

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

İşletme Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

**HEKİM – HASTA İLETİŞİMİ İLE SAĞLIK ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ:
İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa SÜYÜR

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Turgay KARALINÇ

İstanbul – 2023

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Mustafa SÜYÜR

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Hekim-Hasta İletişimi İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: İstanbul İli Örneği

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : İşletme

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 21.06.2023

Sayfa Sayısı : 108

Tez Danışmanları : Dr. Öğr. Üyesi Turgay KARALINÇ

Dizin Terimleri : İletişim, Etkileşim, Sadakat, Doktor-Hasta İletişimi, Hasta Sadakati

Türkçe Özet : Hekimler ve hastalar arasındaki etkileşimde, iletişimde zorluklar gibi sıklıkla ortaya çıkan sorunlar vardır. Bu sorunlar, hastaların sağlık hizmetlerine bağlılığını olumsuz yönde etkileyebilir ve bu da genel sağlık durumlarını tehlikeye atabilir. Bu nedenle hem hekimlerin hem de hastaların demografik özellikleri de dahil olmak üzere hasta sadakatini etkileyebilecek farklı faktörlerin araştırılması amaçlanmaktadır.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Mustafa SÜYÜR

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İşletme Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı**

**HEKİM – HASTA İLETİŞİMİ İLE SAĞLIK ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ:
İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa SÜYÜR

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Turgay KARALINÇ**

İstanbul – 2023

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mustafa SÜYÜR

.../.../2023



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Mustafa SÜYÜR' ün Hekim-Hasta İletişimi İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (İstanbul İli Örneği) adlı tez çalışması, jürimiz tarafından İşletme anabilim dalı, Sağlık Yönetimi bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

İmza

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Turgay KARALINÇ
(Danışman)

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Murat BAŞAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Hekimler ve hastalar arasındaki etkileşimde, iletişimde zorluklar gibi sıklıkla ortaya çıkan sorunlar vardır. Bu sorunlar, hastaların sağlık hizmetlerine bağlılığını olumsuz yönde etkileyebilir ve bu da genel sağlık durumlarını tehlikeye atabilir. Bu nedenle hem hekimlerin hem de hastaların demografik özellikleri de dahil olmak üzere hasta sadakatini etkileyebilecek farklı faktörlerin araştırılması amaçlanmaktadır.

Çalışmanın evreni İstanbul ili merkez ilçelerinden Beylikdüzü ve Avcılar ilçelerinden oluşmaktadır. İlçe nüfusları dikkate alındığında, örneklem çeşitlerinden tabakalı rastgele örneklem kullanılmaktadır. Araştırmanın evrenini, sekiz hastaneden 401 hasta üzerinde 5'li Likert formatındaki anket formları eksiksiz olmak üzere katılımcı sayısı üzerinden yüz yüze yapılmıştır.

Çalışma, hasta-hekim etkileşiminde algılanan etkinin hasta bağlılığı, tedavi hizmet kalitesi ve kişilerarası hizmet kalitesini ölçmek için Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkililik (PEPPI) Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği olmak üzere iki ölçek kullanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği de belirlenerek faktör, veri, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 versiyon paket programı ile analiz edilmiştir. Bu analiz, demografik özelliklerin yüzde dağılımları ve aritmetik ortalamaların hesaplanması gibi çeşitli değerlerin belirlenmesini içermektedir.

Çalışma bulgularına göre Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden alınan puanlara göre demografik değişkenler karşılaştırıldığında, hasta-hekim etkileşimlerinde algılanan etkinin cinsiyet, medeni durum, hekimin cinsiyeti, yaş grubu, aylık gelir durumu, eğitim durumu değişkenleri bakımından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ek olarak Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden alınan puanlara göre hastaneye gitme sıklığı durumu, en son hizmet alınan hastane durumu, son gidilen hastanenin tercih edilme sebebi durumu değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışma bulgularından elde edilen sonuca göre, Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlara göre cinsiyet, medeni durum, hekimin cinsiyeti, yaş grupları, aylık gelir, eğitim durumu, hastaneye gitme sıklığı durumu, en son hizmet

alınan hastane durumu, hastanenin tercih edilme sebebi durumu değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Sağlık Algısı Ölçeği, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutları ile Hasta-Hekim İletişimi Ölçeği arasındaki ilişki için korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Değişkenler arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda değişkenlerden birinde artma olduğunda diğerinde de artma olması beklenmektedir. Araştırma kapsamında, hekim-hasta etkileşimi geliştirmenin hekim ve hastane bağlılığını artırmada yararlı bir araç olabileceğini düşündürmektedir. Rekabetçi sağlık sektöründe bağlılık düzeylerini artırmak için hekimlerin tıp eğitiminde ve çalışma ortamında iletişim yeteneklerini arttırmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Etkileşim, Sadakat, Doktor-Hasta İletişimi, Hasta Sadakati

SUMMARY

There are problems in the interaction between doctors and patients that often arise, such as difficulties in communication. These issues can negatively impact patients' adherence to health care, which can compromise their overall health. Therefore, it is aimed to investigate different factors that may affect patient loyalty, including the demographic characteristics of both physicians and patients.

The universe of the study consists of Beylikdüzü and Avcılar districts from the central districts of Istanbul. When county populations are taken into account, stratified random sampling of sample types is used. The universe of the study was conducted face-to-face on 401 patients from eight hospitals over the number of participants, including 5-part Likert format questionnaires in full.

The study used two scales, the Perceived Effectiveness in Patient-Physician Interactions (PEPPI) Scale and the Health Perception Scale, to measure the perceived effect on patient-physician interaction, patient adherence, treatment service quality and interpersonal service quality. The reliability of the scales used in the study was also determined and factor, data, correlation and regression analyzes were performed. The data obtained in the study were analyzed with SPSS 25.0 version package program. This analysis involves the determination of various values, such as percentage distributions of demographic characteristics and the calculation of arithmetic averages.

According to the study findings, when demographic variables were compared according to the scores obtained from the Patient-Physician Communication Scale, no statistically significant difference was found when the perceived effect on patient-physician interactions was examined in terms of gender, marital status, physician's gender, age group, monthly income status, and education status variables. In addition, according to the scores obtained from the Patient-Physician Communication Scale, there was no statistically significant difference in terms of the frequency of going to the hospital, the hospital status where the last service was received, and the reason for preferring the last hospital to go to.

According to the results obtained from the study findings, according to the scores obtained from the Health Perception Scale and its sub-dimensions, no statistically significant difference was found in terms of gender, marital status, gender of the

physician, age groups, monthly income, education status, frequency of going to the hospital, hospital status where the last service was received, and the reason for preference of the hospital.

The correlation coefficients were found to be statistically significant for the relationship between the Health Perception Scale, self-awareness and importance of health sub-dimensions and the Patient-Physician Communication Scale. It is seen that there is a positive relationship between the variables. In this case, when there is an increase in one of the variables, it is expected that the other will also increase. The research suggests that improving doctor-patient interaction may be a useful tool in increasing physician and hospital engagement. In order to increase their level of commitment in the competitive health sector, it is recommended that physicians increase their communication abilities in medical education and in the working environment.

Keywords: Communication, Interaction, Loyalty, Doctor-Patient Communication, Patient Loyalty

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
ÖNSÖZ.....	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA HEKİM ETKİLEŞİMİ

1.1. Hasta-Hekim Etkileşimi	5
1.2. Hasta-Hekim Etkileşiminin Tarihçesi	6
1.3. Hasta-Hekim Etkileşiminin Amacı	9
1.4. Hasta-Hekim Etkileşimi Süreci	10
1.5. Hasta-Hekim Etkileşimi Türleri	13
1.5.1. Szasz ve Hollender'in Yaklaşımı	14
1.5.2. Emanuel ve Emanuel'in Yaklaşımı	15
1.6. Hasta-Hekim Etkileşiminin Faydaları	20
1.7. Hasta-Hekim Etkileşimindeki Engeller	21
1.8. Hasta Hekim Etkileşimini Etkileyen Faktörler	23
1.9. Hasta-Hekim Etkileşiminin Hasta ve Hekimlere İlişkin Çıktılar Üzerine Etkisi	27
1.9.1. Hasta Çıktıları.....	27
1.9.1.1. Hasta Sadakati	27
1.9.1.2. Hasta Tatmini	28
1.9.1.3. Sağlık Sonuçları	28
1.9.2. Hekim Çıktıları.....	28

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ALGISI

2.1. Sağlık Algısının Tanımı ve Önemi	30
2.2. Sağlık Algısının Ölçülmesi	31
2.3. Sağlık Algısının Değerlendirilmesi	32
2.4. Sağlık Algısı ve Hasta Arasındaki İlişki	33
2.5. Sağlık Algısı ve Hekimin Rolü	34
2.6. Sağlık Algısının Düşünce Kapsamı	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Konusu	39
3.2. Araştırmanın Problemi	39
3.3. Araştırmanın Amacı	39

3.4. Araştırmanın Önemi.....	40
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.6. Verilerin Toplanma Tekniği.....	41
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.8. Araştırmanın Modeli	42
3.9. Araştırmanın Hipotezleri.....	43
3.10. Verilerin Analizi.....	44
3.10.1. Ankette Kullanılan Ölçeklere Yönelik Geçerlik Güvenirlik Analizi Bulguları.....	44
3.10.2. Frekans Tabloları	44
3.10.3. Ölçeklere Ait İstatistiksel Değerler.....	50
3.10.4. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Bakımından İncelenmesi	54
3.10.5. Hasta Hekim İletişimi ve Sağlık Algısı Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin Analizi	65
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	69
ÖNERİLER	74
KAYNAKÇA	77
EKLER.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR

N	:	Evren
P	:	P Değeri
VD	:	Ve Diğerleri
AKT	:	Aktaran
VB	:	Ve Benzeri
S. S	:	Standart Sapma
JAMA	:	The Journal of the American Medical Association



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutları İçin Cronbach's Alpha Katsayısı Bulguları	44
Tablo 2. Ankete Katılan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	45
Tablo 3. Ankete Katılan Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Frekans Dağılımı	45
Tablo 4. Ankete Katılan Bireylerin Aylık Gelir Durumlarına Göre Frekans Dağılımı	45
Tablo 5. Ankete Katılan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Frekans Dağılımı	46
Tablo 6. Ankete Katılan Bireylerin Meslek Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	46
Tablo 7. Ankete Katılan Bireylerin Son Gittikleri Hekimlerin Cinsiyet Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	47
Tablo 8. Ankete Katılan Bireylerin En Son Geçirdikleri Hastalık Durumlarına Göre Frekans Dağılımı	48
Tablo 9. Ankete Katılan Bireylerin Hastaneye Gitme Sıklığı Durumlarına Göre Frekans Dağılımı	49
Tablo 10. Ankete Katılan Bireylerin Son Gittikleri Hastane Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	49
Tablo 11. Ankete Katılan Bireylerin Hastane Tercih Sebeplerine Göre Frekans Dağılımı	49
Tablo 12. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeği Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri.....	50
Tablo 13. Sağlık Algısı Ölçeği, Kontrol Merkezi Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri.....	51
Tablo 14. Sağlık Algısı Ölçeği, Öz Farkındalık Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri.....	51
Tablo 15. Sağlık Algısı Ölçeği, Kesinlik Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri.....	52
Tablo 16. Sağlık Algısı Ölçeği, Sağlığın Önemi Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri.....	53
Tablo 17. Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları İçin Açıklayıcı İstatistikler	53

