar öncelikli olarak sağlık hizmeti alırlarken (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998);

- * Adil ve Hakkaniyetli Şekilde Faydalanma
- * Bilgi İsteme
- * Sağlık Kuruluşunu Seçme veya Değiştirme
- * Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme
- * Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme
- * Tıbbi Gereklere Uygun Tedavi, Teşhis ve Bakım
- * Ötanazi Yasağı
- * Tıbbi Özen Gösterilme

3.3.2. Sağlık Durumları İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

- * Kayıtları İnceleme
- * Kayıtların Düzeltilmesini İsteme
- * Bilgi Verme Usulü
- * Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller
- * Bilgi Verilmesini Yasaklama

3.3.3. Hasta Haklarının Korunması Hakkı

- * Mahremiyete Saygı Gösterilmesi
- * Rıza Olmaksızın Cerrahi Uygulamanın Yapılmaması
- * Bilgilerin Gizli Tutulması

3.3.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası Hakkı

- * Hastanın Rızası ve Onamı
- * Tedaviyi Reddetme ve Durdurma
- * Rıza Formu

- * Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması
- * Rızanın Şekli ve Geçerliliği
- * Organ ve Doku Alınmasında Rıza
- * Aile Planlaması Hizmetleri ve Gebeliğin Sonlandırılması
- * Rızanın Kapsamı ve Aranamayacağı Haller

3.3.5. Diğer Haklar

- * Güvenliğin Sağlanması
- * Dini Vecibeleri Yerine Getirme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma
- * İnsani Değerlere Saygı ve Ziyaret
- * Refakatçi Bulundurma
- * Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

3.3.6. Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

- * Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı
- * Hastanın Uyması Gereken Kurallar

Hasta sağlık kuruluşundan hizmet alırken birçok haklara sahip olduğu kadar yerine getirmesi gereken bir takım sorumlulukları da vardır. Bunlar öncelikli olarak;

- * Başvurulan kurumun bir parçası olduğu bilinci ile işbirliği yaparak kurumun kural ve uygulamalarına uygun davranarak katılımcı bir rol üstlenmelidir.
- * Kullandığı ilaçlardan, geçirdiği ameliyatlara kadar her ne tıbbi işleme maruz kaldığını eksiksiz ve doğruca aktarmalı ve hiçbir şey saklamamalıdır.
- * Hekiminin kuruma gel dediği zamanlarda kontrol amaçlı buna riayet etmeli ve geri dönüşler sağlamalıdır.
- * Randevusuna zamanında gelir eğer gelemiyorsa bunu bildirir.
- * Mevzuatta belirtilen öncelikli hastalara karşı anlayışlı ve saygılı olmalıdır.
- * Personellere karşı şiddet yanlısı (sözlü-fiziki) olmamalıdır.
- * Haklarının ihlalini düşündüğü zaman hasta haklarına gitmeyi bilmelidir.

3.4. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE SORUNLAR

Sağlık sunucuları olan hekimlerin, hastaların memnuniyeti açısından etkili bir sağlık hizmeti sunabilmeleri önemlidir. Ancak bilinmelidir ki hekimlerde bir insandır. Kendilerinin yaşamış oldukları özel hayatları, kişilik özellikleri, beklentileri gibi durumlar birçok sebeplerden dolayı etkilenebilmektedir. Bunun farkında olmak hasta-hekim iletişimine fayda sağlanması açısından önemlidir. Sorunlara genel bir başlık altında değinmek gerekirse hasta hekim ilişkisinde sorunlar;

- * Hekimden Kaynaklı Sorunlar
- * Hastadan Kaynaklı Sorunlar
- * Hastalıktan Kaynaklı Sorunlar
- * Sistemden Kaynaklı Sorunlar

3.4.1. Hekimden Kaynaklı Sorunlar

Hekimlerin Tükenmişliği ve Stres

Birçok meslek grupları içerisinde en hassas dönemlerinde muhatap olunan kişilerin hasta olması dolayısıyla en stresli olunan meslek grubu hekimlerdir (Soysal, 2009). Stres daha çok gerginliğin arttığı dönemlerde ortaya çıktığından bu durumun aynı zamanda olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Stres kişide bedensel ve ruhsal manada sıkıntılar yaşatır ve böylece hastalanan kişinin stres karşısında iş verimliliğinde de düşüşler olmasına sebep olur (Erdoğan vd., 2009).

Stres, kişide performans düşüklüğünden, işten ayrılmaya kadar uzanan olumsuz duygu durumlarının bir yansımasıdır (Gümüştakin ve Öztemiz, 2005). Tükenmişliğe giren hekimin veya kişinin iletişiminin sorunlu olması kaçınılmazdır. Tükenen kişi, kaba, saygısız ve duyarsızlaşır. İletişime girmek durumunda oldukları kişiye karşı mesafeli olur. Böylece kişi gereken hizmeti ve faydayı alamaz (Özensel ve Koçak, 2004).

Hekimin Yoğun Olması

Hasta hekimine geldiğinde en kısa sürede muayene olmak ister. Ancak yeterli doktor olmaması ve hekim başına düşen hasta sayısında ki fazlalık bu süreci olabildiğince azaltmaktadır. Böylece hastalar hekimlerinin kendilerine ayırdıkları zamandan şikayetçi olabilmektedirler.

Hekimin hastasına ayırdığı zaman hastada hekime karşı bir güven ve memnuniyeti beraberinde getirmektedir (Özer, 2007). Çalışmalara bakıldığında hekimler zaman yetersizliğinden ötürü hastalarına hastalıkları ile alakalı yeterince bilgi aktaramamaktadır. Bu durumun hastalar üzerinde evde devam eden hastalıkları sürecinde sıkıntıları ortaya çıkarmaktadır. Bu şekilde düşünen hasta tekrardan aynı sağlık birimine gelmemektedir (Bol vd., 2013).

Yapılan araştırmalar sonucu hastaların hekimlere bakış açısı ile hekimlerin hastaların gözünden nasıl değerlendirildiklerine bakılmış ve sonuçlar incelendiğinde en çok üzerinde durulan konulardan birisinin de “hekimin hastalarla vakit geçirmesi” olmuştur. Ancak hekimlerin bu soruya verdikleri cevap %71 iken, hastalar bunu aynı şekilde değerlendirmemiş ve oran %36’larda kalmıştır (Tonque vd., 2005).

Hastaların beklentileri ile hekimlerin görüşlerinin doğru orantılı olmadığı görülmektedir. Hastalar daha çok zaman, daha çok bilgi ve daha çok ilgi bekleyebilmektedir. Bu durum hekimlerin işlerini yerine getirmedikleri anlamına gelmediği gibi hasta memnuniyeti açısından da farklı beklentileri beraberinde getirmiştir. Bir başka araştırma sonucuna bakıldığında, hastalara zaman ayırıp onları dinlemek bazı hekimler tarafından zaman kaybı bazı hekimler açısından ise zamandan kazanç olarak görülmüştür (Marvel vd., 1999). Fikir, duygu ve düşünceleri alınan hastaların iyileşme süreçleri ve hastaneden ve hekiminden memnuniyetleri ve aynı sağlık kuruluşuna aynı derdinden muzdarip bir şekilde başvuru yapma oranlarının düşük olduğu da görülmüştür (Levinson vd., 2000). Bu şekilde oluşan diyaloglarda hastaların tekrardan başvuru yapmamaları ve hekimlerin aynı hastayı tekrardan görmüyor olmaları hastanenin maliyetini düşürmesi açısından da önemlidir.

Hastaya Doğruyu ve Gerçeği Söyleme: Günümüze kadar tartışma konusu olmuş olan hastaya hastalığı ile alakalı gerçeği olduğu gibi söyleme noktasında hekimlerin arada kaldığı durumlar olmuştur. Bazen hastaların gerçeği kaldırma güçlerinin veya buna benzer psikolojik durumlarının elverişsiz olması bu duruma sebep olmaktadır. Ancak bu durum hasta hakları ve etiğe uygun değildir. Yararlılık ilkesini baz alan hekimlerin bu görüşü savunduğu da bilinmektedir (Aydın ve Ersoy, 1995).

Hastaların durumları ile ilgili bilgi sahibi olma hakları vardır. Hekim hastasının durumunu söylemelidir ve hasta kendisi ile ilgili durumları başkasının bilmesini de istememe gibi mahremiyet hakkına sahiptir. Bu sebeple hastanın durumunu hekim yakınlarına değil bizzat kendisine açıklamalıdır. Hasta kendi durumuyla ilgili tıbbi işlemleri kendi iradesi ile seçme hakkına sahiptir. Bir başkasının kendisi yerine karar vermesi tedaviyi seçme şeklinin elinde alınması anlamına gelir (Aydın, 2003).

Hastaya Emir Vererek ve Bağırarak Konuşma

Hasta hekim iletişimde genellikle hekim ağırlıklı (baskın) iletişimi söz konusudur. Bu durum hekimlerin kendilerini hastalardan daha eğitilmiş, donanımlı görmeleri ile bağlantılı olabilmektedir. Bu tarz yaklaşımlar iletişimin kalitesini bozduğu gibi iletişimsizliği de beraberinde getirmektedir (Özer, 2007).

Bu ve buna benzer hekim yaklaşımları hastaların gerilmesine sebep olmakta aynı zamanda hasta, kendisini daha gergin ve stresli hissedip acziyetini ifade etmekte zorlanmaktadır. Hekimlerin bu tarz yaklaşım yerine daha yol gösterici ve empatik yaklaşımları daha sağlıklı bir iletişime olanak sağlamaktadır.

İkna Ederek İnandırma

Hastalarla olan iletişimde hekimlerin birtakım ikna etmek için kullanmış oldukları metotlar vardır. Bu metotlar sağlık iletişimde olmazsa olmaz kolaylıklar sağlamaktadır. Öncelikli olarak hekimler hastalarını hastalıkları ile alakalı tedaviyi olmak zorunda olduklarına ikna etmelidir. Aynı zamanda bu tedaviye ihtiyaçları olduklarını da hastalara inandırmalıdır. İkna etmenin en önemli can alıcı noktası hastalarda kendi çıkarlarına yani menfaatlerine uygun oldukları gerçeğini bilmeleri ikna edilmelerinde çok önemlidir. Çünkü hasta kendi menfaati için her şeyi kabul edebilmektedir (Uludağ, 2011).

Hekim hastasını ikna edip inandırmadığı ölçüde hasta da hekimine güvenip inanmaz. Karşılıklı güven ilişkisine göre ilerleyen sağlık hizmeti, sağlık iletişimde de buna paralel olarak başarıya veya başarısızlığa doğru gidecektir.

Ön yargı

Ön yargı hasta ve hekim iletişimde her iki tarafta da görülen yanlış bir yaklaşım şeklidir. Hastaların ilk defa gördükleri hekimlere karşı çekimser duruşları ve tanımıyor oluşları hekimler hakkında önyargılı olmalarına neden olabilmektedir. Aynı şekilde hekimlerin de ilk defa muayene ettikleri hastaları hakkında önyargıları bulunabilir. Bu durum iki tarafın iletişimini olumsuz etkilemektedir (Gordon ve Edwards, 1997).

Hastaların ilk defa muayeneye gittiklerinde o anki kendisine bakan hekimin genel durumuna ve çalışma stresine bağlı olarak hastasına olumsuz yaklaşımı (ilgisiz kalması, yeterince dinlememesi, gergin tavırları) hastanın hekiminden çekinmesine sebep olmaktadır. Derdini tam olarak anlatamayan hasta, aynı zamanda bir sonra ki muayene için, o hekim hakkında önyargısının oluşmasına da zemin hazırlamakta ve aynı hekimi tercih etmemektedir (Desmond ve Copeland, 2010).

Buna bağlı olarak hasta kendisini doğru ifade edemeyeceği gibi hekimin tedavisinde de eksiklik ve yanlış teşhise de sebebiyet verebilmektedir.

3.4.2. Hastadan Kaynaklı Sorunlar

- * Hastanın Yaşı
- * Hastanın Cinsiyeti
- * Hastanın Eğitim Durumu
- * Hastanın Gelir Durumu
- * Hastanın Irk, Din ve Kültürel Yapısı
- * Hastanın Yaşadığı Bölge

Hastadan kaynaklı sorunlara baktığımızda genel hatları ile sosyo-demografik özelliklerin önemli olduğu görülür. Kısaca bu özelliklerin hangi iletişim sorunlarına sebep olduğuna değinmek gerekirse;

Hastanın Yaşı

Hastanın yaşına baktığımızda belirli yaş gruplarının iletişimsel manada daha fazla ilgiye ihtiyacı olduğu görülmektedir. Her hasta grubuna aynı şekilde yaklaşamayacağı gibi bir bebek, çocuk ve yaşlı hastalara diğer hastalara kıyasla çok farklı metotlar ve yaklaşım çerçevesinde yaklaşmak gerekmektedir.

Yaşlı hastaların kronik sorunları daha fazla olduğundan hastaların seviyesine inilmesi gerekmektedir. Bu hastalarla hekimlerin karşılaşma sıklığı daha fazladır. Yaşlı hastaların hastalık süresince hekimler ile girmiş oldukları iletişim şekli daha çok dostluk, arkadaşlık şeklinde bir iletişim şeklinde olmaktadır (Nussbaum, 2003).

Küçük çocuklarda ise; ilk defa hastane ortamı ile tanışıyor olmaları, hekimlerin üzerinde gördükleri beyaz önlük, yapılacak işlemleri bilmemeleri ve buna ek olarak ebeveynlerin çocuklarını iğne, doktor ile korkutarak yaklaşım sergilemeleri gibi sebepler zaten hiçbir konuda bilgisi olmayan çocuklarda daha da fazla korkuya sebep olmaktadır. Bu ve buna benzer şekilde olan çocuklara yaklaşım hekimler tarafından hassasiyetle dikkate alınması gereken faktörlerdir.

Hastanın Cinsiyeti

Hastaların cinsiyetleri incelendiğinde de kadın ve erkeklerin farklı iletişim becerilerine sahip oldukları görülmektedir. Hekimlerin buna paralel olarak kadın hastalara ayırdıkları zaman ile erkek hastalara ayırdıkları zamanın farklı olduğuna dair bilgiler mevcuttur. Bunun sebebi olarak, kadınların daha dinleyici ve iletişime açık olmaları (hekime daha çok soru sormaları ve konuşkan olmaları) etkin olmuştur (Nussbaum, 2003).