Tablo 18. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	54
Tablo 19. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Medeni Durum Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	54
Tablo 20. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Hekimin Cinsiyeti Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	54
Tablo 21. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Yaş Grubu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	55
Tablo 22. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Aylık Gelir Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	55
Tablo 23. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Eğitim Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	56
Tablo 24. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Hastaneye Gitme Sıklığı Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	56
Tablo 25. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların En Son Hizmet Alınan Hastane Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	57
Tablo 26. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Son Gidilen Hastanenin Tercih Edilme Sebebi Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	57
Tablo 27. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	58
Tablo 28. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Medeni Durum Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	58
Tablo 29. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Hekimin Cinsiyet Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	59
Tablo 30. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Yaş Grupları Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	59
Tablo 31. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Aylık Gelir Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	60
Tablo 32. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	61
Tablo 33. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Hastaneye Gitme Sıklığı Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	62

Tablo 34. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının En Son Hizmet Alınan Hastane Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi	63
Tablo 35. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Hastanenin Tercih Edilme Sebebi Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi	64
Tablo 36. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutları İle Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi Bulguları.....	65
Tablo 37. Sağlık Algısı Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları.....	65
Tablo 38. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları .	66
Tablo 39. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları .	66
Tablo 40. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kesinlik Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları.....	67
Tablo 41. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Sağlıkın Önemi Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları .	67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Etkileşim Süreç Adımları.....	11
Şekil 2. Araştırma Modeli.....	42



ÖNSÖZ

İletişim hayatın her alanında yaygınlaştıkça, alanda yapılan araştırmalar da giderek önem kazanmaktadır. İnsan sağlığının söz konusu olduğu ve hastaların hekimlerden hizmet aldığı sağlık sektöründe iletişim önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel faktör olan hekim ve hasta arasındaki etkileşimin potansiyel sonuçlarını sağlık kurumları için anlamak çok önemlidir. Bu ana fikir üzerinden yola çıkılarak hazırlanan tez araştırmasında, hekim hasta arasında kurulan iletişimin hekim sadakati, hastane sadakati ve hasta sadakatini olumlu ya da olumsuz etkileme durumu incelenecektir. Araştırmadan elde edilen bulgulardan hareketle önerilerde bulunmaktadır.

Tez çalışma sürem içerisinde bana kıymetli bilgileriyle destek olan ve yol gösteren öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi. Turgay KARALINÇ'e, hayatımın her anında yanımda olan ve sonsuz desteğini veren kıymetli eşim Duygu SÜYÜR'e, bu zamana kadar üzerimde maddi manevi emekleri olan annem Şaduman SÜYÜR ve babam Ümit SÜYÜR'e, araştırmada emeği geçen tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

GİRİŞ

Tüm canlılar öncelikle kendi yaşamlarını sürdürmek için var olmaktadır. Hayatta kalmadıkça, başka bir amaca hizmet etmemektedir. İnsanlar için temel amaç mümkün olduğu sürece en sağlıklı şekilde hayatta kalmaktır. Sağlığın korunması ve hastalık veya yaralanmalardan kurtulmak için uzmanlardan yardım almaktadır.

Her birey, bir noktada kaçınılmaz olarak sağlık sorunuyla karşılaşır ve sağlığının kötüye gittiğini hissedenler, sağlık konusunda daha fazla bilgi sahibi olan kişilerden rehberlik istemektedir. Bu profesyoneller kapsamlı bir eğitimden geçmiştir ve bu alanda önemli deneyime sahiptir. Hekimler, özellikle hastalığın önemli olduğu ve özel ilgi gerektirdiği durumlarda, sağlık sistemindeki hastalar ve rahatsızlıklarıyla ilgili birincil karar vericilerdir.

Modern toplumda iletişimin her yerde bulunan doğası ışığında, iletişim tüm mesleklerde çok önemli bir araştırma alanı olarak ortaya çıkmaktadır. İletişimin en önemli faktörlerinden birisi insandır. Mesele insana sunulan hizmet olduğunda iletişim daha büyük öneme sahip olmaktadır. Hizmet sektöründe sorun yaşanan en büyük alanlardan biri sağlık hizmeti alanıdır. Bu sorunun sebeplerinin en başında, sağlık hizmeti sunulan kişilerin; meslek, eğitim, sosyal çevre, yaş, vb. özelliklerinin değişken olması sunulan hizmeti güç hale getirmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde iletişim kavramı önemli konulardan birisidir. Hastalar yaşamış oldukları problemlerden dolayı kendilerini ifade etmekte sağlıklı kişiler kadar iyi olmayabilirler. Bu durum iletişimde aksaklıkların olmasına neden olabilir. İletişimde yaşanan aksaklıkları giderebilmek, hastaların karşılaştığı baskıyı azalttığı gibi, tedavi sürecinin güzel yönetilebilmesini de etkilemektedir.

İletişim kavramı son yıllarda oldukça yaygınlaşmıştır. Müşteri tabanlı hizmet sektöründe iletişim konusu daha da öne çıkmaktadır. Hizmet sektörünün temelinde müşteri taleplerini anlamak gelmektedir. Sağlık sektörü başta olmak üzere hizmet sunan işletmelerde iletişimin önemi vurgulanmaktadır. İletişim, özellikle hastaların şikayetlerini, hastaneye başvuru nedenlerini ve endişelerini gidermek için gereken tedavileri doğru bir şekilde anlamanın çok önemli olduğu sağlık sektöründe hayati bir rol oynamaktadır. Hasta şikayetlerini anlamak ve etkili tedavi sürecinin başlatılabilmesi iyi bir iletişimle sağlanabilmektedir.

Sağlık kurumlarının öncelikli amacı, hastaların aldıkları hizmetlerden memnun kalmalarını ve hizmet kalitesine ilişkin olumlu bir algıya sahip olmalarını sağlamaktır. Bu hedefe ulaşmak sağlık çalışanları için son derece önemlidir. Alanda yapılan kapsamlı araştırma ve analizlere dayanarak, sağlık hizmetlerinin kalitesinin birçok faktörden etkilendiği kesin

olarak tespit edilmiştir. Bu faktörler, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki iş birliği düzeyi, hastaların kendilerinin sergilediği benzersiz kişisel özellikler, tedavi edilen spesifik hastalık türü ve ayrıca hizmetleri yöneten sağlık profesyonellerinin kişisel nitelikleri ve yetenekleri dahil olmak üzere çeşitli yönleri kapsamaktadır. Ek olarak, bu hizmet sağlayıcıların yetkinlikleri, motivasyonları ve genel memnuniyet seviyeleri, alınan sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, genel sağlık sistemi, kaynakların ve tesislerin mevcudiyeti, sağlık kuruluşu içindeki liderlik ve yönetimin etkinliği ve iş birliği ortaklıklarının kurulması, sağlanan sağlık hizmetlerinin genel kalitesine önemli ölçüde katkıda bulunur. Bu örnekler, sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen çok çeşitli faktörlerin yalnızca yüzeyini çizerek, bu çok yönlü sorunun karmaşık doğasını vurgulamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu tek bir tarafın çabasıyla sağlanamamaktadır. Hastalar tedavi yöntemleri ve ilaçlar konusunda hekimlerinin tavsiyelerine güvenmektedir. Bu tedavilerin etkililiği, hastanın hem hekime hem de hastaneye duyduğu güven düzeyine bağlıdır ve bu güven, etkili iletişimle kurulabilmektedir. Sağlık profesyonelleri tedavilerin önemini anlatır ve hastalarını ikna ederse tedaviler başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir. Birçok tedavi, sağlık tesisi dışında da gerçekleştirilebilmektedir. Hastalar, sağlık tesisi dışında etkin bir şekilde uygulanabilmeleri için hekimler tarafından önerilen tedavileri anlamalı ve önemsemeleri gerekmektedir.

Hekim-hasta ilişkisindeki kontrol düzeyi, iki taraf arasındaki iletişimin derecesi ile karakterize edilebilir. İletişimin eksik olduğu durumlarda hem hasta hem de hekim sınırlı kontrole sahiptir. Tersine, iletişim paylaşıldığında, her iki taraf da daha fazla kontrole sahip olur. Hekim hastadan daha fazla kontrole sahip olduğunda, paternalistik iletişimi olarak kabul edilir. Öte yandan, hastanın daha fazla kontrole sahip olduğu durumda, bilgilendirici iletişimi olarak bilinmektedir.

Tıbbi yardım arayan sağlık hizmeti kullanıcıları ile bakım sağlayan hekimler arasındaki etkileşim, hasta-hekim iletişimi olarak bilinmektedir. Sunulacak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve içeriği bu değiş tokuş ile belirlenmektedir. İki taraf arasındaki etkili iletişim, hastanın tedaviye katılımının, alınan hizmetten memnuniyetinin ve hatta tedavi sonuçlarının iyileşmesine yol açmaktadır (Chen ve diğerleri, 2007: 339).

Hasta ve hekim etkileşimlerinde etkili iletişimin önemi yadsınamaz ve bunun farkına varmak sağlık kurumlarının sorumluluğundadır. Hekimler yetenekli iletişim becerilerine sahip olduklarında, kurumlarına kaliteli sağlık hizmetlerinden daha fazlasını getirirler. Daha fazla

hasta katılımına, başarılı tedavi sonuçlarına ve sağlık hizmeti sağlayıcısının yeteneklerine güven duygusuyla konfor atmosferi yaratmaktadırlar (Desmond ve Copeland, 2010, s.2). Bu memnuniyet ve güven hastanın hem hekime hem de hizmet sunan sağlık kuruluşuna sadakatini oluşturmaktadır.

Hekimine derin bir sadakat duyan kişiler, çalıştıkları yer ne olursa olsun, söz konusu hekimden tıbbi bakım almayı tercih edebilirler. Hastanın belli bir hastaneyi tercihi varmış gibi görünse de en kritik faktör hekimin tercihidir. Hekim mevcut kurumundan ayrılmayı, başka bir yere taşınmayı seçerse, birey de aynı şeyi yapacak ve hekimiyle birlikte yeni yerine nakledilecektir. Ancak gerçek hastane sadakati açısından hastaların, çalışanlarla birlikte kurumdan ayrılmaları mümkün değildir. Bu sadakat düzeyini korumak için tüm sağlık çalışanlarının etkin iletişim becerileri geliştirmeleri ve bireylerin kuruma geldikleri andan ayrılışlarına kadar kurumda tatmin edici deneyimler yaşamaları sağlanmalıdır.

Etkili sağlık iletişimini gerçekleştirmek için öncelikle iletişimin tanımını ve önemini kavramak gerekmektedir. Bu farkındalık, mevcut sorunların ve olası çözümlerin belirlenmesine yol açabilmektedir.

Çalışma, hasta-hekim etkileşimlerinde algılanan etkinin hastaların hekimlerine sadakat düzeyleri arasındaki potansiyel ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır. Ek olarak, çalışmamızın yönetim uygulamalarını geliştirmede ve bu konunun eğitim müfredatlarına entegrasyonunu teşvik etmede önemli bir rol oynaması beklenmektedir. Çalışma sosyo-demografik faktörlerin hasta-hekim etkileşim düzeyleri, hastaların hekimlerine olan sadakatini nasıl etkilediğini araştırmayı amaçlamaktadır.