Hastanın Eğitim Durumu

Eğitim durumunun iyi olduğu hastaların hekimleri ile hastalıkları hakkında daha detaylı ve ilgili soru sordukları tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların aynı zamanda kendilerini daha iyi ifade edebildikleri görülür. Çekinmeden soru sorabilir, şikayetlerini utanmadan da aktarabilirler (Açıkalın, 1997).

Eğitim seviyesi düşük hastaların dertlerini anlatırken çekindikleri, utandıkları görülmüştür. Bu şekilde bir hasta- hekim iletişimde, hekim baskın bir iletişim kurulur. Daha çok hekimin yönlendirmesi hakimdir. Eğitim seviyesi düşük hasta ile eğitim seviyesi yüksek hastaların hekimlerinden beklentileri ve memnuniyet seviyeleri de farklıdır (Açıkalın, 1997).

Hastanın Gelir Durumu

Hastaların gelir düzeyinde ki artışa bağlı olarak hastanelerden faydalanma (kamu-özel) şekilleri de değişmektedir. Eğitim durumuna paralel olarak seyreden gelir durumunda ki düşüş veya artışın hastanın hekimi ile olan iletişiminde de farklılıkları beraberinde getirmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan hastaların özel hastanelerden hizmet alımına ulaşmalarının olması ve daha fazla ve yeterli sürelerde muayene oluyor olmaları hekimleri ile iletişiminde olumlu bir gelişim göstermektedir.

Hastanın Dil, Din ve Kültürel Yapısı

Hastaların kültürel farklılıkları, inanışları iletişimi etkileyen faktörlerdendir. Hekimin hastası ile aynı dili konuşuyor olması çok önemlidir. Tanı koymak ve teşhis için aynı dile mensup olmak gerekir. Dil ile ilgili eksiklikler yaşanması teşhis, tedavi süreçlerinde sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (Taşçı, 2013).

Kültürel ve dilsel farklılıklar, düşük sosyoekonomik özelliklerle beraber düşük sağlık okuryazarlığı, hastaların verilen yönergeleri tam olarak anlayamaması ve uygulayamamasına neden olmaktadır (Shaw vd., 2009).

Dinsel farklılıklara bakıldığında her dinin kendi içerisinde farklı uygulamalara sahip olduğu görülür. Farklı dinsel yaklaşımlar kişilerin beslenmelerinden hastalıklara bakış açısına kadar farklılık göstermektedir (Taşçı, 2013). Aynı zamanda din kişilerin hastalığa bakış açısı, hastalığa karşı tutumları ve tedavi yöntemlerine kadar hastaların davranışlarında etkilidir (Bayat, 2003).

Hastanın Yaşadığı Bölge

Hastalar yaşadıkları bölgeye göre sağlığa ulaşmaları değişmektedir. Köy, kasaba gibi merkeze uzak yerlerde yaşayanların ulaşmalarının merkezi konumda olanlara oranla daha az olması hastaneye gelişlerini etkilemektedir.

Kişilerin belirli sebepler dahilinde bulundukları bölgeden başka bölgelere göç etmeleri gittikleri bölgede ki hekimleri her defasında yeniden tanıma, anlama ve güven bağlamında sıkıntılar yaşatacağından iletişimsel manada da sorunlara neden olmaktadır. Göç alan bölgelerin eleman yetersizliğine bağlı sağlık hizmeti alımlarındaki aksaklıklar sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (Taşçı, 2013).

3.4.3. Hastanın Hastalığından Kaynaklı Sorunlar

Hastanın hekimi ile iletişim sorunu yaşamasında hastalığı da etkilidir. Her hasta fiziksel rahatsızlıklardan dolayı hekimebaşvurmaz. Hastalık hastanın tam bir iyelik halinde olmaması durumunda ortaya çıktığından bazı hastaların psikolojik rahatsızlıkları da sorunları beraberinde getirmektedir.

Hastalar hekimlerine hastalıklarının teşhisi, tedavisinin yanı sıra endişe ve korkularını da belirtmek için giderler (Özlü, 2003). Araştırmalar göstermiştir ki; hastaların hastalıklardan çok hastalığın sebep olduğu sızı, ağrı, uykusuzluk gibi genel yaşam standartlarını bozan şikayetlerini anlatmak için gittikleri görülmüştür. Bu şikayetlerin hastaların genel durumunda gerginlik, huzursuzluk ve anksiyeteye sebep olması kişilerde acizyet, biçarelik ve güçsüzlük hissetmelerine neden olur.

Bu dönemlerde hastaların diğer dönemlere oranla olaylara daha farklı tepkiler verdikleri görülmüştür. Her hastanın hastalığı ile baş etme şekilleri ve sabırları da farklıdır. Bunun yanı sıra hastaların hastalıkları ile alakalı diğer hastaların deneyimleri ve hastalık seyirleri hakkında kulaktan dolma bilgiler edinmeleri görülmüştür. Kendilerine göre teşhis koyup başka hastalara iyi gelen ilaçların da kendilerine iyi geleceğine olan inançları ve hastalıklarını abartan, büyüten, normalden daha büyük tepkiler veren hastaların hekimlerle olan iletişimin de sorunlar yaşaması kaçınılmazdır (Yüksel, 2009).

Hekimlerin daha kronik ve seyri kötü giden hastalıkları bulunan hastalara yeterli, doğru ve eksiksiz bilgi vermesi önemlidir. Hastalar bazen hekimlerden bir mucize bekleyebilmekte bunun şekilde hekimlere olan güvenleri de sarsılmaktadır. Hekimden duymak istediklerini duyamayan hastalar öfkelenip hekimi ile arasında istenmeyen olaylara sebep olmaktadır (Kreps ve Thornton, 1992).

Hekimlerin öfke, panik ve daha doğrusu psikiyatrik açıdan diğer hastalara oranla hassasiyetleri iki kat artmış olan hastalara yaklaşımları elbette ki diğer hastalara yaklaşımlarından çok daha önem arz etmektedir. Bu tür hastaların hastalıklarının gerçek nedenlerini anlayabilmek için hekimler hastalarını çok iyi dinleyip gözlemlemelidir ki sebep fiziksel mi yoksa psikolojik mi anlaşılsın. Böylece hastaların duygularını dışarı vurmalarına imkan tanınmalı ve empatik bir yaklaşım sergilenmelidir.

Hastalara karşı daha pozitif, daha sakin ve nedene yönelik bir tutum izlendikten sonra hasta rahat ettirilmelidir çünkü bu grup hastalar bir tepki olarak öfke duygusu göstermektedirler ve kendilerini bilinmeyen bir sebepten ötürü tehdit altında görüyor olabilmektedirler. Bu yüzden hekimler ve sağlık çalışanları bu öfkeye yönelik bir yaklaşım sergilemesi kişinin öfkesini kontrol altına almasında çok önemli olmaktadır (MEB, Sağlıkta İletişim, 2011).

Yaşlılık nedeni ile hastaneye gelen hastalarda ise; diğer hastalara oranla algı, anlayış kavramları zaman içerisinde farklılaştığından bu tür hastaların iletişimi de ayrı bir kategoriye girmektedir. Çevreye uyum sorunlarının olduğu bu grup hastaların hekimi ile ilişkilerinde de elbette ki sorunlar ve zorluklar olmaktadır. Yaşlı hastalar yaşlılıklarına paralel olarak daha alıngan ve söyleneni yanlış anlama eğiliminde olmaktadır. Verdikleri tepkiler yüzeysel olmamaktadır. Bu tür hasta gruplarında daha dikkatli bir anlayış ve ilgi gösterilmesi gerekliliği hakimdir (MEB, Sağlıkta İletişim, 2011).

3.4.4. Sistemden Kaynaklı Sorunlar

Hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için sağlık güvencesine ihtiyaçları vardır. Bu durumda devreye devlet destekli sosyal güvenceler girmektedir. Bunlar her hastanın sahip olduğu durumlar değildir. Sağlık güvencesi olan ile olmayanın hastaneden faydalanabilme durumları değişmektedir. Bu farklılıklar sağlıkta iletişimi etkileyen faktörlerdendir (Karaboğa ve Kardeş, 2022).

Bir diğer sistemsal soruna değinmek gerekirse; Performansa dayalı sistemin getirilmiş olması, hekimlerin daha kısa zamanda daha çok hasta bakmasına neden olurken, hastaya gerekli gereksiz daha çok tetkik ve uygulamaların yapıyor oluşu nitelikten uzak nicelik esaslı bir sistemi beraberinde getirmiştir. Bu durum hastaların hekimlerine olan güveninde sarsılmalara sebep olabilmektedir (Karahisar, 2015).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan iyileştirmelerin yanı sıra birçok sorunlar da devam etmektedir. Tam gün çalışmanın gelmesi ve buna ek olarak performansa dayalı sistemin hasta-hekim arasında ki iletişimi ticarete döktüğü oluşu sağlığa ulaşamayan bazı hastaların haklı öfkesini hekimlere yansıtma hakkını doğurmuştur. Bu öfkenin altında yatan sebeplerin sağlık politikaları ile alakalı olduğu düşünülmektedir (Bulut ve Şengül, 2019).

SDP (Sağlıkta Dönüşüm Programı) aynı zamanda hasta ve hekimi karşı karşıya getirerek sağlıkta şiddete de zemin hazırlamıştır. Yapılan araştırmalarda hekimlerin %66 sının hastalar tarafından şiddete maruz kaldığı görülmüştür. SDP ‘nin getirmiş olduğu yanlış politikaların bazılarını hastalar, hekimlere ve sağlık çalışanlarına mal ederek hekimlerin ve çalışanların hedefleri haline gelmiştir (Bulut ve Şengül, 2019). Sağlık hizmetinin ticarileşmesi ve rekabet ortamının oluşması hastaları müşteri konumuna sokarken, hastalar da daha çok para ile daha kaliteli bir sağlık hizmeti alan alıcı durumuna gelmektedir. Bu durum hekimlerin kamudan daha çok özele kaçışlarını hızlandırmıştır. Aynı zamanda hekimlerin düzensiz dağılımları, iş yükü, motivasyon sorunu yaşayan çalışanların sorunlarına çözüm getirilmesi gerekmektedir (Bulut ve Şengül, 2019).

3.5. DÜNYA’DA HASTA- HEKİM İLETİŞİMİ

Sağlık iletişimi 1970 yılında Kuzey Amerika’da önem kazanmıştır (Uludağ, 2011). 19. yy.da sağlık güvencesi Avrupa’da devletin gündemine alınmıştır. İlk başlarda gelir seviyeleri düşük olan hastaları kapsarken ilerleyen zamanlarda gelir durumuna bakılmadan tüm bireyleri kapsamıştır (Cockerham, 2004).

1881 yılında ilk defa Almanya’da yapılan ulusal sağlık sigortası sırasıyla Avusturya, İsviçre, İngiltere ve Rusya’da başlamıştır (Cockerham, 2004). Yapılan araştırmalarda İngiltere’de hekimlere karşı davaların arttığı görülmüştür. Bu davaların içeriğine bakıldığında ise hekim odaklı iletişim olduğu ve artık bu uygulamadan daha çok hekimin hastası ile ilgili iletişim modelinin benimsenmesinin gerekliliği görülmüştür (Brown, 2008).

Avrupa’da hasta hakları daha çok hasta merkezli iletişim modelinde seyretmektedir (Saltman ve Fiqueras, 1998). Avrupa’da hasta hakları 1990’lı yıllarda başlamıştır. 1994 yılında Slovenya’da Avrupa Sağlık Reformu düzenlendiğinde hastaların seçme hakları ve diğer hakları kazanılmıştır. Bazı ülkelerde hastaların hekimlerine ulaşma olanakları bulunmaktadır (Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Bulgaristan, Fransa, Almanya, İzlanda, Macaristan, Yunanistan, İsrail, Polonya, İsveç, Letonya, Slovakya, İsviçre ve Türkiye). Bazı ülkelerde (Lüksemburg, İsviçre, Belçika ve Fransa) ise hastaların hekimlerini özel veya kamu hastanesi farketmeksizin özgürce seçtikleri bilinmektedir.(Saltman ve Fiqueras, 1998).

Dünya’da sağlık hizmetleri konusunda Almanya’nın başı çektiği bilinmektedir (Saraçlı, 2010). Almanya’da çoğunlukla hastalara hekimler ücretsiz olarak hizmet vermektedir (Serin, 2001). Büyük Britanya’da ise ülke vatandaşı için 24 saatlik hekimine ulaşma hattı kurulduğu bilinmektedir. İzlanda da hastaların zorunlu sağlık sigortası bulunmaktadır (Sargutan, 1996). Ülkede hasta hakları özel yasalar ile güvence altında olduğundan 12 yaşında ki küçük çocuklara bile sağlığı ile alakalı danışma hakkını vermektedir. Polonya’da ki hastalar hekimlerinden hastalıkları ile alakalı bilgi alabilir ve tedavi yöntemlerini öğrenebilme hakları mevcuttur (Saltman ve Fiqueras, 1998).

Macaristanda 18 yaşından küçük olan hastalara tedavileri ile alakalı bilgilendirilme yapılma zorunluğu getirilmiştir. İngiltere’de Polonya da olduğu gibi hasta hakları konusunda Patient’s Charter Beyannamesi çıkartılmıştır (Saltman ve Fiqueras, 1998). İtalya’da hasta haklarını savunabilmeleri için mahkemeler kurulmuştur. ABD’de yaşlı hastalar hakkında özel sigorta mevcuttur. Medicare olarak bilinen bu sigorta kronik rahatsızlığı bulunan ve 65 yaş üstü kişilerin gelir düzeyine bakılmaksızın ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanmalarını sağlamaktadır (Lassey vd., 1997).

3.6. HASTA- HEKİM İLETİŞİMDE MEDYA

Medya her türlü iletişim tekniklerinin kullanıldığı çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Herkesin iletişimsel anlamda faydalandığı medyadan sağlık sistemi de nasibini almaktadır. Sağlık sisteminde var olan karmaşanın bireysel bazda kolayca çözülmesine yardımcı olması açısından önemlidir (Kreps ve Thornton, 1992).

Sağlık bakanlığı her geçen gün sağıkta dönüşüm programı altında etkili ve etkin bir sağık hizmeti sunabilmek amacıyla medyadan da faydalanmaktadır. Medya aracılığı ile bireylerin bilgilendirilmesi ve buna bağılı bilinçlendirilmesi söz konusudur. Bu şekilde medyadan faydalanmak kişilerin yanlış uygulamalarının önüne de geçmektedir. Zararlı ve uygun olmayan davranışların değıştirilmesinde etkin bir iletişim kanalıdır.

Medya etkinliğı açısından bakıldığında geniş bir alana hitap etmektedir. Hekimin çalışma alanı içerisinde bu kadar fazla kişi ve hastalara ulaşması mümkün olmamaktadır. Medya bu açıdan bakıldığında toplumsal bilinçlendirmede önemli bir rol almaktadır. Böylece hekimin iş yükünde de hafifleme olmaktadır (Sütlaş, 2007).

Sağık iletişiminde medyanın sağık konusunda halkın bilgisini artırma, davranış değışikliği oluşturma, bağımlılık oluşturan maddelerin kullanımının zararlarını anlatma, sağıklı davranışları devam ettirme gibi amaçları bulunmaktadır (Çınarlı, 2008). Medya'nın yanı sıra internet kullanımın, sağık alanında iletişimsel manada her hastanenin kendi sitelerini oluşturmalarına bakıldığında arttığı görölmektedir (Rimal ve Adkins, 2003).

Hastaların randevularını internet ve telefon aracılığı ile almaya başlamaları hastaların uzun kuyruklarda beklememelerini sağlamıştır. Bu durum hastaların uzun bekleyişlerini en aza indirdiğinden hasta gergin, stresli olmamakta ve bu durum hasta-hekim iletişimini olumlu yönde etkilemektedir (Street, 2003).

Hasta ve hekim iletişimin de medya ve internetin sağladığı faydaların yanı sıra olumsuz geri dönüşlerin de yaşandığı görölmektedir. Çoğunlukla hastalar hastalıkları ile ilgili konularda yayınlanmış içerikleri inceleyerek kendi hastalığı hakkında kendi fikrinde karar verebilir ve teşhis koyabilir duruma gelmiştir ki, bu durum hastaların doktoruna yazacakları ilaçları konusunda akıl vermelerine neden olabilecek olayları beraberinde getirmiştir. Bu ve buna benzer medya ve interneti amacı dışında kullanan hastaların hekimleri ile arasında ki iletişimde sorunların yaşanmasının önünü açmıştır.

3.7. OLUMLU HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNİN NEDENLERİ VE SONUÇLARI

Hekimler hastalara sadece tedavi ve teşhis amaçlı yaklaşmazlar. Görevleri gereği hastalarla hastalıkları hakkında bilgi alışverişinde bulunurlar. Karşılıklı bu alışveriş hastaların kaygı düzeylerinde düşüklüğe sebep olmaktadır (Uyer, 2000).

Hastaların hekimlerinin kendilerini dinledikleri ve bunun için zaman ayırdıklarında güven duygularının arttığı yönünde araştırmalar mevcuttur (Fiscella vd., 2004). Tedavinin başarılı olmasında en büyük etken güven üzerine kurulmuş hasta memnuniyetini başarılı bir iletişimden geçtiğini göstermektedir (Cirhinlioğlu, 2001).

Hastanın hekimini dinleyebilmesi ve talimatlarına harfi harfine uyabilmesi hekimine olan güven ve sevgiden geçmektedir. Hekimine güvenen hasta, hekiminin tedavisini sorgulamamaktadır ancak güven duymayan hasta hekiminin iletişimini sorgulamaya başladığı anda tedavisini de sorgulamaktadır. Dolayısıyla hastalar doğru iletişim kurdukları hekimlere gitme eğilimi göstermişlerdir (Freedman vd., 1998).

Kreps ve Thornton (1992) etkili bir sağlık iletişiminin sağlanabilmesi için etkili sağlık iletişim becerileri bulunan kişilerin bu hizmeti vermesi gerektiğini söylemiştir. Bu hizmetin sadece hekimler tarafından değil, hastane yönetim kadrosundan diğer tüm sağlık çalışanları tarafından da aynı şekilde uygulanması gerektiğini savunmuşlardır.

Etkili bir sağlık iletişiminin hem hastaya hem de hekime katkıları çok büyüktür. Hekim açısından bakıldığında mesleki tatmin duygularının artacağı daha çok teşhis ve tanı koymak için hasta bakmaya hevesli olacaklarından daha az hekim şikayetlerine kadar giden bir dizi katkı sağlayacaktır (Gordon ve Edward, 1997).

Hasta açısından bakıldığında ise hasta memnun kalacağından aynı hekimini tekrar seçecek ve sürekli değiştirmek zorunda kaldığı hekimin değiştirmeyerek tedavisinin de aksamamasına sebep olacaktır. Tedavide hekimini ile işbirliğine girecek olan hasta yanlış uygulamaların da önüne geçebilmektedir (Bredart vd., 2005). Hasta memnuniyeti demek hekim başarısı demek olduğundan bunların ikisini birbirinden ayrı gibi düşünmek yanlış olacaktır (Özlü 2003).

3.8. SBAR İletişim Tekniği

SBAR iletişim tekniği; Hastanelerin sağlık çalışanlarının kendi aralarında kullanmasını uygun gördüğü, hastanın güvenliğinin sağlanması ve etkili bir iletişimi kanıtlaması açısından önemli bir tekniktir. Bu daha çok hasta teslim sırasında hasta hakkında ki bilgileri içeren;

- * Situation (Durum)
- * Background (Geçmiş)
- * Assessment (Değerlendirme)
- * Recommendation (Öneri)

gibi parametrelerden oluşmaktadır. Bunlara kısaca değinmek gerekirse;

Situation: Hastaların adı-soyadı, (varsa) alerji bilgileri, şikayeti, doktorunun ismi gibi bilgileri içermektedir.

Background: Hastaların geçmişinde geçirdiği hastalıklar, kullandıkları ilaçlar ve ağrı durumlarını içermektedir.

Assessment: Hastalara kullanılan kateter, dren gibi işlemsel olaylar, sıkıntılı test sonuçları, yapılmış konsültasyonlar gibi bilgileri içermektedir.

Recommendation: Hastaya yapılması planlanan bakım, tetkik ve önerilerin bulunduğu son bölümü içermektedir.

Bunlar teknik iletişimin daha sistematik olması için kullanılmaktadır. Çalışanlar arasında daha net, yanlışsız bir bilgi aktarımını da sağlamaktadır. Böylece hasta-hekim arasında güvenli ve etkin bir bakımı sağladığından iletişiminin kesintiye uğramasının önünde engel oluşturmaktadır.

Standardize edilmiş bir iletişim tekniği kullanımını zorunlu kılan Joint Commission International (JCI) için SBAR tekniği kullanılması gerekli bir uygulama haline gelmiştir. Bu teknikle beraber SBAR tekniği;

- * Hekimlerin ve diğ er sağlık çalışanlarının hastalarını bir diğ er hekime ve sağlık çalışanına teslim etme s ure lerinde,
- * Hekimlerin ve diğ er sağlık çalışanlarının yerlerini kısa s ureliğine bile olsa terketmesi gereken durumlarda,
- * Ameliyathaneden uyandırma odasına ve uyandırma odasından servise alımlarda, servisten yoğun bakıma hasta nakillerinde,
- * Hastaneden başka hastanelere sevklerde, taburcu işlemlerinde kullanılmaktadır.



4. YÖNTEM

Araştırmanın bu kısmında, araştırmanın amacı, önemi, modeli, varsayımları, evren ve örnekleme ile sınırlılıklarının yanı sıra araştırma için gerekli olan verilerin toplanması ve sonucunda toplanan verilerin analizi kısmı yer almaktadır.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı; Kişi için en önemli varlık olan sağlığın korunması öncesi, sırası ve sonrasında hastaların sağlıkları için iletişime geçmiş olmak durumunda oldukları hekimleri ile aralarında ki iletişimi tanımlamak varsa iletişim problemlerini belirlemek ve bu problemlere ilişkin çözüm önerilerini saptamaktır.

Araştırmanın önemi: Hasta-hekim iletişimi konulu tezlerin az sayıda olmasına ek olarak çalışılan konuların tek bir faktöre yani spesifik konulara değinilmiş (güven, okuryazarlık, medya gibi) olması açısından bu çalışma daha genel ve farklı konuların da olduğunu tespit etmesi açısından literatüre katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra konu ile en alakalı elde edilen bilgilerin (tez-makale) harmanlanıp tek bir çatı altında toplanması ve ulaşılan bulguların hem hasta hem hekim hem de yöneticiler açısından ne gibi sorunların olduğunu tespit etmesi ve bu sorunlara çözüm önerileri sunmasını sağlaması açısından önem arz etmektedir.

4.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma modelinde, Hasta-Hekim İletişimi ile ilgili kaynakların detaylı bir şekilde araştırılıp incelenmesine yönelik derleme yöntemi kullanılmıştır.

Derleme, konu ile alakalı bulunan literatürde ki tüm veriler taranıp, elde edilen sonuçlar ışığında son durumun tespit edildiği çalışma olarak geçmektedir. Diğer açıdan tarif etmek gerekirse; Başka araştırmacılar ve kurumların, konu ile alakalı taranmış ve hazırlanmış farklı farklı dökümanların toplanıp incelenmesi olarak geçmektedir (Tuncer ve Şen, 2018).

Bu çalışmada derleme yapmakta ki amaç; hasta-hekim iletişimi hakkında yapılan tez, makale ve benzeri çalışmalardan elde edilen verilerin tek bir bakış açısı ile veya daha kısıtlı konu alanlarının (empati, güven, sağlık okuryazarlığı, medya) incelendiği ve işlendiği görülmüştür. Ayrıca, hasta-hekim iletişimi ile alakalı konularda farklı farklı çalışılan temaları bir araya getiren bir çalışma olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla, hasta-hekim iletişimde ulaşılan bulgular ve önerilerin kategorize edilmesi ve ayrıntılı bilgiye yer verilmesinden dolayı böyle bir araştırma ve çalışma modeline ihtiyaç olduğu görülmüştür.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, “hasta-hekim”, “hasta-hekim iletişimi”, “sağlık iletişimi” anahtar kelimeleri arama başlıkları Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi, Tübitak Ulakbim DergiPark, Google Scholer veri tabanları oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemini ise, YÖK Ulusal Tez Merkezinden (2024) tarihine kadar olan tüm çalışmaları içeren 107 tez oluşturmaktadır. Bunların içerisinde konu ile alakalı (hasta-hekim iletişimi) ulaşılabilen 7 adet tez olduğu görülmüştür. Tezlere ek olarak, Tübitak Ulakbim DergiPark veri tabanında konu içeriğine en uyumlu olan toplamda 28 makale de bu süreçte dahil edilmiştir.

4.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmanın birinci aşamasında, konu ile alakalı detaylı bir alan taraması yapılmıştır. Veri toplama tekniği olarak, doküman analizi kullanılmıştır. Bu analiz konu ile alakalı sonuca ulaşmak amacıyla bulunan kaynakların okunması, not alınması ve değerlendirilmesini içerir (Karasar, 2006).

Türkçe kaynaklar ve buna ek olarak yabancı kaynaklardan alıntı yapan tez ve makalelerin içeriklerine de, Tübitak Ulakbim DergiPark, Google Scholer ve Gümüşhane Üniversitesi Veri Tabanı veri almak amacıyla tezde kullanılmıştır.

4.5. VERİ ANALİZİ

Verilerin analiz edilmesi, konu ile ilgili tüm elde edilen sonuçların kısaca özetlenmesi, kategorize edilmesi ve sonucunda tekrardan üzerinde düşünülmesi gereken bir süreçtir (Büyüköztürk vd., 2014).

Bu çalışmada betimsel içerik analizi kullanılmıştır. derleme yapılan çalışmalar da meta sentez, betimsel içerik analizi ve meta analiz tekniklerinin kullanıldığı görülür (Çalık ve Sözbilir, 2014). Betimsel içerik analizi daha çok, belirli konuları olan araştırmaların incelenmesi sonucu eğilimlerinin saptanması ve sonuçlarının belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Çalık ve Sözbilir, 2014).

İçerik analizi oluşturulurken, konu ile alakalı toplam 107 tez analiz edildikten sonra hasta hekim iletişimi konulu 7 tez ve hasta hekim adı altında 32 tezin yanında binlerce makale arasından konuya en yakın içeriğe ve bilgiye ulaşılabilen 28 makale pdf dosyası olarak kaydedilmiştir. Çalışılan konuların ağırlıklı olarak sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasının iletişimsel sorunları azaltacağı sonuçlarının yanında, güven duygusunun olduğu iletişimsel davranış modellerinin etkin tedavi sürecine faydaları buna ek olarak da etkili iletişim tekniklerinin kullanılması yönünde olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, eğitimlerin bu çerçevede verilmesi ve okul müfredatlarına eklenmesinin önemli olduğu da çıkan sonuçlar arasındadır. Tarama yapılırken, anahtar kelimenin içerisinde geçtiği ancak farklı konularda araştırma yapıldığı içerikler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Kaydedilen tez ve makalelerin hangi konu üzerinde spesifik bir araştırma yaptığı, yazarı, yayın yılı, konu başlıkları ve içerik analizleri, veri toplama teknikleri, veri analiz yöntemleri bilgisayar ortamında kaydedilmiştir. Kaydedilen verilerin ardından, tez içerik başlıkları ve değinilmeyen bölümlerin tez alt başlıklar halinde oluşturulması sağlanmıştır. Elde edilen bilgi ve sonuçlar ile çalışılan ve en önemli üzerinde durulması gereken konuların grafiksel ve tablosal gösterimleri tez de yer almıştır. Veri toplama aracının geçerlilik ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla incelenen çalışmalar sonucu oluşturulan içeriklerin onayı uzman görüş (danışman onayı) alınarak araştırmaya eklenmiştir.

5. BULGULAR

Derleme aşamasında incelenen tüm tezlerin ve makalelerin bu bölümde hangileri olduğu ve daha çok hangi konular üzerinde durulduğu, ilgili tezlerin düzeyleri, tez ve makalelerin yöntemleri, yıllara göre dağılımları, yapılan çalışmalar sonucunda üzerinde durulan en önemli sonuçlar ve önerilerin grafiksel dağılımlarına yer verilmiştir.