Çalışma öncesinde İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik kurallara uygunluğu hakkında onay alınmıştır ve Ek-1 olarak sunulmuştur. Alınan onay ışığında İstanbul ilindeki 8 sağlık hizmeti sunan kuruluşa başvuru yapan 401 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcılar tarafından sağlanan anket yanıtları, SPSS 25.0 versiyon paket programı ile analiz edilmiştir. Bu analiz, demografik özelliklerin yüzde dağılımları ve aritmetik ortalamaların hesaplanması gibi çeşitli değerlerin belirlenmesini içermektedir. Çalışma kapsamında araştırma verilerinin elde edilmesi için "Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkinlik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği" olmak üzere 2 adet ölçek kullanılmıştır.

Çalışmanın ilk bölümü, hasta hekim etkileşiminin; tarihçesi, amacı, süreci, türleri, etkileşim faydaları, etkileşimdeki engeller, etkileşimi etkileyen faktörler, hekim ve hasta

çıktıları üzerindeki etkisi konularına odaklanmaktadır. Ayrıca, bu bölümde literatürde bulunan çeşitli sorunlar ve çözümler tartışılmaktadır.

Araştırmanın ikinci bölümünde, sağlık algısı önemi, tanımı, sağlık algısının ölçülmesi, değerlendirilmesi, tarihçesi, algının sınıflandırılması, sağlık algısındaki hekimin rolü konuları incelemektedir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, kullanılan veri toplama araçları ve tekniklerinin yanı sıra kullanılan analiz yöntemlerinin kapsamlı bir dökümü sağlayarak çalışmanın metodolojisi derinlemesine incelenmektedir. Bu bölümde hipotezlerin incelendiği ve test edildiği çalışmanın bulguları sunulmaktadır.

Çalışmanın son bölümü, elde edilen sonuçları, bu sonuçların mevcut literatürle karşılaştırılmasını ve araştırma problemi için önerilen çözümleri içermektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA HEKİM ETKİLEŞİMİ

1.1. Hasta-Hekim Etkileşimi

Hasta ve hekim arasındaki etkileşim, çeşitli kültürel, sosyal, ekonomik ve psikolojik faktörlerin yanı sıra etik kaygılardan da etkilenmektedir. Hekimin sorumlulukları ve eylemleri, hastalarla etkileşimlerinin doğasını yönlendiren kültürel normlar tarafından belirlenmektedir. Hekimin davranış ve tavırları hasta-hekim ilişkisinin şekillenmesinde ve yönlendirilmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır (Koch E, Turgut T, 2004, s.15). Ataç'a göre (2009, s. 93) sağlık profesyonellerinin hasta-hekim iletişimindeki yeterliliğini artırmak tıp alanında büyük önem taşımaktadır. Hasta görüşmeleri yapmak, muayene etmek ve olumlu bir bakış açısıyla uygun tedaviyi sunmak için gerekli bilgi ve tekniklerle donatmayı amaçlamaktadır. Bu beceriler sadece elde edilmemeli, aynı zamanda profesyonel kariyerleri boyunca sürekli olarak pekiştirilmeli ve desteklenmelidir. Bunun için başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin modern tıbbın önemli bir yönü olan hasta hakları ilkelerini benimsemesi gerekmektedir. Bu bağlamda, sağlık profesyonelleri iletişim konusunda "hasta merkezli" bir yaklaşım benimsemelidir.

Etkili iletişim yöntemlerini kullanarak, hekimler hastalarının sağlık inanç modelini olumlu yönde etkileme yeteneğine sahip olmalıdır. İletişimin başarısı, hekimin hastanın düşüncelerini anlamasına ve hastanın da hekimin mesajını anlamasına bağlıdır (Yağbasan, Çakar, 2005, s. 615).

Modern tıp eğitiminde, hekimlerin hastalarıyla ve diğer sağlık uzmanlarıyla etkili bir şekilde ilişki kurmalarını sağlayan iletişim becerilerini edinmeleri gerekmektedir. Araştırmalar sonucundaki istatistikler, hastaların önemli bir bölümünün hekimlerle olan etkileşimlerinden memnuniyetsizliklerini hekimlerin herhangi bir teknik eksikliğinden değil, etkisiz iletişimden dolayı dile getirdiklerini ortaya koymaktadır. Pek çok hasta soru sormaktan ya da sağlıkla ilgili endişelerini hekimleriyle tartışmaktan çekindiğini ve bunun da anlama eksikliğine yol açtığını bildirmektedir. Bulgular, hekimlerin tıbbi eğitimlerinin temel bir bileşeni olarak etkili iletişim becerilerine öncelik vermeleri konusundaki kritik ihtiyacı vurgulamaktadır (Gezergin ve ark., 2006, s.129).

1.2. Hasta-Hekim Etkileşiminin Tarihçesi

Tarihsel bir bakış açısıyla toplumlar incelendiğinde, insan ve hekim ilişkisi ile yaşadığı dönem arasında açık bir ilişki vardır. Hasta-hekim dinamiğindeki benzerlikler, belirli zaman dilimlerinde çeşitli toplumlarda tanımlanabilir. Bu çağlarda mevcut olan tıbbi bilgi düzeyi, bu bağlantıyı açıklamada önemli bir rol oynar. Genel olarak, bu, tıbbın evriminin sağlık hizmetlerine yaklaşımımız üzerinde derin bir etkisi olduğunu göstermektedir (Oğuz, 1995, s. 3).

Tarih boyunca, özellikle eski uygarlıklarda, hasta-hekim dinamiğine ilişkin fark edilebilir bir etkinlik ve edilgenlik modeli olmuştur. Bu ilişki sağlık hizmeti sunumu üzerinde kabul edilebilir etki oluşturmaktadır (Örs, 1975, s.48). Bu dönemde, hastalık algısı bir tasavvuf duygusu ile aşılmıştır. Hekim, hasta ile sağlığını etkilediğine inanılan görünmeyen güçler arasında bir arabulucu görevi olduğuna inanılıyordu (Oğuz, 1995, s.3). Hekim, güçlü bir ruhsal eğilime sahip, yüksek statülü bir kişi olarak görülüyordu. Aktivite-pasiflik merceğinden bakıldığında, Fransız Devrimi'nin hasta-hekim ilişkisinin evrimi üzerinde önemli bir etkisi olduğu açıktır. Pasif bir dinamikten aktif bir dinamiğe geçiş, özellikle modern psikiyatrinin öncüsü olan Philippe'in devrimci çalışmasıyla örneklenmiştir. Devrim niteliğindeki özgürlük ve eşitlik ideallerinden etkilenen Pinel' in şefkatli ve empatik yaklaşımı, hasta ve hekim etkileşimlerinde işbirlikçi ve karşılıklı yarar sağlayan bir ortaklığı teşvik etmede başarılı bir yöntem olduğunu kanıtlamıştır (Çobanoğlu, 2000). On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda bilimde, özellikle tıp alanında kaydedilen ilerlemeler, bilgi ve anlayışta önemli bir büyümeye yol açmıştır. Sonuç olarak, hastalar tedavilerine karşı daha pasif bir yaklaşım benimseyerek Hekimlerin uzmanlığına giderek daha fazla bağımlı hale gelmiştir. Dinamikteki bu değişim, bilimin konumunu yükseltti ve sağlık ve refahı korumadaki kritik rolünü güçlendirmiştir.

Sanayileşme döneminde hastalıkların engellenebilmesi, hastalarla daha kuvvetli ilişkiler kurulması için hasta hekim etkileşimlerinde büyük çaba sarf edildiği görülmektedir. Bu dönemin ardından, bu iki yaklaşımın aslında birbirine bağlı olduğu ve her birinin diğerini güçlendirmeye ve desteklemeye hizmet ettiği ortaya çıkmıştır (Dirican, 1990, s.11). Tıp alanı, Illich' in (1995, s.100-134) gözlemlerinin kanıtladığı gibi büyük ölçüde pozitif bilime sarsılmaz bir bağlılıkla yönetilmektedir. Ancak hekimlerin hasta bakımı yerine gelir yaratmaya öncelik verdiği tehlikeli bir uzmanlaşma düzeyine yol açmıştır. Ayrıca, teknolojiye ileriye, hekimlerin hastalık tanımları üzerinde tam yetkiye sahip olmasıyla güç dinamiğini yalnızca güçlendirmiştir. Bu eğilimler, tıba daha bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşıma olan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Sanayileşmenin gelişi, sağlık hizmetlerindeki olanakları büyük ölçüde geliştirmiştir. Bundan önce, tıbbi bakım öncelikle ekonomik güce sahip olanlar için mevcuttu ve hastaların çoğunu yeterli tedaviye erişimden mahrum bırakılmaktadır. Hastalık genellikle yönetici güçlerin çok az müdahalesiyle doğal bir afet olarak görülmektedir. Bu dinamik, hekimler ve hastalar arasındaki güç dengesizliğini büyük ölçüde vurguladı ve yalnızca küçük bir azınlığın tıbbi bakımdan yararlanabilmesine neden olmaktadır (Eren, 1996, s. 446).

19. yüzyılda, hastalığın kişisel bir hak olduğu ve başkalarına bulaştırma hakkı olmadığı kavramı yaygınlaşmıştır. Ancak değerlendirme ve aşılama kampanyalarının, sağlık sigortasının ve yoksullar için tıbbi bakımın artmasıyla birlikte sağlık perspektifi genişlemiştir. Bu da hekim-hasta ilişkisinin doğrudan etkilenmesi ve hastalığın tüm topluma mal edilmesi sonucunu doğurmuştur. Sonuç olarak, sağlık hizmetleri bilgi ve bakımın tüm topluma yayılmasına odaklanmaya başlamıştır (Eren, 1996, s.446-447). Gittikçe uzmanlaşan iş bölümü sayesinde, hekim, hekim-hasta ilişkisini belirlemede saygı duyulan otorite olmaya devam etmektedir. Ancak, hekim olmayan sağlık hizmeti sağlayıcıları artık araştırma yapmakta ve bu gelişen sürece yeni bakış açıları katmaktadır. Hekim-hasta ilişkisinin boyutlarını genişletilmektedir (Illich, 1995, s.100-134).

19. yüzyılın sonlarında psikiyatrinin bir tıp alanı olarak gelişmesi, karşılıklı katılıma dayalı hasta-hekim ilişkisine doğru önemli bir kaymaya işaret etmektedir. Joseph Braurer ve Sigmund Freud gibi öncüler, hastaları dinlemenin ve onları teşhis ve tedavi sürecine dahil etmenin önemini fark etmişlerdir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinde büyük bir ilerleme olarak görülmüş ve hastalar ile hekimleri arasındaki etkileşimi ve ortaklığın değerini vurgulamıştır (Oğuz, 1995, s.59-65).