5.1. Literatürde Taranan Tezler

Tablo 1: Literatürde taranan tezler

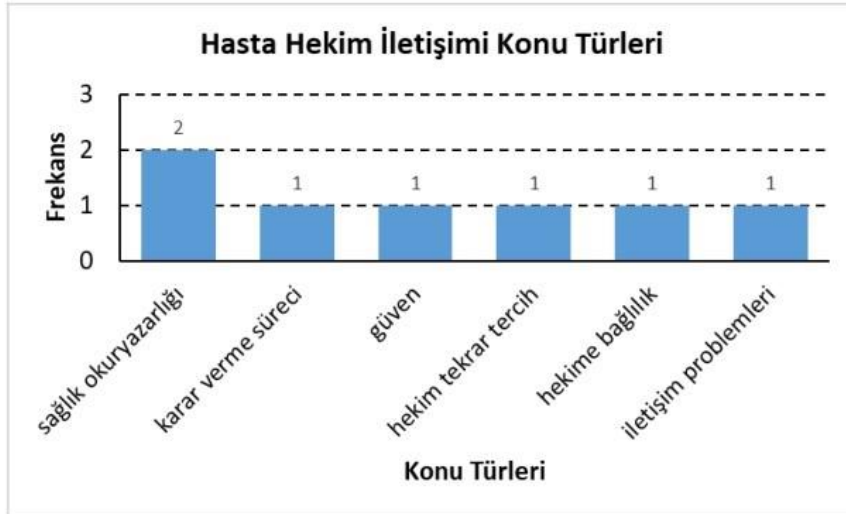
YAZAR	TEZLER	YÖNTEM
Koç, 2014	Aile Hekimliğinde Hasta-Hekim İletişimde Güven Unsurunun Hastanın Hekimine Bağlılığı Üzerine Etkisi	Yüz yüze görüşme (kesitsel saha çalışması)
Yılmaz, 2016	Hasta Hekim İletişiminde ki Problemler ve Bu Problemlere Yönelik Çözüm Önerileri; Nitel Araştırma	Kartopu-zincir örnekleme yöntemi
Ünal, 2016	Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim Bağlılığına ve Hastaneye Bağlılığına Etkisi	Tabakalı rastgele örnekleme yöntemi
Gözlü, 2018	Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği	Anket yöntemi
Kaya, 2019	Hasta Hekim İletişimi ile Hekimin Tekrar Tercih Edilmesi İlişkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği	Anket yöntemi (hasta-hekim iletişim ölçeği)
Sever, 2022	Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hekim İletişiminin Karar Verme Sürecine Etkisi: Gaziantep İli Örneği	Kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi

Efe, 2023	Hasta Hekim İletişiminin,Hastanın Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi	Anket(Kesitsel analitip tip)
-----------	--	----------------------------------

5.1.1. Lisansüstü İlgili Tezlerin Üzerinde Durduğu Konuların Türleri

Çalışmalara bakıldığında ilgili tezler daha çok; Sağlık okuryazarlığı, güven unsuru, karar verme sürecine etkileri, hastanın hastaneye ve hekime bağlılığı, hastanın hekimi tercih ilişkisi, gibi konular üzerinde durulduğu görülmüştür.

Bunların yanı sıra incelenen makalelerin konularının içerisinde ise; hasta ile sağlık çalışanları arasında ki iletişimsel sorunlar, hasta hekim ilişkisinin psikolojik boyutları, hasta hekim ilişki kavramları,hasta bakış açıları hasta hekim iletişimi, sağlık sektöründe uygulanan politikalar sonucu hasta hekim iletişimi, gibi konulara da geniş yer verilmiştir. Araştırmanın konularının grafiksel dağılımı şekil 4’te verilmiştir.



Şekil 4. Lisansüstü tezlerin konu türleri dağılımı grafiği

Şekil 4’te gösterilen grafiğe bakılacak olursa;

İncelenen 7 tez çalışmasından 2’sinde “sağlık okuryazarlığı” (Gözlü 2018, Efe 2023).

İncelenen 7 tez çalışmasından 1’inde “güven” konusu (Koç 2014).

İncelenen 7 tez çalışmasından 1’nde “karar verme” (Sever 2022).

İncelenen 7 tez çalışmasından 1’inde “tekrar tercih” (Kaya 2019).

İncelenen 7 tez çalışmasından 1’inde “bağlılık” konusu olan (Ünal 2016).

İncelenen 7 tez çalışmasından 1’inde “iletişim problemleri” (Yılmaz 2016).

Lisansüstü tezlere bakıldığında, hasta hekim iletişimi ile konuların daha çok sağlık okuryazarlığına daha fazla eğilimli olduğu görülmektedir.

5.1.2. Lisansüstü Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yapılan araştırmada, “Yıllara göre hasta-hekim iletişimi ile ilgili yazılan tezlerin dağılımı nasıl olmuştur?” sorusuna yanıt aranmıştır.



Şekil 5. Hasta-hekim iletişimi ile ilgili tezlerin yıllara göre dağılım grafiği

Şekil 5. grafiğine baktığımızda; hasta-hekim iletişimi ile alakalı yazılan tezlerin sayı olarak en fazla olduğu yıl 2016 yılı olduğu ve genele bakıldığında çalışılan yıllarda birer çalışmanın yapıldığı dolayısıyla; yeterince çalışma olmadığı görülmektedir.

5.1.3. Lisansüstü İlgili Tezlerin Düzeyleri

Bu bölümde ‘İlgili tezlerin (doktora, yüksek lisans, uzmanlık tezi) dağılımları nasıldır?’ sorusuna yanıt aranmaktadır. Tezler üç başlık altında toplanmıştır. Grafikselleştirilmesi aşağıda Şekil 6.’da gösterilmektedir.



Şekil 6. Hasta-hekim iletişimi tezlerinin düzeyinin grafiksel dağılımı

Şekil 6. grafiğinden de anlaşılacağı üzere; en fazla bu alanla ilgili “yüksek lisans” tezleri ön plana çıkmaktadır. İkinci sırayı “tıpta uzmanlık” alanında ki tezlerin aldığı görülür. Doktora alanında yapılan tez sayısı yok denecek kadar azdır.

5.1.4. Lisansüstü İlgili Tezlerin Yöntemleri

Hasta-hekim iletişimi ile alakalı yazılan tezlerin yöntemleri iki farklı gruba ayrılarak gösterilmiştir. Bunlar “nitel” ve “nicel” araştırma yöntemleridir. Grafiksel görüntüsü şekilde ki gibidir.



Şekil 7. Hasta-hekim iletişimi ile ilgili tezlerin yöntemlerinin grafiksel dağılımı

Şekil 7. grafiğine bakıldığında 7 adet ilgili tez çalışmasından 5 tanesinin (Gözlü 2018, Koç 2014, Ünal 2016, Kaya 2019, Efe 2023) nicel veri tekniklerini kullandığı görülmüştür. Bunların yanı sıra 2 tanesinin (Yılmaz 2016, Sever 2022) nitel veri teknikleri kullandığı görülmüştür.

5.1.5. Lisansüstü İlgili Tezlerden Elde Edilen Önemli Sonuçlar

Bu bölümde, araştırması yapılan tezlerin varmış oldukları en önemli sonuçların neler olduğuna dair cevaplar aranmaktadır.

Tablo 2. Hasta-hekim iletişimi ile ilgili tezlerin ulaştığı sonuçlar tablosu

TEZLER	SONUÇLAR
KOÇ, 2014	Güven duygusunun hekime bağlılığa etkisinin önemli bir ölçüt olduğu görülmüştür.
YILMAZ, 2016	Hasta hekim iletişiminde asıl sorunun, sistemsel ve yapılan sağlık politikalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.
ÜNAL, 2016	Hasta hekim iletişiminde, hekime bağlılık hastane bağlılığını da beraberinde getirmektedir.
GÖZLÜ, 2018	Hasta hekim iletişiminde, sağlık okuryazarlığın yetersiz ve sınırlı olduğu sonucuna varılmıştır.
KAYA, 2019	Hekimin iletişim yönünün gelişmiş olması, psikolojik destek sağlayıcı olması tekrar tercih edilme sebebi olarak görülmüştür.
SEVER, 2022	Hastaların karar verme süreçlerine etki eden faktörlerin, kurumsal iletişim eksikliği ve yetersiz eğitimler olduğu sonucuna varılmıştır.
EFE, 2023	Sağlık okuryazarlığın artırılması için sosyal medya, tv, broşür gibi alanların aktif kullanılması gerekliliği görülmüştür.

Koç 2014 çalışmada; 20 yaş altı ve 61 yaş üstü hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda, 61 yaş üstü hastaların hekimleri ile ilişkilerinde daha pozitif yönde olduğu, hekimlerinin bilgi birikimine güvendikleri (kronik durumları göz önüne alındığında) görülmüştür. Bunun yanı sıra hasta bağlılığının en çok hekimin klinik davranışlarına duyulan güvenden etkilendiği sonucuna varılmıştır.

Yılmaz 2016 adlı tez çalışmasında çıkan sonuçlar ışığında en önemli ulaşılan sonuç olarak; sağlık iletişimde ki sorunların, hasta veya hekim kaynaklı sorunlardan olmadığını daha çok sağlık sistemi ve oluşturulan politikalardan kaynaklı olduğunu ortaya koyduğu görülmüştür.

Ünal 2016 tezin sonuçlarında; Hasta merkezli iletişim kuran hekimlere bağlılık, hastaneye bağlılığı da beraberinde getirmiştir.

Gözlü 2018 tez çalışmasının sonucuna bakıldığında; sağlık okuryazarlığının iletişim kalitesini belirlemede bir çok faktörün incelendiği ve faktörlere bağlı olarak (yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim vb.) sağlık okuryazarlığın yetersiz ve sınırlı boyutlarda olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Buna istinaden hekimlerin iletişim kurarken aceleci olmayan ve daha çok hasta merkezli yaklaşımda bulunması sağlık iletişimi anlamında olumlu ve pozitif yönde etki edeceği sonucuna varılmıştır.

Kaya 2019 çalışmanın dikkat çeken sonucu, iyi bir iletişime sahip ve psikolojik destek sağlayan hekimin, tekrardan tercih edildiği, başkalarına tavsiye edildiği ve verilen ilaçların harfiyen kullanılması gibi olumlu sonuçlarının olduğu görülmüştür.

Sever 2022 tezinde; hasta hekim arasında ki iletişimin kişisel iletişim sorunu olmasından çok, kurumsal iletişim sorunlarından ve eğitim eksikliğinden kaynaklı olduğunu, bu eksiklikler için uygun politikaların ve eğitimlerin verilmesi ve geliştirilmesi gerekliliği sonucuna varılmıştır.

Efe 2023 sonuçlarında ise; Kişilerin sağlık okuryazarlığının artırılması için eğitim seviyelerinin yükseltilmesi bunun için gereken her türlü sosyal medya, tv, broşür gibi yayınların kullanılması gerektiği sonucu çıkmıştır. Aynı şekilde sağlık eğitimlerinin okul müfredatlarına eklenmesi gerektiği söylenmiştir.

5.1.6. Lisansüstü İlgili Tezlerin Sonucuna Bağlı Önerilerin Grafikselleştirilmesi

Araştırmanın bu son kısmında ‘ilgili yazılan tezlerin sonuçlarına bağlı olarak öneriler ne yönde olmuştur?’ sorusuna cevap aranmaktadır.



Şekil 8. Hasta-hekim iletişimi konusunda yazılan tezlerin öneriler grafiği

Yapılan tezlerin araştırması sonucunda, en fazla dikkati çeken önerilerin başında, sağlık profesyonellerin okul eğitim müfredatlarına “sağlık iletişimi” derslerinin konulması ve kamusal ve özel alanda çalışanlara kurumsal eğitimlerin verilmesi gerekliliği birinci sırayı almaktadır.

Eğitim kadar önemsenen bir diğer öneri ise; siyasiler tarafından yasal düzenlemelerin yapılması zorunluluğu ile bir takım kurumsal düzenlemelerin yürürlüğe girmesi, hasta hekim iletişiminde daha doğru bir iletişimi beraberinde getireceği düşünülmektedir.

5.2. Literatürde Taranan Makaleler

Çalışmanın konusu olan ‘hasta-hekim’ iletişimi hakkında yazılan tezlerin az olmasından dolayı bu bölümde konu ile ilgili en alakalı makalelerin; yazarları, yayın yılları, kullandığı yöntem ve sonuçlarına yer verilmektedir.

Tablo 3. Literatür taraması yapılan makalelerin tablo gösterimi

YAZAR	MAKALE	YÖNTEM	SONUÇ
Atilla vd., (2012)	Hasta-Hekim iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma	Yüz yüze görüşme	Tıbbi terminoloji kullanımı Empati kuramama Eşit katılımlı iletişim Hekimin davranış şekilleri (Hitap)
Gültekin, 2016	Etik açıdan hasta-hekim iletişimi nasıl olmalıdır?	Derleme	Empati kuramama Yetersiz politikalar (Zamanın kısıtlılığı) Güven duygusu Hizmet içi eğitimler (Dikkatli dinleme, Mahremiyete saygı)
Başol, 2018	Hasta ile sağlık çalışanları(doktor-hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri	Anket	Empati kuramama Yetersiz politikalar (Zaman kısıtlılığı) Güven duygusu Hizmet içi eğitim (Ön yargısız iletişim)
Becerikli, 2013	Türkiye’de sağlık iletişimi üzerine yazılan lisansüstü tezlerin bibliyometrik analizi: Eleştirel bir bakış	Bibliyometrik analiz	Psikolojik destek (Sağlığın bir fiziksel olay olarak algılanıp, psikolojik boyutlarına değinilmemesi)
Işık, 2021	Sağlık iletişimi bağlamında hekim hasta, hasta-hekim iletişimi inceleme çalışması: Özel bir hastane analizi	Yüz yüze görüşme	Tıbbi terminoloji kullanımı Güven duygusu Hekimin davranış şekilleri (Hitap) Medya bilgilendiriciliği Hizmet içi eğitim (İletişim teknikleri eksiklikleri) Kurumsal düzenlemeler (Yoğun çalışma saatleri)

Tablo 3. (devamı)

Atıcı, 2007	Hasta-Hekim ilişkisi kavramı	Derleme	Sağlık iletişimi derslerinin okutulması Eşit katılımlı iletişim
Atıcı, 2007	Hasta-Hekim ilişkisini etkileyen etmenler	Derleme	Tıp etiği eğitimi
Taşçı, 2013	Hekim-Hasta ilişkisinin psikolojik boyutları	Derleme	Tıp etiği eğitimi
Güldal, Akkoç, 2001	Kliniğe giriş: Kavram ve uygulamalar	Derleme	Tıbbi terminoloji kullanımı Sağlık iletişimi derslerinin okutulması
Adaş, Elbek, 2009	Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme	Derleme	Yetersiz politikalar (Prim ve katsayı sorunları) Hasta-hekim kavramı değişikliği
Gezergün, vd., 2006	Hastaların bakış açısıyla hasta-hekim ilişkisi ve iletişimi: Bir eğitim hastanesi örneği	Derleme	Tıbbi terminoloji kullanımı Güven duygusu Sağlık iletişimi derslerinin okutulması Yetersiz politikalar (Zaman kısıtlılıkları)
Karahisar, 2014	Sağlık sektöründe uygulanan politikalar ve doktor-hasta iletişimi	Anket	Tıbbi terminoloji kullanımı Yetersiz politikalar (personel azlığı) Sağlık iletişimi derslerinin okutulması
Mahmud, 2010	Doctor-Patient relationship (doktor-hasta ilişkisi)	Derleme	Güven duygusu Entelektüel yapıda denge Eşit katılımcılık
Şengün, 2016	Sağlık hizmetlerinde iletişim yönetimi	Derleme	Teknolojiyi takip Eşit katılımcılık
Arı, 2022	Bir danışmanlık faaliyeti olarak sağlık iletişimi	Derleme	Sağlık iletişimi derslerinin okutulması Hizmet içi eğitim

Tablo 3. (devamı)

Şengül, Bulut, 2019	Türkiye’de sağlık sistemi sorunları ve çözüm önerileri	Derleme	Medya bilgilendiriciliği Politika yanlışlıkları (iş yükü, personel azlığı)
Yağbasan, Çakar, 2006	Doktor-Hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması	Anket	Tıbbi terminoloji kullanımı Psikolojik destek Hekim davranış şekilleri (soğuk)
Korkmaz, 2017	Sağlık iletişimi çalışmalarında hasta ve hekim ilişkisi	Derleme	Güven duygusu Empatik yaklaşım Eşit katılımcılık Yetersiz politikalar (Yetersiz personel) Hizmet içi eğitim
Erdoğan, 2013	Sağlık sektöründe halkla ilişkiler ve iletişimsel uygulamalara genel bir bakış	Anket	Tıbbi terminoloji kullanımı Sağlık iletişimi derslerinin okutulması Empati kuramama
Kırgın, 2012	Sağlık Bakanlığı Hastanelerine yapılan hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi	Derleme	Hizmet içi eğitim (Hasta hakları ihlali, çalışan hakları ihlali, yetersiz bilgilendirme)
Taşmurat, 2020	Sağlık iletişimi ve hastanelerde iletişim sorunları	Derleme	Empati kuramama Hekim davranış şekilleri(Kullanılan dil ve üslup) Sağlık iletişimi derslerinin okutulması
Güzel, vd, 2022	Hasta-Hekim iletişimi: özel hastane örneği	Yüz yüze görüşme	Tıbbi terminoloji kullanımı Yetersiz politikalar (Personel yetersizliği, Hekimliğin özendirilmesi) Sağlık okuryazarlığın yükseltilmesi

Tablo 3. (devamı)

Ertem, vd, 2007	Dicle Üniversitesi Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri	Yüz yüze görüşme	Yetersiz politikalar (İş yükü) Hizmet içi eğitimler (Hasta hakları ihlali) Kurumsal düzenlemeler (çalışma saatleri, vb)
Baylas, 1975	Çocuk, hasta ve hekim ilişkileri	Derleme	Hekim davranış şekilleri (üslup)
Görgü, vd, 2021	Hasta-Hekim ilişkisine kavramsal yaklaşım	Derleme	Sağlık okuryazarlığın yükseltilmesi Eşit katılımcılık
Küçükşen, 2015	Hasta-Sağlık personeli iletişimi: Hasta hakları yönüyle bir bakış	Derleme	Tıbbi terminoloji kullanımı Hizmet içi eğitimler Sağlık iletişimi derslerinin okutulması
Acar, 2024	Hekimlerin sağlık iletişim düzeyleri ve kullandıkları modellerin incelenmesi	Odak grup görüşmesi	Hizmet içi eğitimler (hasta ve hekim)
Güven, Taşkiran, 2019	Sağlık iletişimde doktor hasta ilişkisi modelleri ve ilişki taraflarının değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik bir araştırma	Anket	Kurumsal düzenlemeler (çalışma saatleri vb.)

Tablo 3.'ten de anlaşılacağı üzere; makalelerden elde edilen sonuçların birbiri ile paralellik gösterdiği (*empati kurmada eksiklikler*; hekimlerin kendilerini, hastaların yerine koyarak ve bir kuruma hasta olarak gittiklerini düşünerek, bir hastanın hekiminden ne beklediğini anlayarak yaklaşmaması aynı şekilde hastaların hekimlerin iş yüklerini anlayarak yaklaşmamaları sorun olmaktadır. *Güven vermenin önemi*; Bir hekimin hastasına verdiği güven duygusunun hastanın tedavi sürecinin kalitesini etkilemesi açısından ne kadar önemli olduğu ve talimat almadaki itaatkarlığın önemli olduğu ortaya çıkmıştır. *Yetersiz politikaların varlığı*; Hekim çalışma saatleri ve hekim başına düşen hasta sayısı ve muayene sürelerinin yetersiz oluşu ve hekim sayılarının azlığı gibi faktörler gösterilmektedir.

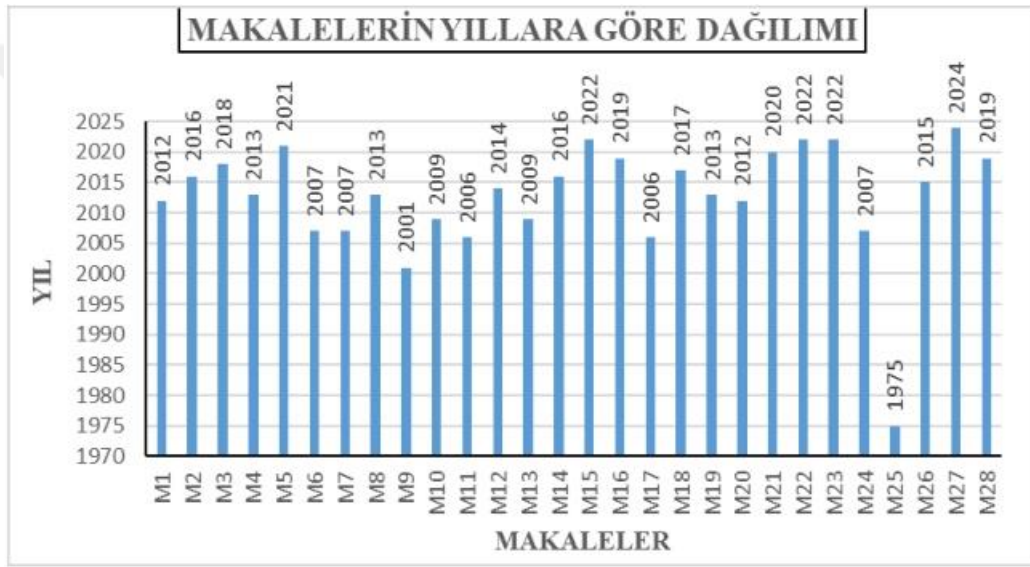
Eşit katılımcılık ilkelerinin benimsenmeye başlanmasına ek olarak; Hastalar, hastalıkları ile alakalı hekimleri ile karşılıklı istişare ve fikir alışverişinin onların sürece katılması açısından önemine değinmişlerdir. *Hizmet içi eğitimlerin gereklilikleri*; İletişimsel sorunların önünde ki engelleri kaldırmanın yolunun hizmet içi eğitimler ile giderilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. *müfredatlara sağlık iletişimi derslerinin eklenmesinin zorunluğu*; Tıbbi eğitim alınırken eğitim sürecine eklenecek olan sağlık iletişimi dersleri sahaya gelen hekimlerin çalışma sürecinde iletişimsel sorunlar yaşamasının önüne geçecektir bakış açısı hakimdir.) ortak sonuçlar olarak tespit edilmiştir.

Benzer özellikler gösterecekler dahi farklı sonuçların da tespit edildiği; Atıcı (2013), Mahmud (2010), Şengün (2016), Adaş, Elbek (2009), Taşçı (2013), Işık (2021), Becerikli (2013) çalışmalarında ise; “*tıp etiği* (yararlı olmaya odaklılık, zarar vermeme, kişi haklarına saygı ve adil olma gibi durumların gözetilmesi gerekmektedir). *Medya bilgilendiriciliği* (medyada sağlık ile alakalı geçen konuların doğru, düzgün ve bilimsel çerçevede ulaşılacak istenilen muhataba aktarması çok önemlidir). *Entelektüel yapıda denge kurulması gerekliliği* (hasta ve hekim arasındaki uçurumun açılmaması her iki tarafın da birbirlerini kolay anlayabilmeleri açısından önemlidir). *Teknolojinin takip edilmesi* (gerek hekimler gerekse hastaların kendi alanları ve hastalıkları ile alakalı konularda son teknolojik gelişimleri takip etmeleri sağlık sistemindeki tedavi sürecinin kalitesini artırmaktadır).

Sağlığın fiziksel kavramından çok psikolojik boyutunun irdelenmediğini gösteren çalışmalar (hastaya bir meta gibi değil de bir canlı gibi yaklaşılması ve onun duygulardan ibaret kompleks bir yapı olduğu unutulmamalıdır) olmuştur. Bir diğer dikkate değer konunun ise; *hasta- hekim kavramlarının değişikliğe uğramış olduğu* (hasta-müşteri, hekim-satıcı gibi kavram değişikliğine gidildiği görülmektedir) gerçeğidir.

5.2.1. Literatür Taraması Yapılan Makalelerin Yıllara Göre Dağılımları

Bu bölümde makalelerin özellikle hangi yıllar arasında ve daha çok hangi yıllarda konu ile alakalı çalışma yapıldığı gösterilmek istenmektedir.

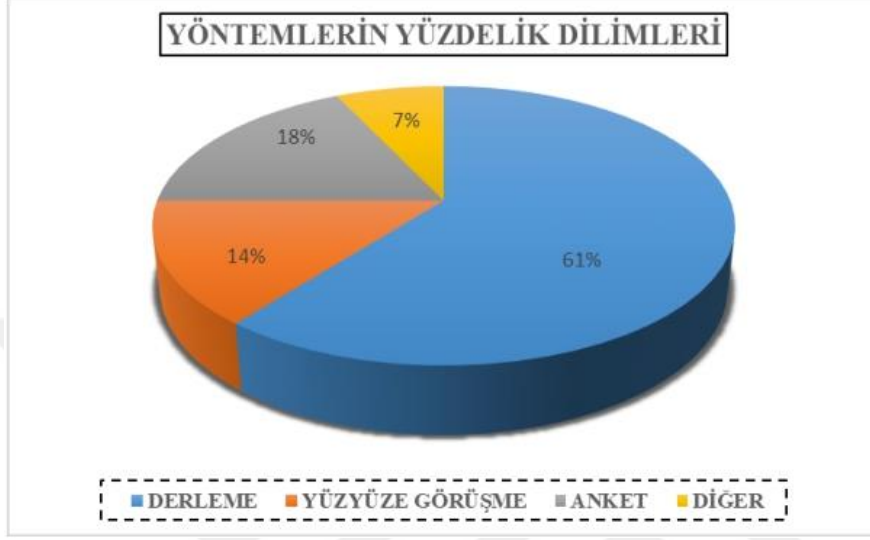


Şekil 9. Makalelerin yıllara göre dağılımlarını gösteren grafik

Çalışmalar incelediğinde konuya en yakın içeriklere sahip makalelerin; en eski 1975 yılı ile en son 2023 yılında yapılmış makale çalışması olduğu görülmektedir. Bunların içerisinde, dağılımlar bazında; en fazla çalışmanın 2022 yılında üç adet yapıldığı onu takiben; 2006, 2009, 2019 yıllarında iki ve geriye kalan makale çalışmalarının ise birer tane olduğu görülmektedir. Ayrıca konu ile alakalı arama motoruna “hasta hekim iletişimi” başlığı ile taranan yakın tarihli (2010, 2018 ve 2023 yılları) herhangi bir araştırmanın yapılmadığı da tespit edilmiştir.

5.2.2. Literatür Taraması Yapılan Makalelerin Yöntemlerinin Dağılımı

Bu bölümde daha çok araştırılan makalelerde hangi yöntem çeşitlerinin kullanıldığı ve bunların yüzdelik dilimleri gibi konular hakkında bilgilendirme yapılmak istenmektedir.