Tarih boyunca, sağlık ve hastalığa bakış açısı, basit bir ikili sınıflandırmadan, hastalığa katkıda bulunan biyo-psiko-sosyal faktörlerin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına doğru evrilmiştir. Bu bütüncül yaklaşım, tıp bilgisindeki ilerlemelerle elde edilmiştir ve bireyler, çevreleri ve sağlıkları arasındaki karmaşık etkileşimi kabul etmektedir. Bu nedenle, esenliği etkin bir şekilde desteklemek için sağlık ve hastalığa yönelik bu bütünsel yaklaşımı benimsenmektedir.

Bir hasta ile hekim arasındaki etkileşim, Hipokrat yemininin kanıtladığı gibi, tıp pratiğinin her zaman çok önemli bir yönü olmuştur. Geçmişte hastalar, tedavinin gidişatını belirlemekten yalnızca hekimin sorumlu olduğu pasif bakım alıcıları olarak görülüyordu. Ancak günümüzde hasta ve hekim arasında her iki tarafın da karar alma sürecine aktif olarak katıldığı daha dinamik bir ilişki mevcuttur. Yaklaşımdaki bu değişiklik, optimal sağlık

sonuçlarına ulaşmaya yönelik daha bilinçli ve işbirlikçi bir çaba ile sonuçlanmıştır. Zaman geçtikçe hasta-hekim etkileşimi, hekimin gerekli işlemleri belirleme görevini üstlendiği ve hastanın görev bilinciyle takip ettiği bir dinamik haline dönüşmüştür. Bununla birlikte bu etkileşim, özellikle akut veya bulaşıcı hastalıklarda, rehberlik ve iş birliğine dönüştürülebilir. Bu senaryoda, hekim rehberlik sağlar ve hasta optimal sağlık elde etmek için onlarla birlikte çalışmaktadır.

Hasta-hekim etkileşiminin üçüncü yönü, iki taraf arasındaki “paylaşım” kavramına özgün bir bakış açısını içermektedir. Hastanın hastalığının tedavisinde belirli sorumluluklar üstlenmesinin beklendiği, karşılıklı katılım üzerine kurulu bir ilişki olarak görülmektedir. Bu tür bir etkileşim, özellikle, hekimin başarıya ulaşmak için hastayla yakın çalışması gereken kronik hastalıkların tedavisi ve psikanaliz ile ilgilidir. Nihayetinde bu yaklaşım, güçlü ve etkili bir hasta-hekim ilişkisi ideallerine uymaktadır. Hekimler bu yaklaşıma bağlı kalarak hastalarıyla güçlü bir ilişki kurabilir ve tedavinin onların özel ihtiyaçlarına göre düzenlenmesini sağlayabilmektedir (Örs, 1975).

Hasta ve hekim arasındaki etkileşim dönüşümü, gelişen sağlık ve hastalık kavramları, hekimin değişen rolü ve bireylerin sağlık haklarına ilişkin beklentileri gibi çeşitli faktörlerin etkilediği karmaşık bir olgudur. Tıp daha teknoloji odaklı hale geldikçe, hastalar ve hekimler arasındaki ilişki, onların mesleki kimliklerini şekillendirmede çok önemli bir rol oynamaktadır. Bu değişim, modern tıp pratiğinde hasta-hekim ilişkisine ilişkin daha incelikli bir anlayışa duyulan ihtiyacın altını çizmektedir (Örs, 1975).

Hasta ve hekim arasındaki etkileşim, 20. yüzyılın son yıllarında meydana gelen kayda değer değişikliklerle gelişim göstermiştir. Bu dönüşüm, hasta özerkliğine doğru bir kayma ve hem hastaların hem de hekimlerin bireysel değerlerine daha fazla vurgu yapılmasıyla belirgin hale gelmiştir. Sonuç olarak, tıbbi tedaviye karar verme sürecinde hastaların rolünü çevreleyen tartışmalar devam etmektedir (Lazaro, 2000, s.354).

Hekimin hasta-hekim etkileşimindeki rolünün azaltılması gerektiği kimileri tarafından öne sürülmüştür. Bununla birlikte, hastaların kendi sağlık kararlarında daha fazla söz sahibi olması gerektiğini düşünmek önemlidir. Bu yaklaşım, hastaları kendi bakımlarında aktif rol almaları için güçlendirme idealiyle uyumludur. Bazıları, bir hastanın hastalığının ve güvenlik arzusunun bilinçli kararlar verme yeteneklerini engelleyebileceğini savunarak bu ideali sorgulayabilirken, hastalara bilinçli seçimler yapabilmeleri için yeterli teknik bilginin sağlanması gerektiğini kabul etmek çok önemlidir. Hasta-hekim ilişkisinin kırılğan

olabileceğini kabul etmeli, ilişkinin potansiyel olarak istikrarsız doğası, meseleleri daha da karmaşık hale getirmektedir (Çobanoğlu, 2000).

Hasta ve hekim arasındaki etkileşim daha eşit ve dengeli bir yaklaşım benimsenerek geliştirilebilir. Bazı bireyler, her iki tarafın çaba ve beklentilerini, hekimin sorumluluklarını, aydınlatılmış onam prosedürlerini ve tıbbi uygulamanın etik ve yasal sınırlarını dikkate alarak bu ilişki için bir çerçeve oluşturmaya çalışır. Bu ideal hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiğini düşünmeye ve araştırmaya sevk etmiştir (Emanuel, 1992).

1.3. Hasta-Hekim Etkileşim Amacı

Hasta ile hekim arasındaki ilişki, sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olan sağlık hizmetlerinin çok önemli bir yönü olarak görülmektedir. Bu ilişki, hasta uyumunu, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini, sağlık kurumu ve sistemine olan güveni ve hatta hastaların gelecekteki bakım için geri dönme olasılığını etkileyebilmektedir. Hastanın durumu hakkında ayrıntılı bilgi sağlamak ve açık tartışma için rahat bir ortam yaratmak da dahil olmak üzere hekimle etkili iletişim, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde özellikle etkili olabilmektedir (Bulduklu, 2015, s.131).

Hekimler, hedeflerine ulaşmak için hastalarla iletişim becerilerini geliştirmeye teşvik edilmektedir. Hekim ve hasta arasındaki iletişimin üç temel amacı vardır. Birincisi, optimum tıbbi bakım için gerekli olan, aralarında pozitif bir ilişki kurmaktır. Çalışmalar, hasta memnuniyetini, anlayışı, tedaviye bağlılığı ve ölçülebilir sağlık sonuçlarını geliştirmede başarılı iletişimin önemini vurgulamıştır. Bu nedenle, etkili hekim-hasta iletişimine katkıda bulunan faktörler, bu hedeflere ulaşmak için çok önemli olmaktadır (Berry, 2007, s.44).

İkinci hedef ise doğru teşhis ve tedavi için çok önemli olan hekim ve hasta arasındaki iletişimi arttırmaktır. Hekimler, etkili bir tedavi planı geliştirmek için hastalardan bilgi toplamalıdır ve hastaların bakış açılarını ve deneyimlerini anlamak da eşit derecede önemli olmaktadır. Etkili iletişim, bu bilgi alışverişi için hayati önem taşır, çünkü hekimler karmaşık tıbbi kavramları, bilimsel bir geçmişi olmayan hastaların anlayabileceği bir şekilde iletmektedir. Hastalar, yargılanma ya da yanlış anlaşılma korkusuyla düşüncelerini ve duygularını hekimleriyle paylaşmaktan çekinebilir, bu da olumsuz sağlık sonuçlarına ve hatta ölüme yol açabilmektedir. Bu nedenle hekimler, açık ve dürüst iletişimi teşvik eden bir ortam oluşturmaya çalışmalı ve hastaların kendilerine sunulan tıbbi bilgileri tam olarak anlamalarını sağlamaktadır (Friedman ve Wolchok, 2016, s.348).

Üçüncü hedefte, geçmişte hekimlerin ataerkil yaklaşımı nedeniyle pek yaygın olmayan, hastaları hekimleri ile birlikte karar verme sürecine dahil etmektir. Bununla birlikte, hastanın sosyal ve psikolojik faktörlerini dikkate alan daha hasta merkezli bir yaklaşıma doğru bir kayma olmuştur. Bu yaklaşım, aktif dinlemenin ve hastanın bakış açısını anlamının önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle hekim, hastanın bakış açısını dikkate almaya öncelik vermektedir. Bu hasta merkezli tıp anlayışının gelişmesinde etkili olmaktadır (Berry, 2007, s.46).

Hekimler hastalarıyla olası tedavi seçenekleri hakkında konuşabilir, iş birliği içinde bir karara varmadan önce çeşitli yaklaşımların avantajlarını ve dezavantajlarını değerlendirmek için bir tartışmaya girebilmektedirler. Bu süreç uzun olabilse de hastalar tıbbi bakımları sırasında karar verme ve hedef belirleme süreçlerine dahil olma fırsatını takdir etmektedir. Ayrıca, hastaların bu şekilde katılımını sağlayarak, hekimler sağladıkları bakımın kalitesini artırabilir ve hastalarıyla daha güçlü ilişkiler kurabilmektedir. Sonuç olarak, hekimler ve hastalar arasındaki iletişim muhtemelen gelişecek ve daha etkili sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (Friedman ve Wolchok, 2016, s.348).

1.4. Hasta-Hekim Etkileşimi Süreci

Özellikle hasta merkezli yaklaşımların artan önemi ile birlikte hasta ve hekim arasındaki iletişim sürecini etkin bir şekilde yönetmek büyük önem taşımaktadır. Sonuç olarak hekimlerin rolü, hastanın sözlerini dinlemeleri, konuşmaları için zaman vermeleri, açık uçlu sorular sormaları ve devam etmeleri için onları teşvik etmeleri gereken aktif dinlemeye doğru yönelmiştir. Ayrıca hekimler ara vermeli, hastanın söylediklerini tekrarlamalı, özetlemeli ve duygularını yansıtmalıdır. Bu eylemler, hastalar ve hekimler arasındaki etkili iletişim için gerekli olmaktadır (Okay, 2016, s.112).

2009 yılında yapılan araştırmaya göre hekim ve hasta arasındaki iletişim süreci bilgi alma, davet etme, dinleme ve onaylama olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. Bilgi toplama aşamasında hekim açık uçlu sorular sorar ve hastaya düşüncelerini özgürce ifade edebilmesi için rehberlik etmektedir. Hekim, hastaya yanıt vermesi için baskı yapmaz ve bilgi vermesi için ona yeterli süre tanımaktadır. Dinleme adımı, hastanın ne ifade ettiğini aktif olarak dikkate almayı ve dikkate almayı içermektedir. Hekim, hastayı aktif bir şekilde dinlediğini ve hastayla ilgilenmek için çaba sarf ettiğini periyodik olarak göstererek, verilen bilgileri anladığını teyit etmektedir (Collins, 2009, s.30).

2010 yılında yapılan çalışmada sağlık hizmetlerinde dinleme süreci aktif, yansıtıcı ve empatik dinleme olmak üzere üç aşamaya ayrılmıştır. Aktif dinleme, hekimin hastanın sözlerini

dikkatle dinlemesini ve konuşmaya dahil olduğunu göstermek için başını sallamak veya gülümsemek gibi vücut diline yanıt vermesini içermektedir. Hekim ayrıca göz temasını korumalı, işitsel olarak dinlemeli ve aktif olarak dinlediğini iletme için dilini sürekli kontrol etmektedir. Yansıtıcı dinleme, hekimin hastanın söylediklerinin kilit noktalarını belirlemesini ve hastanın konuşmaya aktif olarak katıldığını göstermek için bunları hastaya tekrarlamasını içermektedir Empatik dinleme yaklaşımı, hekimin duygularını kabul ederek ve empatik tepkiler vererek hastayla aktif olarak duygusal olarak ilgilenmesini içermektedir. Empatik dinleme yaklaşımı, yanlış anlamaları önlemeye yardımcı olmakta ve hekimin hastanın ilettilerini doğru bir şekilde özetlemesini sağlamaktadır. Hastayı konsültasyon sırasında daha pasif olmaya eğiterek, hekim konuşmayı daha iyi yönlendirebilir ve etkili tedavi sağlayabilmektedir. Empatik dinleme, hekimlerin hastalarıyla nasıl daha iyi bağlantı kurabileceklerini ve genel bakım kalitesini nasıl iyileştirebileceklerini anlamaya odaklanan aktif bir araştırma alanı olmaktadır (Desmond ve Copeland, 2010, s.88-95).

Hasta ve hekim arasında başarılı bir etkileşim için takip edilmesi gereken dokuz önemli adım vardır. Bunlar, kendini değerlendirebilmeyi, görüşme sırasında hastayı aktif olarak dinlemeyi ve onunla ilişki kurmayı, hastayla empati kurmayı, iletilen tüm mesajları tanımayı, uygun soruları sormayı, eksiksiz ve işbirlikçi bir görüşme yürütmeyi ve nihayetinde gerçeği keşfetmeyi içermektedir. Bu adımları izleyerek hasta-hekim ilişkisi güçlendirilebilir ve her iki taraf için de daha iyi sonuçlara yol açabilmektedir (Desmond ve Copeland, 2010).



Kaynak: (Desmond ve Copeland, 2010)

Şekil 1. Etkileşim Süreç Adımları

Fong ve ark. (2010: 40), sağlık hizmetlerinde çok önemli olan çeşitli süreçleri araştırmışlardır. Bunlar arasında iletişim becerileri, eğitim, iş birliği, çatışma yönetimi ve sağlık yer almaktadır. Etkili iletişim becerileri, dikkatli dinlemeyi, empati kurmayı ve açık uçlu soruların kullanılmasını içermektedir. Etkili iletişim kuramamak, hastalar arasında yanlış anlaşılmalara, kafa karışıklığına ve memnuniyetsizliğe yol açabilmektedir. Empati ise hastalar arasındaki izolasyon duygularını azaltmaya yardımcı olur ve kendilerini onaylanmış hissetmelerini sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde eğitim, hastaların durumlarını ve tedavi seçeneklerini anlamalarını sağladığı için hayati bir rol oynamaktadır. Sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği, hastaların kapsamlı ve koordineli bakım almasını sağladığı için de önemlidir. Çatışma yönetimi becerileri, sağlık uzmanları ile hastalar veya aileleri arasındaki anlaşmazlıkları ozmek için gerekli olmaktadır. İyi bir sağlık hem hastalar hem de sağlık çalışanları için esastır ve bunu sürdürmek ve geliştirmek için çaba gösterilmelidir. Genel olarak, çalışma sağlık hizmetlerinde çeşitli süreçlerin onemini vurgular ve sağlık profesyonellerinin iletişim, eğitim, iş birliği, çatışma yönetimi ve sağlık alanlarında becerilere sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu beceriler, hastalara kaliteli bakım sağlamak ve olumlu sonuçlar elde etmek için gerekli olmaktadır. Hekimler doğuştan iletişim becerilerine sahip değildirler, ancak bu becerileri eğitim ve ğretim yoluyla öğrenebilir ve uygulayabilmektedirler. Hekimlerin kendilerinin farkında olmaları ve gerektiğinde iletişim tarzlarını değiştirmeye istekli olmaları önemli olmaktadır. İdeal bir durumda hekimler, hastanın değerlendirmelerini ve girdilerini dikkate alarak mümkün olan en iyi bakımı sağlamak için hastalarıyla ortak çalışma gerçekleştirmelidir.

Hekimler, hastaları tedavi ederken seçenekleri sunmak ve tartışmak, onlarla sorumlulukları ve kontrolü paylaşmak için zaman ayırmalıdır. Başarılı bilgi aktarımı için fırsatlar yaratmayı, endişeleri ele almayı ve ortak karar vermeyi mümkün kılmak için tedavi seçeneklerini anlaşılır bir şekilde açıklamayı içermektedir. Hekim, standart kurallara güvenmek yerine, hastayla bireysel ihtiyaçlarına ve durumuna göre tedavi seçeneklerini tartışmak ve değerlendirmek için hastayla birlikte çalışan bir kolaylaştırıcı görevi görmektedir.

Hekimler üzüntü, kızgınlık vb. yıkıcı duyguların farkında olmalı ve hasta üzerindeki etkiyi azaltmak için uygun şekilde yanıt vermelidir. Başarılı klinik sonuçlar elde etmek için herhangi bir ilişki problemini belirlemek ve ele almak önemli olmaktadır. İletişim becerileri hem hasta hem de sağlık hizmeti sağlayıcısı için olumsuz kalıpları tanımak ve bunlara karşı koymak için büyük önem taşımaktadır. Farklı sağlık inançları, rekabetçi tedaviler ve sağlık sistemi korkusu, tedavi kararlarını olumsuz etkileyebilir ve nihayetinde hastaya zarar

verebilmektedir. Optimum sonuçlar elde etmek için algıdaki boşlukları kapatmak hayati önem taşımaktadır (Fong vd., 2010, s.41).

Fong ve arkadaşlarına göre (2010, s.41), hekimler hastalıkları anlamak için tıbbi cihazları kullanırken, hasta bakış açıları, ilkeleri, toplumsal faktörlerin etkisi de dikkate alınmalıdır. Tedavinin önemini vurgulayan hekimler, algılanan tüm engelleri veya avantajları ele alarak hasta uyumunu sağlamalıdır. Hekimler, hastalığın fonksiyonel ve sembolik önemini inceleyerek hastaya tanıyı sunabilir ve bilgiyi özetlemeye teşvik etmelidirler.

1.5. Hasta-Hekim Etkileşimi Türleri

Hastalar ve hekimler arasındaki ilişkiyi açıklamak için her biri farklı bir konuyu vurgulayan çok sayıda model mevcuttur. Bazı benzerlikleri paylaşılar da etkileri önemli ölçüde farklılık göstermektedir. 1956'da Szasz ve Hollender tarafından geliştirilen hasta-hekim ilişkisi kavramı, psikanalitik yaklaşımda zarif ve ikna edici bir yaklaşımdır. Hasta ve hekim ilişkisi bir soyutlama olarak görülmekten çok gözlemlenebilir durumlar için uygun yön olarak görülmektedir. Bu tür bir ilişki diğer insan etkileşimlerinde bulunabilse de Szasz ve Hollender benzersizliğinin içinde meydana geldiği ortamda yattığını öne sürmektedir (Habiba, 2000, s.183).

Szasz ve Hollender, her biri kendine özgü özellik ve özellikler taşıyan üç farklı hasta-hekim ilişkisi türü belirlemiştir. Birincisi, genellikle ebeveyn ve çocuk arasındaki dinamikte görülen bir aktivite-pasiflik ilişkisidir. Bu tür bir ilişki, hekimin teknokratik bir yaklaşım benimsemesiyle genellikle ataerkil tutum ve davranışlarla işaretlenmektedir. Diğer iki tür ilişki, rehberlik-iş birliği ve karşılıklı katılım, sağlık hizmetlerine daha işbirlikçi ve eşitlikçi yaklaşımlar sunar ve olumlu hasta sonuçlarını teşvik etmede daha faydalı olabilmektedir (Brody, 1980, s.93).

Bu özel ilişki biçiminde hekim, yapılan işlemin hastanın yararına olduğu varsayımıyla, hastanın açık rızası olmaksızın onun adına hareket eder. Bu ilişki özellikle hastanın komada veya genel anestezi altında olduğu gibi bilinçsiz durumda olduğu durumlarda belirgindir. Dolayısıyla bu ilişki, pasif bir hasta ile hekim arasındaki geleneksel dinamiği somutlaştırmıştır (Örs, 1975, s.48).

Sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan ilişki, rehberlik-iş birliği üzerine kuruludur. Hekim, hastaya ne yapması gerektiği konusunda talimatlar verir ve iş birliği yapmaya isteklidir. Hekim, talimatları yerine getiren hastanın huzurunda uzmanlığını kullanır. Bu ilişkide hastanın katılımı bir nebze de olsa söz konusudur ama sonuçta teşhis ve tedaviden hekim sorumlu olmaktadır.

Bu ilişki türünde hekim, hastanın değerlerini dikkate alır, yol gösterici ve yorumlayıcı bir yaklaşım sergilemektedir. Bu tür bir ilişki, hekimin hastaya ne yapması gerektiğini katı bir şekilde söylediği bulaşıcı hastalıklardakine benzerlik göstermemektedir. Bunun yerine, hekimin hastasını dinlediği ve ona göre davrandığı ilişki türüne uygun olmaktadır (Örs, 1975, s.48).

Hasta-hekim ilişkisi, her iki taraf da aktif olarak katıldığında büyük ölçüde gelişim göstermektedir. Bu karşılıklı yarar sağlayan dinamik, hekimin hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlamasına olanak tanımaktadır (Örs, 1975, s.48). Teşhisten tedavi seçimine kadar olan bu ortaklığın tüm süreci, hekim ve hasta arasındaki ortak bir çaba içerisinde, mümkün olan en iyi sonuca ulaşmak için çalışmaktadırlar (Erdemir, 2003, s.130-148).

Çeşitli akademisyenler, Parsons'ın hekim-hasta etkileşimi teorisinden yola çıkarak, antik Roma'dan beri var olan farklı modeller geliştirmişlerdir. Bu modeller, hekimin bir baba figürüne benzer bir otorite figürü olarak saygı gördüğü ve bu güç dinamiğinin modern tüketim toplumlarında bile devam ettiği hekim-hasta ilişkisinin dinamiklerini özetlemektedir. Ancak bu modeller aynı zamanda hasta hakları kavramını da bünyesinde barındırarak daha dengeli bir bakış açısı sağlamaktadır (Morgan, 2003, s.52).

1.5.1. Szasz ve Hollender'in Yaklaşımı

Szasz ve Hollender, bir hasta ile hekimi arasındaki etkileşimin, söz konusu tıbbi sorunun hem konumuna hem de doğasına bağlı olarak değişebileceğini belirtmişlerdir. Üç kapsamlı model kullanarak bu ilişkinin kapsamlı bir analizini yapmışlardır. Bu modeller, Aktif-Pasif Modeli, Rehberlik-İş birliği Modeli ve İkili Katılım Modeli'ni içermektedir.

Aktif-Pasif Modeli, hastanın ağır hasta olduğu veya acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyduğu durumlarda uygulanabilir. Bu modelde hasta pasiftir ve hekim tüm kararlar üzerinde tam kontrole sahip olmaktadır. Hastanın tedavi sürecine çok az katılımı vardır ya da hiç olmayabilir. Bu durumda hastalar karar verme yetkisini hekimin ellerine bırakmaktadır.