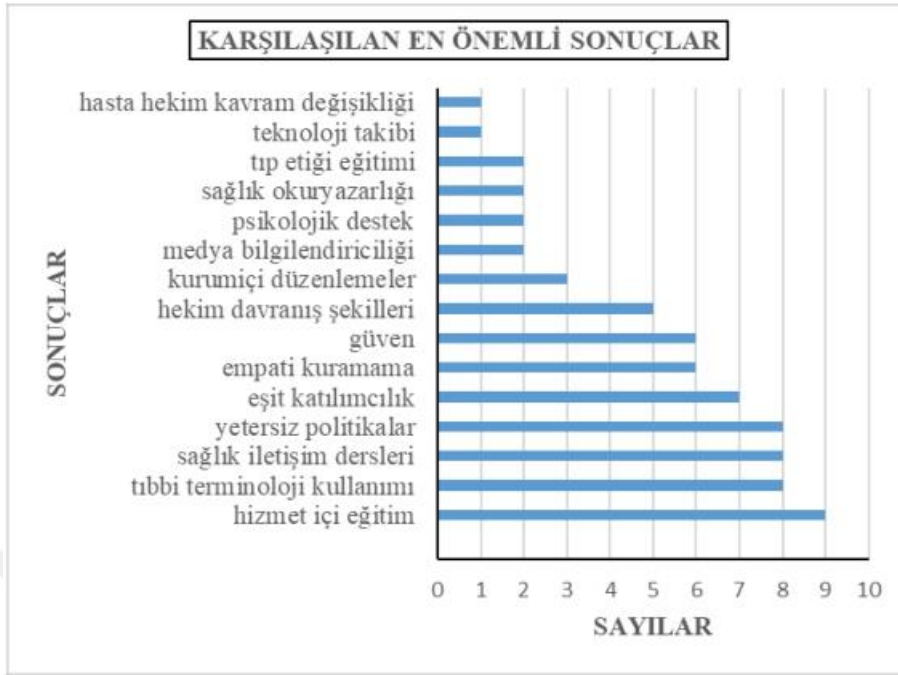


Şekil 10. Makalelerin yöntemlerinin yüzdelik gösterim grafiği

Grafikten çıkarılacak sonuca bakıldığında; en fazla *derleme* şeklinde makalelerin %61'lik kısmı (17 makale)'nin başı çektiği görülmektedir. Onu takiben en çok diğer yöntem çeşidi ise %18'lik oran ile *anket* (5 makale), %14'lük kısımla yüz yüze görüşme (4 makale) ve en son kısımda %7'lik oran ile diğer (odak grup görüşmesi, bibliyometrik analiz) yöntem çeşitlerinin kullandığı ortaya konulmuştur.

5.2.3. Literatürde Taranan Makalelerde Elde Edilen Sonuçlar

Literatür taramasının son kısmında detaylıca incelenen makalelerin varmış oldukları sonuçları genel hatları ile belirtip, ortak olan yönler ve farklı olan kısımların tespit edilmesi amaçlanmıştır.



Şekil 11. Makalelerin sonuçlarının sayısal veri grafiği

Makalelerin en son aşaması olan sonuçlar kısmına bakıldığında; birinci sırayı hizmet içi eğitimlerin(9 makale) alması gerekliliğinin önemi vurgulanmıştır. Bu hizmet içi eğitimlerin kapsamı olarak daha çok (hasta ve çalışan haklarında ihlallerin yapıldığı, hasta mahremiyetlerine dikkat edilmediği ve hekimlerin iletişim tekniklerini kullanmamaları ve hastaları yeterince bilgilendirmedikleri) sonuçları çıkmıştır.

Sonuçlar kısmının en önemli ikinci basamağı olarak; üç önemli konunun başa baş olduğu görülmektedir. Bunlar; tıbbi terminolojinin kullanımı (8 makale), sağlık iletişim derslerinin tıp eğitimde müfredatlarına koyulması (8 makale) ve yetersiz politikalar (8 makale) (personel yetersizliği, prim ve katsayı problemleri, hekimlik mesleğinin özendirilmesi, hekimlerin hastalara bakma sürelerinde zaman sorunları yaşamaları, iş yükü) sonuçların varlığından anlaşılmaktadır.

Bir diğer önemli sonuç olarak; hekim baskın ve hekim otoritesinin hakim olduğu bir yaklaşımın artık kabul edilmediği daha çok eşit katılımlı (7 makale) hasta hekim katılımlı hekimin, hastalığı konusunda hastasının da fikrini ve bu sürece hastasını da kattığı bir yaklaşıma doğru yönelimlerin olduğu da ortadadır.

Hekimlerin hastaları ile empati kuramamaları ve hekimin hastası ile arasında oluşacak olan güven bağının da aynı oranda (6 makale) önemli olduğu sonucu bu araştırma sonuçlarında ortaya konulmuştur.

Hekim davranış şekilleri içerisinde (soğuk duruş ve soğuk yaklaşım, hitap, kullandığı dil ve üslup) (5 makale) hastaların hekimleri ile iletişimine engel olduğunu da ispatlar niteliktedir.

Kurum içi düzenlemeler kısmına bakıldığında (3 makale); yoğun çalışma saatlerinde düzenlemelerin yapılması ve daha esnek çalışma ortamının sağlanması gibi beklentilerin olduğu sonucu çıkmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı (bu konuda eğitilmiş hastaların varlığı iletişimsel sorunların önüne geçtiği görülmüştür) medya bilgilendiriciliği (medyadan duyulan gelişigüzel, doğruluğu ispatlanmamış, hekimden çok hekimcilik yapan hastaların varlığı) psikolojik destek (sağlığın sadece fiziksel bir olgu olmasından çok psikolojik destek yönünü irdelemek (2 makale) gibi ortak konuların da eşit sorunlar olduğunu görmek mümkündür.

Teknolojik yenilikleri takip etmek ve ona göre kurumsal ilerlemeyi sağlamak ve buna benzer sağlık iletişimi yöntemleri geliştirmede çıkan sonuçlar incelendiğinde önemli sonuçlardan birisidir. Hasta-hekim kavramlarının yerini, müşteri-satıcı gibi daha materyalist bir yaklaşımın alıyor olduğunu görmek sağlık alanında hasta-hekim iletişiminde sorunları beraberinde getirecek gibi görünmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta-hekim iletişimi hakkında yapılan tüm ulaşılabilir tezlerin ve makalelerin derlemesini yaptığımız bu tez çalışmasında; sonuç olarak dikkate değer en önemli konunun, iletişimsel sorunların nedenleri ve nasıl gerçekleştiği bununla birlikte bu iletişim sorunlarının sonuçlarının nelere mal olduğunu ve nelerin düzeltilebileceğini görmek mümkündür.

Sağlık iletişimi, tüm iletişim türleri arasında en zor ve görüldüğünün aksine en dikkat edilmesi gereken bir iletişim şekli olması açısından, önemli yerini ömür boyu koruyacağı tartışmasız bir gerçektir. Sağlık iletişimi içerisinde bulunan tarafların özellikle sağlık profesyonellerinin, hastaları bir iş gereği olarak görmemesinin gerekliliği, hastaların ise kendileri ile ilgili bilgileri gizlemeden olduğu gibi aktarmasının, teşhisin doğru koyulması ve hastalığın seyrinin pozitif yönde ilerlemesi gibi nedenlerle ne kadar önemli olduğu görülmüştür.

Etkili sağlık iletişimi kurulmasının önündeki engeller göz önüne alındığında, iletişimin geliştirilmesi için öncelikli olan hasta veya hekim düzeyinde farketmeksizin kişinin öncelikli olarak kendini tanıması gerekmektedir. Buna ek olarak; kendisini doğru ifade edebilmesi, karşısındakine olduğu gibi açılabilmesi, beden dilini etkin kullanabilmesi, ses düzeyi ve hitabetini ayarlayabilmesi ve geri bildirim almalara açık olması ve duygularını kontrol edebilmesinin önemi vurgulanmıştır.

Sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetinin kalitesinden bahsedilmemiz için hastaların hastaneye bağlılıklarının olması gerekmektedir. Bu aynı zamanda hem hastanenin gelirlerinin artmasına sebep olurken hem de hasta memnuniyetinin yüksek olduğunun kanıtı olmaktadır. Hasta memnuniyeti ve bağlılığı, hastanın hastaneye ve çalışanlarına olan güveni ile doğru orantılıdır. Bu memnuniyet ve bağlılık sadece bir sebebe bağlı da olmamaktadır. Birçok sebep buna etken olabilirken en önemli nedenin başı çeken, etkin iletişim (kendisini anlayan, kendisini rahatça ifade edebilmesine ortam oluşturan hekim yaklaşımı) olduğu görülmüştür.

Kurulan etkin sağlık iletişimi göstermiştir ki; hastalar hekimlerini tekrar tekrar tercih etmişler böylece hasta ve hekim arasında gözle görünmeyen ama hissedilen bir güven ortamının oluşması da sağlanmıştır. Bu durumun hastalar açısından ne kadar değerli olduğu da aynı hekime başvuran aynı hastaların varlığından anlaşılabildiği gibi hastalığın nekahat suresinin kısaltıldığı da tespit edilmiştir.

İletişim becerileri, sağlık çalışanları açısından en önemli konuların başında gelmektedir. Her sağlık çalışanının da sahip olması gereken bir beceridir. Becerilerini etkin ve yerinde kullanabilen bir çalışanın yani; hastayı aktif dinleyebilmesi önemlidir. Kendisinin dinlendiğini düşünen ve bilen hasta kendisini rahatlamış hissettiği gibi oluşabilecek stress etkenlerinin de ortadan kalktığını veya en azından minimum düzeye indiğini soyleyebilmektedir.

Sağlık kurumlarının kuruluş amaçlarının bir diğerinin, hastaların hastalıkları ile baş edebilecek seviyeye gelmelerine katkıda bulunmaktır. Bu yüzden sağlık çalışanı, hastalıkları suresince hastalarla düzenli olarak yakın iletişimde bulunarak bilgilenmelerini sağlarken diğer yandan da psikolojik destek vermeleri gerekmektedir. Bunun yanı sıra hastaların gereğinden fazla kaygılanmalarını önlemeleri önemlidir.

Sağlık iletişimi konuları incelendiğinde; iletişimin geliştirilmesi adına yapılan ve uygulanan birçok alanın varlığı görülmüştür. Bunlar daha çok toplumsal iletişime odaklı olan medya, sağlık okuryazarlığı gibi konulardır. Birçok hastanın hastaneye gelmeden önce edindiği yanlış bilgilerin varlığı hekimleri işlerini yapma konusunda zor durumda bırakmaktadır. Bu yüzden de halkın bilinçlendirilmesi bu bağlamda önemli bir konudur.

Yapılan araştırmalarda; sağlık çalışanlarının yeterli iletişim becerilerinin beklenenin altında olduğu sonucu çıkmıştır. Bu durumun sebebi olarak hasta- hekim iletişimin becerileri eğitimlerinin yeterli düzeyde verilmediği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, iletişim becerileri kazanabilmek için iletişim derslerinin iletişim fakülteleri dışında ki bölümlerde, özellikle de tıp fakültelerinde ve buna bağlı sağlık hizmetleri veren bölümlerde de okutulması, kişisel arası iletişimin geliştirilmesi adına büyük bir adım olabileceği soylenebilir.

Hasta ve hekim iletişiminin aksak yönlerinin nerelerden ve nelerden kaynaklandığına değindiğimiz konuların aksine neleri düzeltebileceğimize dair önerilere değinmek gerekirse;

Hasta-Hekim İletişiminin Geliştirilmesine Yönelik *Hekimlere* Öneriler:

* Öncelikli olan etkin iletişim teknikleri bilgilerine ve yeteneklerine sahip çalışanların olması dikkat çekmektedir. Bunların en başında hekimlerin hastalara karşı güler yüzlü, ilgili, tıbbi terminolojiden uzak konuşma şekli, empati yeteneği gelişmiş, etkin dinleyen, net ve sade bir dil kullanan, hastaların duygularını ifade etmesine müsaade eden hekim olmalarının gerekliliği (Kreps ve Thornton, 1992).

* Hasta merkezli yaklaşımlarda bulunulması, hasta ile beraber ortak karar verebilmek önemlidir. Hekimlerin hastalara hastalıkları ile alakalı ayrıntılı ve doğru bilgiyi aktarması ve sonucunda da hastalardan anladıklarına dair geri bildirim alması gerekmektedir. Hastaların kararları verirken kendi iradeleri ile serbestçe karar vermelerine izin verilmeli, düşünmeleri için zaman tanınmalıdır (Huber vd., 2008).

* Etkili bir iletişim sağlanabilmesi için hekimler için, bu konularda seminer, eğitimler ve hekimlerin etkili iletişim teknikleri kullanmaları özendirilmelidir. Bunun yanı sıra etkin olmayan iletişime engel olan konular (hekimden kaynaklı, hastadan kaynaklı, sistemden kaynaklı) da problemler tespit edilip buna uygun düzenlemelerin yapılması önemlidir.

* Hekimlerin gerek tam zamanlı çalışmalarının verdiği gerekse de performansa dayalı uygulamaların yorgunluğuna bağlı motivasyon düşüklükleri giderilmeli, hekimlerin empati yeteneklerinin gelişmesi yönünde çalışmalar yapılmalı, hasta haklarına daha da önemlisi insan haklarına saygılı bir bilinç sağlanmalı ve uygun üslupta konuşulmalıdır. Böylece hasta-hekim arasında ki yanlış anlaşılımların önüne de geçilmiş olacaktır.

* Tıp eğitimi müfredatına beden dilini kullanma, sağlık iletişim metotları gibi konuların eklenmesi uygundur.

* SBAR iletişim teknikleri kullanılması gerekebilir (Başol, 2018).

* İletişimde objektif davranıp belli fikirlerde sabit kalmadan her türlü fikre açık olunması iletişim açısından daha olumlu sonuçlar verebilir.

* Söylenenin sonunu beklemeden olumlu veya olumsuz bir hüküm vermeyerek iyi bir dinleyici olup karşısındaki kişinin ne söylemek istediğini anlamaya çalışmalıdır.

* Hastayı, bir hastadan çok birey olarak görüp sadece fiziksel hastalığını görerek değil; psikolojik, sosyolojik ve ekonomik olarak da hasta kabul edip kişiyi bütünsel bir çerçevede inceleyerek değerlendirme yapmak önemlidir (Başol, 2018).

Hasta-Hekim İletişiminin Geliştirilmesine Yönelik *Hastalara* Öneriler:

* Sağlık okuryazarlığın artırılmasına yönelik seminer, eğitim gibi etkinliklere katılınılabılır. Bununla ilgili kaynaklara göz atılabilir.

* Kulaktan dolma bilgilerle, doğruluğundan bilimsel olarak emin olunmayan konularda emin bir şekilde yorum getirmeden hekimlere öneri ve/veya tedavi yöntemleri önerilmemeli yani hekimlere hekimlik yapılmamalıdır (antibiyotiklerinin hangisinin yazılacağına kendilerinin karar vermesi vb.).

* Empati yeteneğini kullanarak karşısındaki hekim ve sağlık personelinin de bir insan olduğu unutulmamalıdır.

* "Bizim vergilerimizle maaşınızı alıyorsunuz" gibi yaklaşımlara girmeden, üslup ve tavırlara dikkat edilerek beyaz kod uygulamasının yaşanmasına mahal verilmemelidir.

* Şikayetini kısa, öz ve net bir şekilde utanmadan iletebilmeli, diğer hastaların zamanlarından çalmamalıdır.