Rehberlik-İş birliği modeli, hastanın tedavi hakkında bilgi sahibi olmasını ve hekimin bunu iş birliği yoluyla uygulamak için rehberlik sunmasını içermektedir. Hekim hastayı eğitir, yönlendirir, hasta ise önerileri kabul edip uygulamaktadır. Bu model tıbbın çeşitli alanlarında kullanılmakta ve karar verici olarak hekimi vurgulamaktadır.

Çift taraflı katılım modeli, hekim ve hasta arasındaki eşitliği vurgular ve hekimin görevi hastanın kendi kendine yardım etmesini sağlamaktır. Bu, her iki tarafın da birbirine bağımlı olduğu ve tatmin edici bir iletişim düzeyine sahip olduğu, eşit güçte bir ilişki gerektirir. Bu

ilişki şekli, hastanın düzenli olarak hekime başvurduğu diyabet, hipertansiyon, psikiyatrik bozukluklar ve astım gibi kronik hastalıklarda sıklıkla görülür. Szasz ve Hollender, hastalık ve tedavi sırasındaki farklı ilişki türlerini, hekimin rolüne verilen farklı önem dereceleriyle daha ayrıntılı olarak özetlemektedir (İşnas,1998, s.17).

1.5.2. Emanuel ve Emanuel'in Yaklaşımı

1992'de JAMA'da yayınlanan "Hekim-Hasta İlişkisinin Dört Modeli" başlıklı bir makalede Emanuel ve Emanuel, hekimler ve hastalar arasındaki ilişkiyi anlamak için modeller geliştirmişlerdir. Bu modellere daha sonra diğer yazarlar tarafından kendi çalışmalarında başvurulmuştur. Son yıllarda tartışılan kilit konulardan biri, hastanın rolünün tıbbi karar vermeyi nasıl etkilediği ve bu durumun hastalar ile hekimler arasındaki ilişkide çatışmalara yol açabilmesidir. Bu çatışmalar genellikle özerklik ve sağlığı çevreleyen perspektiflerdeki farklılıklardan kaynaklanır (Emanuel ve Emanuel, 1992; Öngören,2017, s.63).

Emanuel'in (1992) çatışma ve bilgi alışverişinin tıbbi uygulamaları üzerine yaptığı çalışma, hekim-hasta ilişkisinde beklentileri şekillendirmenin önemini vurgulamaktadır. Çeşitli hekim-hasta ilişki türlerini geliştirerek, iki taraf arasında farklı anlayışlara dayalı ideal bir ilişki kurmayı amaçlamaktadır. Bu modeller, hasta özerkliğini sağlarken hekim-hasta ilişkisinin hedeflerini, hekimlerin sorumluluklarını ve hasta değerlerinin rolünü kapsamaktadır. Genel olarak, bu çalışma, sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirmede etkili bir hekim-hasta ilişkisinin önemini vurgulamaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992; Öngören,2017, s.63).

Sunulan modeller, hekim-hasta ilişkisine evrensel olarak uygulanamayabilir, ancak temel yönlerini oluşturmak için ideal bir çerçeve sunmaktadır. Bu ilişkinin temel amaçları arasında karşılıklı bir tedavi anlayışı oluşturmak, hekimin sorumluluklarını yasal kurallar çerçevesinde tanımlamak, hastayı bir metadan ziyade sosyal bir birey olarak kabul etmek, değerlerini tedavi sürecine dahil etmek ve kültürel yetiştirilme tarzının onların üzerindeki etkisini kabul etmek yer almaktadır. Ek olarak, hasta özerkliği, hekimin tedaviden önce ve sonra uzman görüşlerine saygı duyup duymadığına veya hastanın tedaviyi reddettiği alternatif senaryolara göre belirlenmektedir (Emanuel ve Emanuel, 1992; Öngören,2017, s.64).

1.5.2.1. Paternalistik (Babacı) Model

Emanuel, özellikle geçmişte babaların ailedeki baskın rolüne atıfta bulunan "baba" terimine dayanan bir modeli güzel bir şekilde tanımlamaktadır. Bu tür babalar ve oğullar ile ustalar ve çıraklar arasındaki yoğun ilişki arasında bir karşılaştırma yapmaktadır. Bu modelde mutlak güç hekimdedir ve hastanın verdiği kararlara uyması beklenmektedir.

Paternalist sağlık hizmeti modeli, hastanın en iyi olduğuna inanılan kararları alabilmesi için tüm yetkiyi hekime veren bir yaklaşımdır. Bu modelde, hasta, hekimin bilgisine ve deneyimine güvenerek kendisine uygun olan tedavi yöntemlerine karar verme sürecinde aktif bir rol oynamaz. Hekim, hastanın sağlığına yönelik en iyi kararları alırken, hastanın tercihlerini dikkate almak yerine, kendi profesyonel bilgisine dayanır. Bu yaklaşım, hekimin karar verme sürecinde daha fazla kontrol sahibi olmasını ve hasta üzerinde daha fazla etkisi olmasını sağlar. Hastanın sadece doktorun talimatlarını yerine getirmesi beklendiği için süreçteki rolü kısıtlıdır. Hekim, hastanın sağlığını, durumunun ciddiyetini ve sağlıklarını iyileştirmek veya acılarını hafifletmek için gerekli tıbbi testleri ve tedavileri değerlendirmek için becerilerini kullanarak hasta için bir vasi olarak hareket eder. Hekim, hastanın sağlığını korumaktan ve tıbbi uzmanlığını hastalığı açıklamak ve hastayı kendi müdahalesinin en iyi eylem şekli olduğuna ikna etmek için kullanmaktan sorumlu olmaktadır. Bu tür bir ilişki ataerkil hekim-hasta ilişkisi olarak bilinmektedir.

Ataerkil karar verme modeli olarak bilinen yaklaşım, hastanın sağlığını ve esenliğini optimize eden müdahaleler sağlamak amacıyla hekim ve hasta arasındaki etkileşimi içermektedir. Hekim, hastanın tıbbi durumunu ve hastalığın ilerlemesini değerlendirir, olası tıbbi testleri ve tedavileri belirler ve hastaya bilgileri sunarak onları önerilen müdahaleye onay vermeye teşvik etmektedir. Sonunda, hekim hastaya seçilen bilgileri sunacak ve önerilen müdahaleyi kabul etmesi için onları teşvik etmektedir. Hekim daha sonra yetkili bir şekilde müdahalenin başlayacağını hastasına bildirmektedir (Emanuel ve Emanuel, 1992; Öngören,2017, s.64).

Ataerkil modele göre, en uygun hareket tarzını belirlemek için evrensel ve olgusal standartlar vardır. Sonuç olarak hekim, hastadan en az girdi alarak hastanın birincil endişelerini belirlemekten sorumlu olmaktadır. Çünkü hasta başlangıçta aynı fikirde olmasa bile sonunda hekimin verdiği kararları takdir edeceğine inanılmaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992; Yağar, 2021, s.15).

Toplumsal açıdan bakıldığında, bu özel modelin işlevsellik açısından benzerlerinden üstün olduğu iddia edilmektedir. Bir hastanın hastalık düzeyinin ve normal faaliyetlerine ne ölçüde devam edebildiğinin belirlenmesi, bu süreçte çok önemli bir rol oynayan hekimlerle, yetkili makamlara emanet edilmiştir. Bu model, çalışma ve ev hizmetlerinden muafiyet gibi birçok avantaj sunmakta ve kaza sonucu engelli olan bireylerin ekonomik tazminatı için yol gösterici olmaktadır. Hekim, sağlık değerlendirmelerinin ne zaman yapılacağı ve hasta

ayrıcılıklarının ne zaman geri kazanılacağı gibi önemli kararların yanı sıra bunların ne zaman geri alınacağına karar vermekten sorumludur (Roter ve Hall, 2006, s.28).

1.5.2.2. Bilgi Verici (Tüketici) Model

Hasta merkezli yaklaşım, tüketici model olarak da adlandırılan bilgi verici model, hekim ve hasta arasındaki etkileşimi içermektedir. Hekimin birincil amacı, hastasına tıbbi durumu hakkında gerekli tüm bilgileri vermek ve ardından istenen tıbbi tedavileri sağlamaktır. Hekim bunu, hastalık durumunu tartışarak, olası tanısal ve terapötik müdahalelerin ana hatlarını çizerek ve hastayı her müdahaleyle ilişkili potansiyel riskler, faydalar ile belirsizlikler hakkında bilgilendirmektedir. Hasta, hastalığı ve mevcut müdahaleleri öğrenerek ve değerleriyle uyumlu müdahaleleri seçerek sağlık hizmetleri hakkında bilinçli kararlar verme yetkisine sahip olmaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992; Öngören,2017, s.65).

Hekimler, hastalarına doğru ve güncel bilgileri sağlayarak onların sağlık kararlarını bilinçli bir şekilde verebilmelerine yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda, hekimler hastaların tedaviye uyum sağlamasını ve sağlık sonuçlarını iyileştirmesini desteklemek için tedavi planlarını açıklamakta ve hasta eğitimine önem vermektedir. Bilgilendirici model, hastaların aktif bir şekilde sağlık yönetimi konusunda rol almasını teşvik etmektedir, böylece hastalar kendi sağlık durumları hakkında daha bilinçli kararlar verebilir ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılmasını sağlar. Hekimler, bu modeli kullanarak hastalara güven verir ve onların hastalıkları ile ilgili daha fazla sorumluluk almasını sağlar. Bu şekilde hastalar, kendi sağlık durumları hakkında daha fazla bilgi edinir ve daha iyi tedavi sonuçları elde edebilirler.

Bilgilendirici model, nesnel gerçekler ile öznel değerler arasında ayırım yapmanın önemini vurgular. Hastanın değerlerinin zaten belirlenmiş ve bilindiğini, ancak olgusal bilgi eksikliği olabileceğini varsaymaktadır. İlgili tüm gerçekleri sağlamak ve hastanın değerlerini tedavi kararları için bir rehber olarak kullanmak hekime kalmıştır. Hekimin kişisel değerleri veya yargıları karar verme sürecini etkilememelidir. Bu modelde hekim, yeterliliğini sürdürmek ve hastalarına daha iyi hizmet verebilmek için doğru bilgi vermesi ve gerektiğinde ek bilgi araması gereken bir teknik uzman olarak görülmektedir (Emanuel ve Emanuel, 1992; Yağar, 2021, s.16).

1.5.2.3. Yorumlayıcı (Açıklayıcı) Model

Yorumlayıcı model, hekim-hasta etkileşimine odaklanır ve hastanın değerleriyle uyumlu tedavi sağlamayı amaçlamaktadır. Bu, hekimin karar verme sürecinde hastaya rehberlik

etmesini ve mevcut tedavi seçeneklerini göz önünde bulundurmasını içermektedir. Bunu etkili bir şekilde yapabilmek için hekim, bilgilendirici modelin de önemli bir yönü olan her seçeneğin potansiyel yararları ve riskleri hakkında ayrıntılı bilgi vermelidir. Yorumlayıcı model, hekimlerin hastalarının düşüncelerini ve değerlerini anlamalarına yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda bu değerlere dayalı en etkili tıbbi tedavileri iletmelerine ve belirlemelerine yardımcı olmaktadır. Sağlık hizmetlerine hasta merkezli bir yaklaşım benimsemenin önemini vurgular ve hekimleri her hastanın bireysel ihtiyaçlarını ve inançlarını dikkate almaya teşvik etmektedir. Bu modeli kullanarak, hekimler hastalarını daha iyi anlayabilir ve onlarla bağlantı kurabilmektedir. Bu durumda daha iyi sağlık sonuçlarına ve sağlık hizmeti deneyiminden genel memnuniyete yol açmaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992; Yağar, 2021, s.17).

Yorumlayıcı model, bir hastanın değerlerinin, özellikle benzersiz veya yaygın olmayan bir niteliğe sahipse, tam olarak anlaşılmayabileceğini veya takdir edilemeyeceğini öne sürmektedir. Bazı durumlarda çatışmaya yol açan yanlış anlamalar veya önyargılar ortaya çıkabilmektedir. Bu durumdan kaçınmak için hekimler, hastalarının hedeflerine ulaşmasını sağlamak için değerlerini daha iyi anlamalı ve açıklığa kavuşturmak üzere hastalarıyla yakın ilişki içerisinde olmalıdırlar. Ayrıca hekimin hastanın genel yaşam perspektifini, önceliklerini ve inançlarını dikkate alarak değerlendirmesi zorunlu olmaktadır. Hekim bu değerler doğrultusunda en uygun tedavi ve tetkikleri belirleyecektir. Yine de hekim kendi kararlarını empoze etmez, bunun yerine hastaya en iyi hareket tarzı ve değerlerle ilgili nihai kararı vermesi için yetki vermektedir. Hekim, hastanın değerlerini tıbbi bağlamda anlamasına ve uygulamasına yardımcı olarak, yol gösterici bir güç görevi görmektedir. Bu yaklaşım, hastanın mümkün olan en etkili ve kişiselleştirilmiş bakımı almasını sağlamayı amaçlamaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992; Öngören,2017, s.65).

Yorumlayıcı modelde hekim, hastanın sağlık durumunu daha iyi anlamak ve tedavi sürecinde daha iyi kararlar almak için modelin sunduğu verileri kullanır. Bu sayede, hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun bir tedavi planı oluşturulabilir ve hastanın sağlık sonuçları daha olumlu yönde etkilenebilir. Yorumlayıcı model, hastanın sağlık durumuyla ilgili verileri analiz ederken, hekime değerli bir rehberlik sağlar ve tedavi sürecinde doğru yönlendirmeler yapılmasına yardımcı olur. Hekim, bu modeli kullanarak hastanın sağlık durumunu daha iyi anlama ve tedavi seçeneklerini daha iyi değerlendirme fırsatına sahip olur. Bu da hastanın en etkili ve kişiselleştirilmiş bakımı almasını sağlamak için önemli bir adımdır. Yorumlayıcı model, hekimlere hastanın sağlık verilerini daha iyi analiz etme ve doğru kararlar almasına yardımcı olma konusunda büyük bir destek sağlar. Hekimler, bu modeli kullanarak hastanın

tedavi sürecini daha iyi yönetebilir ve hastanın sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Bu nedenle, yorumlayıcı model, hekimlerin hastalarına en etkili ve kişiselleştirilmiş bakımı sunma çabalarına büyük bir katkı sağlar.

1.5.2.4. Uzlaşmacı (Görüşmeci) Model

Hekim-hasta etkileşiminde hekimin sorumluluğu, klinik durumlarda hastanın sağlıkla ilişkisine odaklanan uzlaşmacı bir yaklaşım benimsemektir. Bu, hastanın değerlerini tanımasına ve öncelik sırasına koymasına ve bilinçli tedavi kararları vermesine yardımcı olmayı içermektedir. Hekim ve hasta, ilgili bilgileri sağlayarak ve uygun tedavi seçeneklerini seçerek, hastanın sağlık değerlerine ilişkin ortak bir anlayışa doğru yönelebilmektedir. Nihayetinde bu işbirlikçi süreç, hastaya fayda sağlayan kalıcı bir uzlaşma ile sonuçlanmalıdır. Hekim, herhangi bir hastalığın tedavisi üzerinde etkisi olduğu için yalnızca kişinin sağlığıyla ilgili değerleri önemsemektedir. Bu durum hastanın yaşamının tıbbi durumuyla doğrudan ilişkili görünmeyebilecek tüm yönlerini içermektedir. Hekim, hastalarını zorlamadan veya üzerlerinde çok fazla baskı kurmadan sağlıklarına öncelik vermeye teşvik etmektedir. Hasta, kişisel inançlarına göre hangi değerlere öncelik vermek istediğini özgürce seçebilmektedir. Hem hekim hem de hasta, sağlıkla ilgili değerlerin önemini vurgulamak ve neyin değerli olduğunu düşündükleri konusunda karşılıklı anlaşmaya varmak için birlikte çalışmaktadır. Bu işbirlikçi çaba, sağlıkla ilgili değerlerin önemini ve saygınlığını vurgulayan ahlaki bir anlaşma işlevi görmektedir (Emanuel ve Emanuel,1992; Yağar, 2021, s.18).

Uzlaştırıcı sağlık modeli, hekimin bir dost, öğretmen ve rehber rolü de dahil olmak üzere birden fazla rol üstlenmesini içermektedir. Amaç, hastanın bilgisini, isteklerini ve tercihlerini göz önünde bulundurarak tıbbi tedavileri hakkında bilinçli kararlar vermesine yardımcı olmaktır. Bu modelde, hasta özerkliğine çok değer verilmektedir. Hekim, hastanın değerleri ve inançlarıyla uyumlu seçimler yapabilmesini kolaylaştırmak için çalışmaktadır. Alternatif sağlık hizmeti seçeneklerini keşfetmeyi ve bunların geçerliliğini ve açık diyalog yoluyla tedavi planına potansiyel olarak dahil edilmesini göz önünde bulundurmaya içerebilmektedir. Genel olarak uzlaşmacı model, mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek için hasta ve hekim arasındaki iş birliğine ve karşılıklı saygıya öncelik vermektedir (Emanuel ve Emanuel, 1992; Öngören,2017, s.65).

Bu model, sağlık hizmetlerinin verilmesi ve alınması sürecinde her iki tarafın da katılımını teşvik eder. Hasta ve hekim arasında bir ortaklık kurulması, tedavi sürecinin başarılı olmasını sağlayabilir ve hasta memnuniyetini artırabilir. Ayrıca, uzlaşmacı model, hasta ve

hekim arasında güven duygusunu pekiştirerek, iletişim ve karar verme süreçlerini iyileştirebilir. Bu model, tıbbi kararların ortaklaşa alınmasını ve hastaların kendi sağlık durumları hakkında bilinçli kararlar verebilmesini teşvik eder. Sonuç olarak, uzlaşmacı model, hasta ve hekim arasında birlikte çalışma ve anlayışı vurgulayan bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir.

1.6. Hasta-Hekim Etkileşiminin Faydaları

Hastalar ve hekim arasındaki etkileşim sağlık hizmetlerinde çok önemli bir rol oynar ve tıbbın temeli olarak kabul edilmektedir. Hekimler ve hastalar arasındaki etkili iletişim, daha iyi duygusal düzenleme sağlamaktadır. Tıbbi bilgilerin anlaşılmasını geliştirir ve hastaların ihtiyaçlarının, beklentilerinin ve algılarının karşılanmasını sağlamaktadır. Bu tür bir iletişim aynı zamanda daha yüksek hasta memnuniyetine yol açabilmekte, sağlık sorunlarının doğru bir şekilde belirlenmesine yardımcı olabilmekte ve tedavi önerilerine uyumu artırmaktadır. Özünde, olumlu sağlık sonuçları için hastalar ve hekim arasındaki iyi iletişim gerekli olmaktadır. Hastalar sağlık hizmeti deneyimlerinden memnun olduklarında, sağlık hizmeti sağlayıcılarına karşı yasal itirazlarda bulunma veya yasal işlem başlatma olasılıkları daha düşük olmaktadır. Aslında, memnun hastalar hekimler için iş doyumunu artırabilir ve işle ilgili stresi ve tükenmişliği azaltabilmektedir (Fong vd., 2010, s.38).

Yapılan araştırmaya göre (Desmond ve Copeland, 2010, s.1-8), hekimlerin başarıya ulaşması için etkili iletişim becerileri geliştirmenin önemini vurgulayan bir çalışma yürütmüştür. Çalışma, iyi iletişim becerilerine sahip olmanın hekimlere hastalarla yakınlık kurmak, etkili tanı ve tedavi için elverişli bir ortam yaratmak gibi çeşitli faydalar sağlayabileceğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, hekimlerin mesleki yeteneklerini geliştirmek ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için iletişim becerilerini geliştirmeye odaklanması çok önemli görülmektedir. Bunu yaparak, hastalarıyla daha iyi ilişkiler kurabilir ve özel ihtiyaçlarını karşılayan yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sağlayabilmektedirler. Genel olarak, çalışma sağlık sektöründe etkili iletişim becerilerinin önemini vurgulamakta ve hekimleri mesleki gelişimlerinin bu yönüne öncelik vermeye teşvik etmektedir.

Hastalarla iyi iletişim kurmanın bir diğer avantajı da zaman kazanma potansiyelidir. Net iletişim kanalları olmadan, hastalar önemli ayrıntıları veya endişeleri dile getirmek için son dakikaya kadar bekleyebilir, bu da yanlış teşhislere ve zaman kaybına yol açmaktadır. Bu durum aynı zamanda idari sorunlara da neden olabilmektedir. Hekimler, açık iletişimi teşvik ederek ve hastaları tüm endişelerini paylaşmaya teşvik ederek teşhis ve tedavi sürecini düzene sokabilir ve sonuç olarak hasta sonuçlarını iyileştirebilmektedir. Hastalarla açık bir iletişim

ortamı kurmanın faydalarından biri de daha doğru tanı koyma potansiyelidir. Hekimler hasta hikayelerini ve endişelerini aktif olarak dinleyerek semptomlarını ve tıbbi geçmişlerini daha iyi anlayabilir, daha kesin teşhislere yol açabilmektedir. Bu sonuçta hekimin işini kolaylaştırabilir ve hastanın genel sağlık hizmeti deneyimini iyileştirebilmektedir.