Hasta-Hekim İletişimin Geliştirilmesine Yönelik *Yöneticilere* Öneriler:

- * Öncelikli olan çalışanını dinlemeli, sorunlarına çözüm önerileri sunmalı ve bunların uygulanmasını sağlamalıdır.
- * Gerek hastalar için gerekse çalışanlar için şikayet ve memnuniyet kutuları oluşturarak bu kutuların günlük takibini sağlayıp çözüm odaklı çalışmalar yapmalıdır.
- * Performans getirisi adı altında, çalışanını ezmemelidir, hastaya müşteri gözü ile bakılmamalı ve çalışanın da satıcı gibi algılanmasına mani olmalıdır.
- * Bir sorun iletilindiğinde mobbingin önüne en başta yönetici olarak geçmeli ve tüm eleştirilere açık olmalıdır.
- * Çalışanlarının hasta ile ilgili iletişimlerini artırmaya yönelik yurt içi/yurt dışı, ilgili eğitim ve seminer programları düzenlenmesine önayak olmalı ve/veya düzenlenen programlara personeli gönderme konusunda istekli olmalıdır.
- * Çalışanların performansını artırıcı etkinlikler düzenlemelidir (piknik, gezi, özel gece eğlenceleri, teşekkür ve takdir belgeleri, ikramiye ve benzeri teşvikler).
- * Sistemsel sorunların çözümü için hastanede yaşanan problemleri düzenli olarak bir üst merciye (il sağlık müdürü, bakanlık) iletip gündem oluşturmali ve sağlık çalışanı haklarının gözetilmesine önem vermelidir.
- * Hastalara belirli günlerde birimsel olarak eğitim programları düzenleyerek ilan ve duyuru yayımlamalıdır. Böylece sağlık okuryazarlığı oranının artışına katkı sağlayabilir.

Hasta Hekim İletişimin Geliştirilmesine Yönelik *Araştırmacılara* Yönelik Öneriler:

- * Hasta-hekim iletişimi ile alakalı tezlerin düzeyi olarak bakıldığında tıpta uzmanlık tezleri dışındaki alanlarda daha fazla araştırma ve çalışma yapılmalıdır.

* Hasta-hekim iletişimi ile alakalı nicel veri toplama teknikleri ile Türkiye genelindeki tüm hastane gruplarında (kamu-özel-eğitim araştırma) çalışmalar yapıp kategorize edildikten sonra genel bakışın hangi yönde olduğu tespit edilebilir.

* Hasta-hekim iletişimi ile alakalı çalışılan tezlerin yıllara göre dağılımları dikkate alındığında, son dönem çalışmaların bu yönde artması ve bu boşluğun doldurulması sağlanmalıdır.

* Çalışılan tezlerin sonuçlarına bakıldığında, eğitimin birinci sırada geldiği görülmekte olup, bu alanların doygunluğa ulaşması için araştırmacılar olarak kitap, makale ve tez sayılarında yeterli bilgiyi sunmaları sonucunda gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasındaki aydınlanmayı sağlayabilirler.

* Yapılan bilimsel çalışmalar, Sağlık Bakanlığı ile iş birliği yapılarak hastanelerde kurum içi eğitim seminerlerinde veya tıp fakültelerindeki ders müfredatlarında sağlık iletişimi vb. derslerde bilgilendirmek için kullanılabilir.

* Çalışma örneklemini daha grupsal olarak (çocuk, geriyatrik, kanser hastaları, poliklinik hastalar vs.) ayrıştırıp farklı bakış açıları ile yorumlanıp sunulması sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- Açıkalın, I. (1997). Hekim-hasta iletişiminde Türk tıp dilinin kullanımına yönelik bir araştırma, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 5(2), 64-67.
- Akalın, H.E. (2009). Türk toplumunda sağlık okuryazarlığı oranlarının belirlenmesi, araştırma sinopsisi, Online Web Site: 1 Ocak 2024 Tarihinde http://www.actus.com.tr/files/t_sinopsis.pdf adresinden erişildi.
- Akbaş, B. (2008). Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılığa Etkisi Üzerine Bir Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- Apaydın, F. (2009). Sağlık işletmelerinde marka yönetimi, sağlık işletmeleri yönetim rehberi, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Artan, İ., Tevruz, S., Bozkurt, T. (1999). Davranışlarımızdan seçmeler, İstanbul.
- Atıcı, E. (2007). Hasta- hekim ilişkisi kavramı, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Bursa 33(1), 45-50.
- Aydın, E. (2003). *Hasta Hakları Ve Terminal Dönem Yoğun Bakım Dergisi*, 3(1), 37-42.
- Aydın, E ve Ersoy, N. (1995). Tıp Etiği İlkeleri, *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law And History*, 3(2), 48-52.
- Bakan, İ ve Büyükbeşe, T. (2004). Çalışanların iş güvencesi ve genel iş davranışları ilişkisi :bir alan çalışması, *Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 35-59.
- Bakan, A.B ve Yıldız, M. (2019). 21-64 Yaş grubunda ki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma, *Sağlık Ve Toplum*, 29(3), 33-40.
- Banerjee, A ve Sanyal, D. (2012). Dynamics Of Doctor-Patientrelationship: A Cross Sectionalstudy On Concordance, Trust, Andpatientenablement, *Journal Of Family And Community Medicine*, 19(1), 12.
- Başar, G. (2011). Hemşirelerde Ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme Ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Başol, E. (2018). Hasta İle Sağlık Çalışanları (Doktor Ve Hemşire) Arasında Ki İletişim Sorunları Ve Çözüm Önerileri, *İnternational Anatolia Academic Online Journal, Social Science Journal*, 4(1), 5.
- Bayat, A. H. (2003). Tıp Tarihi, İzmir, Sade Matbaa.

- Bayrak, S. (1995). Örgütlerde Etkili İletişim Ve Yönetimi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
- Belek, İ., Onuroğulları, H., Nalçacı, E., Ardiç, F. (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi, 2. Baskı, İstanbul, Sorun Yayınları.
- Berth, K ve Sjöberg, G. (1998). Halkla İlişkiler Eğitiminin Evrimi ve Küreselleşmenin Etkisi, Sekiz Ülke Üzerine İnceleme,(Ünver, A, çev.). İstanbul, Rota Yayınları.(1998).
- Besti, Ü. (2004). Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Erzurum, Türkiye. 8(2), 88-94.
- Bol, P., Gül, K., Erbaycu, A. E. (2013). Hasta hekim iletişiminde ki eksiklik ve hataların ortaya konmasında fmea model analizinin katkısı, *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 27(3), 181-191.
- Bredart, A., Bouleuc, C., Dolbeault, S. (2005). Doctor-Patient Communication and Satisfaction With Care in Oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(14), 351-354.
- 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.
- Bulut, A. ve Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizmi, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 45-62. <http://dx.doi.org/10.29226/j.appdev.1001.2019.104>.
- Bumin, B., Göksel, A., Devrani, K., Özdoğan, I., Alabay, N. (2003). Çağdaş işletme teknikleri, Ankara, Gazi Kitabevi.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. & Demirel, F. (2014). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. (8. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Campbell, S., Ronald, M.O., Buetow, S. A. (2000). Defining Quality of Care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625.
- Charles, C ve Whelan, T., Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment, *BMJ*, 319, 780-782.
- Chin, J. J. (2001). Doctor-Patient Relationship: A Covenant of Trust. *Singapore Medical Journal*, 42(12), 579-581.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). Sağlık Sosyolojisi, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
- Civaner, M ve Amato, Z. (1999). Tıbbi Etik İhlalleri, İzmir, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

- Cockerham, W. C. (2004). Medical Sociology, Upper Saddle River, New Jersey, Pearson Prentice Hal.
- Cüceloğlu, D. (1991). Yeniden İnsan İnsana, 7. Basım, İstanbul, Remzi Kitapevi.
- Çalapkulu, Ç ve Çelenk, E. (2018). Hasta-Hekim ilişkisi ve iletişimi: Sakarya ağız ve diş sağlığı hastanesi örneği, International Journal of Social Science, 1(2), 91.
- Çalık, M ve Sözbilir, M. (2014). Parameters of content analysis. Education and Science, 39(174), 33-38.
- Çelik, F. (2008). Sağlık Kurumlarında İletişim: Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine bir araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Konya.
- Çetin, C., Kurban, P., Bilici, M. N. (2016). Sağlık kurumlarında sağlıklı iletişim: bilgisayar operatörleri, güvenlik görevlileri ve yönlendirme çalışanları örnekleme, 19(4), 503-510.
- Çınarlı, D. (2008). Sağlık İletişimi ve Medya, Ankara, Nobel Yayınları.
- Çınarlı, İ ve Şimşek, Z. (2013). Doğru ve Etkili Sağlık İletişimi İçin Sağlık Haberciliği Programcılığı Rehberi, Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Yayın no:4, Şanlıurfa.
- Demirhan, E. A. (2001). Klinik uygulamalarda hekim-hasta ilişkileri klinik etik, Demirhan, E., Elçioğlu, Ö. (ed.), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 65-84.
- Desmond, J ve Copeland, L. R. (2010). Günümüz Hastasıyla İletişim. (Y. Deniz ve T. Ercüment, Çev.). Ankara, Efil Yayınevi. (2010).
- Develioğlu, F. (1990), Osmanlıca Türkçe Ansiklopedik Sözlük, İstanbul.
- Dinççağ, A. (1999). Hasta ile iletişim, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Duran, S. (2019). Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerilerinin ve Göçmenlerle Yaşadıkları İletişim Zorluklarının Belirlenmesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.
- Düşükcan, M. (2003). Örgütlerde Çatışma Ve Çatışma Yönetimi Sürecinde Örgütsel İletişimin Etkililiği: Kurumsal Ve Uygulamalı Bir Çalışma, Selçuk Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya.
- Elçioğlu, Ö., Duman, S., Kırımlıoğlu, N. (2007). Bir kurumu temsil eden hekimin kullandığı dildeki güç unsurları, Ankara, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi, 15(1).
- Emanuel, E. J ve Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician patient relationship, JAMA, 267(16), 2221-2229.

- Erbaydar, T. (2003). Halk sağlığı açısından sağlık iletişimi, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 45-51.
- Erdemir, A. D. (2001). Klinik etik, İstanbul, Nobel Yayınları.
- Erdoğan, T., nsar, A. S., Süt, N. (2009). Stresin alışanlar üzerindeki etkileri: bir araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 447-461.
- EREN, E. (2000). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, 6.Baskı, Beta, İstanbul, 150-155.
- Eren, E. (2001). Davranış Ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul, Beta Basım Yayım.
- Erdoğan, İ. (2011). İletişimi Anlamak, Genişletilmiş 4. Baskı, Ankara, Erk Yayıncılık.
- Ergül, H. F. (2005). Motivasyon ve motivasyon teknikleri, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(14), 67-79.
- Eroğlu, F. (2000). Davranış Bilimleri, İstanbul, Beta Yayıncılık.
- Eyüpoğlu, İ. (1991). Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü. 2. Baskı, İstanbul.
- Falkum, E ve Forde, R. (2001). Paternalism, patient antonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: Attitudes among norwegian physicians, *Social Science Medicine*, 52/2(9), 239- 248.
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Dubesrtein, P., Mcdaniel, S., Epstein, R. M. (2004). Patient Trust: Is it related to patient centered behavior of primary care physicians?, *Medical Care*, 42, 1049-1055.
- Fong, J., Anat, S., Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review, *The Ochsner Journal*, 10, 38-43.
- Freedman,, J. L., Sears, D. O., Carlsmith, J. M. (1998). Sosyal psikoloji. (A. Dönmez. ev.). Ankara, İmge Yayınları.
- Fuch, V. R. (1988). The Competition: Revolution in Health Care. *Health Affairs*, 7(3), 5-24.
- Gemlik, N. R., atar, ., Manioğlu, Y. (2015). Greet Hofstede'in örgüt kültürü modeline göre sağlık meslek gruplarının incelenmesi ve kamu ve özel hastanelerinde karşılaştırmalı bir araştırma, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü*.
- Gordon, T ve Edwards, W. S. (1997). Making the patient your partner communication skills for doctors and other caregiver (Doktor- Hasta İşbirliği).(E. Aksoy. ev.). İstanbul, Sistem Yayıncılık.
- Gökçe, O., Fidan, M., Summak, E. (2001). Halkla İlişkiler Ders Notları, Selçuk Üniversitesi Yayınları, Konya.

- Göktaş, P. (2012). Türkiye’de- sağlık sorunlarının temel sorunları sayfasından 15.02.2024 tarihinde <https://ozelhastaneler.org.tr/> adresinden erişildi.
- Greenawalt, B. J. (2001). Can Branding Curb Burnout?, *Nursing Management*, 32(9), 26-31.
- Greenberg, W. (1991). *Competition, Regulation and Rationing in Health Care*, Arbor, Michigan: Health Ann Administration Press.
- Güller, S. (2007). Yeni İletişim Ortamlarının Habercilik Üzerine Etkileri (Medya Çalışanlarının Yeni İletişim Ortamları Ve Haberciliği Bağlamındaki Değerlendirmelerine Üzerine Bir Araştırma), Marmara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gümüştekin, E. G ve Öztemiz, A. B. (2005). Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), 271- 288.
- Güngör, N. (2011). *İletişim: Kuramlar Ve Yaklaşımlar*, Ankara, Siyasal Kitapevi.
- Gürüz, D ve Yaylacı, Ö. G. (2004). *İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul, MediaCat Yayınevi.
- Hara, İ. (2008). Kurum içi iletişim açısından halkla ilişkiler ve insan kaynakları departmanlarının yapısal analizi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Halkla İlişkiler Anabilim Dalı, İstanbul.
- Hardoff, D ve Schomann, S. (2001). Training Physicians in communication skill adolescents using teenage actors as simulated patients, *Med Educ*, 35(3), 206-10.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). 28.01.2024 tarihinde <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden erişildi.
- Huber, J. P., Salduatto, B., Hurny, C., Colzelmann, M., Beutler, M., Fusek. M., Munzer, T. (2008). Assessment of patient satisfaction in geriatric hospitals, A Methodological Pilot Study, *Z Gerontol Geriatr*, April, 41(2), 129.
- Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi’ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
- Illich, I. (1995). *Sağlığın Gaspı*. (S. Sertabiboğlu. Çev.). İstanbul, Ayrıntı Yayınları.
- İnceoğlu, M. (2010). *Tutum, Algı, İletişim*, 5.Baskı, İstanbul, Beykent Üniversitesi Yayınları.
- Jagosh, J., Boudreau, J. D., Steinert, Y., Macdonald, M. D.,İngram, L. (2011). Theimportance of physician listening from the patients perspective:

- Enhancing diagnosis healing, and the doctor-patient relationship, Patient education and counseling, 85(3), 369.
- Kabaağaçlı, S ve Alovera, E. (1995). Latince Türkçe Sözlük, İstanbul, Sosyal Yayınlar.
- Kalender, A ve Uludağ, A. (2004). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde doktor hasta ilişkisinin rolü, *Amme İdaresi Dergisi*, 2004(4), 117-132.
- Karaboğa, F ve Kardeş, İ. (2022). Sağlık iletişimi ve hastanelerde iletişim sorunları, *Sosyal Araştırmalar ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 8(16), 20-33.
- Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ. H., Abuhanoğlu, H. (2015). Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi, *Gazi Üniversitesi, İdari Ve İktisadi Bilimler Fakültesi Dergisi*, Ankara, 17(1), 160-179.
- Karagöz, D. (2012). Sağlık Hizmetlerinde İletişim [PDF Belgesi]. Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri Online Web Site: 01 Ocak 2024 tarihinde <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=6431> adresinden erişildi.
- Karagözoğlu, M. (2021). Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında ki ilişkinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Karahisar, T. (2015). Sağlık Sektöründe Uygulanan Politikalar ve Doktor-Hasta İletişimi, A. Z.Özgür ve A.İşman. (ed). İletişim Çalışmaları, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Burak Ofset, 231-248.
- Karasar, N. (2006). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 37. Basım, ISBN: 978-605-5426-58-3, Nobel Yayın, Ankara, 368 s.
- Karsak, B.(2016). Kurumsal İletişim, İstanbul, Beya Yayınevi.
- Kavuncubaşı, Ş ve Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara.
- Kazancı, M. (1999). Kamuda Ve Özel Sektörde Halkla İlişkiler, Ankara, Turhan Kitapevi.
- Keogh, F., O'riordan, J., Mcnamara, C., Duggan, C., Mccann, S.R. (1998). Psychosocial Adaptation of Patients and Families Following Bone Marrow Transplantation: A Prospective, Longitudinal Study, Bone Marrow Transplantation, 22(9), 905-911.
- Kılıç, L. (2012). Bireyden Kitleye. N. Bayram (Ed.) içinde, Toplum Ve İletişim, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 1-25.
- Kırmızı, H. (2010). Genel Ve Teknik İletişim (İş Hayatında Başarı Anahtarı), 7. Baskı, Trabzon.

- Klaw, E., Huebsch, P. D., Humphreys, K. (2000). Communication patterns in an on line mutual help group for problem drinkers. *Journal of Community Psychology*, 28(5), 535- 546.
- Koçel, T. (1982). *İşletme Yöneticiliği, Genişletilmiş 15. Baskı*, Beta Yayıncılık, ISBN 978-605-333-139-1, İstanbul, 853 s.
- Kreps, G. L ve Thornton, B. C. (1992). *Health communication teory – practice. (2th Edition)*, Long Grove, İllinois: Waveland Pres.
- Kuhlmann, E. (2006). Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society, 54(4), 607-620.
- Lassey, W. R.. Lassey, M. L. Jinks, M. J. (1997). *Healt Care Sytems Around The World*, Prentice Hall, New Jorsey, Usa, 27-67.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., Lamb, J. (2000). A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings, *The Journal of the Amerikan Medical Association*, 284(8), 1021-1027.
- Marvel, M.K., Epstein, R.M., Flowers, K., Beckman, H. B. (1999). Soliciting The Patient’s Agenda: Have We Improved? *The Journal of the American Medical Association*, 281(3), 283-287
- Meb, Sağlıkta İletişim. (2011). 20.01.2024 tarihinde http://kitap.eba.gov.tr/panel/dosyalar/upload/1515/0/U_0_29_06_2021_19_01_56_930.pdf adresinden erişildi.
- Meyer, S., Ward, P., Coveney, J., Rogers, W. (2008). Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review*, 17(2), 177-186.
- Mutlu, E. (2004). *İletişim Sözlüğü*, 4. Baskı, Ankara, Bilim Ve Sanat Yayınları.
- Negri, B., Brown, L., Hernandez, O., Rosenbaum, J., Roter, D. (1997). Improving Interpersonel Communication Between Health Care Providers and Clients.
- Nussbaum, M. (2003). *Rawls and Feminism. The Cambridge Companion to Rawls*, S.Freeman (Der). Cambridge Üniversty press, 195-198.
- Oğuz, N. Y. (1995). Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi, *Tıbbi Etik Dergisi*, 3(2), 59-65.
- Okay, A. (2009). Sağlık iletişiminde internet, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, 66-71.
- Okay, A. (2014). *Sağlık İletişimi*, 2. Basım, İstanbul, Derin Yayınları.
- Osorio, J. H. (2011). Evolutionandchanges in thephysician-patientrelationship. *Colombia Medica*, 42(3), 401.

- Özcan, S., Baş, K., Taş, Y. (2013). Sağlık sektöründe bilgi asimetrisinin hasta memnuniyetine etkisi: Yalova ağız diş sağlığı merkezinde bir uygulama, International Conferance on Eurasian Economies, St. Petersburg, Russia, 822-831.
- Özen, S. (2007). İşyerinde psikolojik şiddet ve nedenleri, *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 9(3), 1-23.
- Özensel, E. ve Koçak, A.(2004). Hekimler ve Hekimlik, Konya, Çizgi Kitabevi.
- Özer, O. (2007). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Özlü, T. (2003). Hekiminizi nasıl alırdınız?, İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- Parle, M., Jones, P. L., Maguire,P. (1996). Maladaptive Coping and Affective Disorders amongst Patients with Cancer, *Psychological Medicine*, 26(4), 735-744.
- Rhodes, R ve Strain, J. J. (2000). Trust and transforming medical institutions, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9(2), 205-217.
- Rimal, R. N ve Adkins, A. D. (2003). Using computers to narrowcast health messages: The role of audience segmentetion, targeting, and tailoring in health promotion, T.L. Thompson, A.M. Dorsey, K. I. Mileer, R. Parott (ed.). *Handbook of Health Communication*. Mahwah, New Jersey, London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 497-513.
- Sabuncuoğlu, Z ve Gümüş, M. (2008). Örgütlerde İletişim, İstanbul, Arıkan Yayıncılık.
- Sabuncuoğlu, Z ve Tüz, M. (2013). Örgütsel Psikoloji, 5. Baskı, İstanbul, Alfa Aktüel Yayınevi.
- Sagan, C. (2000). Karanlık Bir Dünyada Bilimin Mum Işığı. (M. Göktepeli, Çev.). Ankara, Tübitak, (2000).
- Saltman, R. B ve Figueras, J.(1998). Avrupa Sağlık Reformalarına İlişkin Kanıtların Analizi, *Sağlık İşleri*, 17(2), 85-108. 18.01.2024 tarihinde https://www.researchgate.net/publication/13721222_Analyzing_the_evidence_on_European_health_care_reforms adresinden ulaşıldı.
- Saraçlı, T.S. (2010). Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği modeli değerlendirmesi: İzmir ili pilot uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, İzmir.

- Sargutan, A. E. (1996). Türk Sağlık Politikası- Değerlendirmeler İlkeler Öneriler, Üçüncü Baskı, Ankara, Sağlık Yayınları.
- Saydam, A. (2007). İletişimin Akıl Ve Gönül Penceresi Algılama Yönetimi, 4. Baskı, İstanbul, Rota Yayınları.
- Sayers, F., Bingaman, C. E., Graham, R., Wheeler, M. (1993). Yöneticilikte iletişim. (D. Şahiner, Çev.). İstanbul, Rota Yayınları. (1993).
- Schiavo, R. (2007). Health Communication From Theory to Practice, First Edition USA.
- Serin, İ. (2001). Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye Uygulanabilirliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Sezgin, D. (2010). Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerinin Analizi, Ankara Üniversitesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- Shaw, S. J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., Vivian, J. (2009) Sağlık okuryazarlığı ve kronik hastalık taraması ve yönetiminde kültürün rolü. *Göçmen ve Azınlık Sağlığı Dergisi*, 11(6), 460-467.
- Skirbekk, H., Middelthon, A. L., Hjortdahl, P., Finset, A. (2011). Mandates of trust in the doctor–patient relationship. *Qualitative Health Research*, 21(9), 1183-1188.
- Solmaz, B. (2004). Kurumsal Söylenti ve Dedikodu, Konya, Tablet Yayınları.
- Soysal, A. (2009). Farklı sektörlerde çalışan işgörenler de örgütsel stres kaynakları: Kahramanmaraş ve Gaziantep’te bir araştırma, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14.(2), 333-359.
- Street, J. R ve Richard, L. (2003). Communication in medical encounters: An ecological perspective, Thompson, T.L., Dorsey, A.M., Mileer, K.I., Parrott, R. (Ed.). *Handbook of Health Communication*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 63-89.
- Sütlaş, M. (2007). Medya İçin Sağlık, Sağlık İçin Medya, İstanbul, Bas-Haş Yayınları.
- Şahin, A. (2007). Türk kamu yönetiminde yönetsel iletişim ve bu konuda düzenlenen bir anket çalışmasının sonuçları, *Maliye Dergisi*, Sayı:152, 81-102.
- Şendur, E. F. (2006). Örgütsel Çatışma ve Çatışma Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Mersin.
- Tabak, R. (1999). Sağlık İletişimi, İstanbul, Literatür Yayınları.
- Taşcı, B. İ. (2013). Hekim hasta ilişkisinin psikolojik boyutları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 6(2), 35.

- Taylor, F. K. (1979). The Concepts of Disease, Illness and Morbus, Cambridge, London, New York, Melbourne: Cambridge University Press.
- Tengilimoğlu, D. (2001). Hastane seçimine etkili olan faktörler: bir alan uygulaması, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), 85-98.
- Tengilimoğlu, D ve Öztürk, Y. (2004). İşletmelerde Halkla İlişkiler, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Terakye, G. (1994). Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri, Ankara, Aydoğdu Ofset.
- Thomas, R. S. (1998). Sağlık İletişimi, İstanbul, Literatür Yayınları.
- Tongue, J. R., Epps, H. R., Forese, L.L (2005). Communication Skills For Patientcentered Care: Research-Based, Easily Learned Techniques For Medical Interviews That Benefit Orthopaedic Surgeons And Their Patients, *Journal of Bone and Joint Surgery*. 87(3), 652-658.
- Topaloğlu, M., Koç, H. (2002). Büro Yönetimi, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Tuncer, M. ve Şen, B. (2018). Okul öncesi eğitimde toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 5(12), 870-882.
- Turhan, E. S. (2014). Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi, Ankara.
- Turhan, S., Gürsoy, S., Karakullukçu, S. (2022). Türkiye’de göçmenlere sunulan sağlık hizmetleri için yürütülen iletişim çalışmaları, *Türkiye Halk sağlığı Dergisi*, Online Web Site: 5 Ocak 2024 tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.20518/tjph.89151> adresinden erişildi.
- Tutar, H ve Yılmaz, M. K. (2002), Genel İletişim, Ankara, Nobel Yayınları.
- Tutar, H. (2003). Örgütsel İletişim, Ankara, Seçkin Yayıncılık
- Tutar, H., Yılmaz, M. K. (2012). Genel İletişim Kavramlar Ve Modeller, 9. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Uludağ, A. (2011). Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Konya.
- Uyer, G. (1998). Hemşirelik ve Yönetim, Ankara, 2. Baskı, Hürbilek Matbaacılık.
- Vecchio, R. P. (2006). Organizational Behavior, 6th Edition, Thomson South Western..

- Vural, A. B ve BAT, M. (2015). Sosyal medyanın stratejik kurumsal iletişime etkisi, *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 7(1), 1309-8039.
- Yardan, D. E., Dikmetaş, H., Coşkun, U. N., Yabana, B. (2014). Türkiye ve Dünya'da sağlık turizmi, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8(2), 27-42.
- Yıldırım, C. (2001). Bilim Tarihi, 7. Basım, İstanbul, Remzi Kitapevi.
- Yılmaz, B. (2003). Toplumsal iletişim ve kütüphane, *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 20(2), 11-29.
- Yılmaz, E. (2015). Hastaların güçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlığı. F Yıldırım ve A Keser. (Ed.). *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 29-37.
- Yüksel, A. H. (2003). İletişim Kavram Ve Tanımı Meslek Yüksek Okulları İçin Genel İletişim, Uğur Demiray (ed.) İstanbul, Pegem Yayıncılık, 1-34.
- Yüksel, A. (2009). Hekim ile hasta arasındaki olası iletişim hataları, İstanbul, *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*.
- Walley, K. ve D. Thwaites (1996). A Review, Synthesis and Interpretation of the Literature on Competitive Advantage, *Journal of Strategic Marketing*. 4(3),163-179.
- Welbourne, J. L., Blanchard, A.L., Boughton, M. D. (2009). Supportive Communication, Sense of Virtual Community and Health Outcomes in Online Infertility Groups. Fourth International Conference on Communities and Technologies Congress Book, 31-40.

ÖZGEÇMİŞ

Yasemin YILMAZ İlköğrenimi baba mesleğinden dolayı Türkiye'nin farklı illerinde (Şanlıurfa (Suruç), Bolu (Gerede) bitirdi. Ortaöğrenimi Giresun (Keşap)'ta tamamladı.

Eğitim hayatı; lisans düzeyinde (sosyoloji/ sağlık yönetimi), Önlisans düzeyinde (İlahiyat/Anestezi) ve Lise düzeyinde ise; Sağlık meslek lisesi (anestezi) olarak tamamlanmıştır.

İş deneyimi ilk olarak; 2004 yılında Florance Nightingale/John Hopkins Anadolu Sağlık Merkezi ile başlayıp, 2007 yılında Giresun Kale Devlet Hastanesi/İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi/İstanbul Kağıthane Devlet Hastanesi ve son olarak ta Giresun Tirebolu Devlet Hastanesin de halen devam etmektedir.