Hastalarıyla olumlu bir iletişim ortamı kuran hekimlerin, hastalarından daha fazla bağlılık duydukları görülmüştür. Bu durum, daha az randevu iptali ve daha yüksek yeni randevu olasılığı anlamına gelmektedir. Ayrıca sıcak ve şefkatli bir ilişki kurulduğunda hem hekim hem de hasta daha fazla doyum yaşamaktadır. Hekimler aktif olarak dinleyerek ve empati göstererek hastalarının memnuniyet düzeylerini artırabilmektedir. Genel olarak, olumlu bir hasta-hekim ilişkisi oluşturmak, ilgili tüm taraflar için fayda sağlamaktadır

Hasta uyumunu artırmanın bir yolu, tıbbi kavramları açıklarken tıbbi olmayan bir dil kullanmak, hastaların durumlarını net bir şekilde ifade etmelerini ve daha iyi anlamalarını sağlamaktır. Hastaların endişelerine saygı gösterilerek, hastalar ve hekimler arasında daha uyumlu bir ilişki geliştirilebilmektedir. Gelişmiş iletişim, daha iyi duygusal ve fizyolojik sağlığa yol açabilir ve ayrıca semptomları ortadan kaldırarak genel hasta yanıtını iyileştirerek tedavinin etkinliğini artırabilmektedir (Desmond ve Copeland, 2010, s.1-8),

Hastalar, samimiyet gösteren ve aynı zamanda yüksek kalitede bakım bekleyen hekimlere güven duymaktadır. Hastalarla kişisel bir bağ kurmak ve üstün klinik beceriler sergilemek, hastaların hekimleri sadece tıp uzmanları olarak değil, bireyler olarak görmelerine yol açabilmektedir. Bakımın bu yönlerine öncelik verilerek yanlış tedavi riski azaltılabilir, çünkü bu tür durumlar için açılan birçok yasal şikayet izleri iletişimle ilgili sorunlara kadar uzanabilmektedir. Hekimlerin hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlamak için bu potansiyel hata kaynaklarını ele almaları büyük önem taşımaktadır (Desmond ve Copeland, 2010, s.1-8),

1.7. Hasta-Hekim Etkileşimindeki Engeller

Hastaları hekimlerle iletişim kurmaktan caydıran çok sayıda faktör vardır. Bu faktörlerden biri, iletişim sırasında hastaların kendilerini rahatsız hissetmelerine neden olabilecek son derece teknik bir dilin kullanılmasıdır. Ek olarak, hastalarının sözünü sık sık kesen veya bekleyen hastaların listesiyle dikkatleri dağılmış gibi görünen hekimler, hastaları sohbet etmekten caydırabilmektedir. Hasta sorularından kaçınmak veya yetersiz yanıt vermek diğer olası engeller olarak görülmektedir. Bunların hepsi dikkate alınması gereken faktörlerdir.

Gordon ve Edwards (2013), çeşitli yaklaşımları on iki farklı kategoriye ayırdıkları bir çalışma yürütmüştür. Bu kategorizasyon, çalışmada kullanılan farklı yaklaşımların analizine ve değerlendirilmesine dayanmaktadır. Çalışmaya göre hasta hekim etkileşimindeki engeller aşağıdaki gibi ifade edilmiştir;

- Hekim hastaya emredici davrandığında ve konuşmasında şefkat duygusu oluşturmada başarısız olduğunda, verilen yanıtlar baskın görülebilmekte gerçek empatiden yoksun kalması,
- Hekimlerin hastalara uyarılarda bulunması, iyimser olmayan hislerine karşı anlayışsız kalması,
- Hekim hastanın bakış açısına ve ahlaki inançlarına güvenmemesi,
- Hekimlerin hastalarına takma isim kullanması,
- Hekimlerin hastaları suçlayıcı davranışlarda bulunması,
- Hekimin hastasıyla ters düşmesi, inatlaşması,
- Hekimin hastasına gerçek dışı bilgilendirmede bulunması,
- Hekimin hastaların düşünceleri hakkında olumsuz fikir yürütmeleri,
- Hekimlerin hastalara karşı güven vermemesi,
- Hekimlerin hastaların sözlerini kesmeleri ve söylediklerini dikkatte almamaları,
- Hekimlerin hastaların hislerine önem vermemesi, onları sorunların giderilmesinde hastaların dahil etmemesi,
- Hekimlerin hastalarına zamanın da tavsiyelerde bulunmaması, tavsiye sunmakta gecikmesi.

Hastalar ve hekimler arasındaki etkileşim sırasında sözel olmayan iletişim olmak üzere çeşitli faktörler tarafından engellenmektedir. Hastayla olumlu bir ilişki kurmak için tebessüm etmek gibi davranışlar uygunsuz olarak algılanabilmektedir. Bu yanlış anlaşılmalara yol açabilir ve hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyebilmektedir. Bazı hastalar bunu romantik bir ilişkiye benzetebilmektedir. Bu nedenle, hekimlerin sözlü olmayan davranışlara dikkat etmesi ve bunların profesyonel bağlama uygun olduğundan emin olması büyük önem taşımaktadır (Mast, 2007, s.317).

Cinsel hastalıkların içeriği hastalar için önemli zorluklar teşkil etmektedir. Çünkü hastalar utanç duyabilir ve bunu meşru bir tıbbi endişe olarak görmeyebilmektedir. Hasta-hekim etkileşiminin zayıf olmasına, hastaların hekimlerinin ilgisiz olduğunu veya herhangi bir tedavinin mevcut olmadığını varsaymasına neden olabilmektedir. Aynı şekilde hekimler de sınırları aşma ve hastalarına rahatsızlık verme ya da utandırma kaygısıyla cinsel sorunları ele almakta tereddüt edebilmektedirler. Bu isteksizlik hekim-hasta dinamiğinde de komplikasyonlar yaratabilmektedir. Sonuç olarak, hastaların sağlığı ve esenliği için mümkün olan en iyi sonuçları sağlamak amacıyla her iki tarafın da bu konulara duyarlılık ve anlayışla yaklaşması gerekmektedir (Brandenburg ve Bitzer, 2009, s.125).

Hastalığın doğası analiz edildiğinde ve hekim merkezli yaklaşımlar incelendiğinde, hasta merkezli yaklaşımların da hasta-hekim etkileşiminde engeller oluşturduğu görülmüştür. Hastalar kaygı, hassas konuları tartışma konusunda isteksizlik, hekim veya hastalıkla ilgili kafa karışıklığı, kaynak eksikliği ve yanlış bilgiye maruz kalma gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Bunların tümü etkili iletişimi engelleyebilmektedir. Bu nedenle, bozuklukların varlığını başarılı etkileşimin önündeki en büyük engeller olarak kabul etmek önem taşımaktadır (Mohanty, 2017, s.1013).

Günümüz dünyasında hastalar, sağlık hizmetlerindeki aktif rollerinin farkına varmış ve hekimlerin uzmanlığına öncelik veren geleneksel güç dinamiklerine meydan okumaktadırlar. Kendi bedenleriyle ilgili bakış açılarını ve içgörülerini ifade etme yeteneklerini kabul etmektedirler. Kişisel deneyimlerini yaşamlarının sosyal yönleriyle birleştirmeye çalışmaktadırlar. Hekimlere aktif bir bilgi alışverişini ve geleneksel tek taraflı iletişim modelinin yeniden yapılandırılmasını içermektedir. Hastalar, sağlık hizmetlerinin sunulduğu sosyal bağlama dikkat ederek, hekimler tarafından sağlanan bilgileri etkili bir şekilde alabilmeli ve kullanabilmelidir (Fong vd., 2010, s.39).

1.8. Hasta Hekim Etkileşimini Etkileyen Faktörler

Hastalar hekime gittiklerinde çeşitli kaygı ve rahatsızlıklarla karşılaşabilmektedir. Özellikle hastaneye yatış, hastaları sevdikleri kişilerden soyutlanmış, kişisel alanlarından, mahremiyetlerinden ve bağımsızlıklarından mahrum bırakan zorlu bir deneyim olabilmektedir. Bu faktörler, hastaların kendilerini savunmasız hissetmelerine neden olabilir ve hatta sağlık uzmanlarıyla olan etkileşimlerini etkileyebilmektedir. Hastaların fiziksel ve duygusal esenliği söz konusu olduğunda riskler yüksek olduğundan, bu sorunları ele almak çok büyük önem taşımaktadır. Hekimin özellikleri, hasta özellikleri ve durumsal faktörler, sağlık hizmeti sonuçlarını etkileyen temel bileşenlerdir. Sosyal statü, öğrenim durumu, tutumlar, inançlar ve

beklentilerdeki farklılıklar da önemli bir rol oynayabilmektedir. Bu faktörler, sağlık hizmeti denkleminin iki tarafı arasındaki dinamik etkileşimi temsil eder ve hasta bakımına yönelik dikkatli, kapsamlı bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları, bu faktörleri dikkate alarak hastaların mümkün olan en iyi bakımı almasını ve optimal sağlık sonuçlarına ulaşmasını sağlayabilmektedir (Berry, 2007, s.43).

Hasta-hekim etkileşimi alanında, belirli yaklaşımların önemli bir ağırlığı vardır. Hem hekimler hem de hastalar için kritik olan ırk, etnik köken, değerler, inançlar ve görüşler gibi faktörlerin dikkate alınması buna bir örnek olarak gösterilmektedir. Ancak, bu değişkenler engel görevi görebilmektedir. Ayrıca, hastaların sosyal tarzları ve sağlık durumları ile birlikte cinsiyet, davranış, imaj gibi hekimlerin bilişsel özellikleri, bilgilendirilmiş onam almanın yanı sıra hastalığın durumunu ve içeriğini, hastalığın tutulumunu belirlemede çok önemli bir rol oynamaktadır. Tüm bu hususlar, önemli belirleyiciler olarak görülmektedir. Bu bağlamda, modern dünyamızda giderek yaygınlaşan zorluklar aşağıdaki analizde açıklanmakta, titizlikle incelenmekte ve irdelenmektedir;

Çağdaş araştırmalarda, hekim-hasta iletişimde cinsiyetin etkinliği araştırılmaktadır. Özellikle, kadın hekimler hasta odaklı yaklaşımları, daha fazla ortaklık, empati, cesaret ve hasta ziyaretlerinin sıklığı ile dikkat çekmektedir (Mast ve Kadji, 2018, s.1697). Bu bilgi, Kore'de yürütülen ve yüksek kaliteli sonuçlar veren bir çalışma ile desteklenmektedir (Shin vd., 2015). Ayrıca Norveç'te yapılan benzer bir çalışma da kadın hekimlerin daha hasta merkezli bir yaklaşım sergilediğini ortaya koymaktadır (Hall vd., 2014). Bu bulgular, kadın hekimlerin iletişim yatkınlığına sahip olduğunu ifade ederken, cinsiyetin sağlık hizmetlerinde uygun bir faktör olduğunu hekim-hasta etkileşimlerinin kalitesini etkilediğini göstermektedir.

Araştırmacılar, ırk ve etnik kökenin hasta-hekim iletişimi üzerindeki etkisini incelemiş ve bunu çok önemli bir kültürel yön olarak tanımlamışlardır. Önemine rağmen, hasta-hekim iletişiminin kültürler arası yönleri büyük ölçüde keşfedilmemiştir. Hastalar ve hekimler arasındaki kültür farklılıkları engel oluşturabilmekte, hastalığın tanı ve tedavisini engelleyebilecek iletişim sorunlarına yol açabilmektedir. Ayrıca, hekimlerin ve hastaların aynı ırk ve etnik kökene sahip olmaları iletişim ve karar verme süreçlerini etkileyebilmektedir. ABD'de yapılan araştırma çalışmaları, Afrikalı-Amerikalıların ve Asyalıların Beyazlar ve İspanyollara kıyasla hekimler ile daha az iletişim kurduklarını ve hasta-hekim etkileşimlerinden daha az memnun olduklarını göstermiştir (Saha vd.,2003).

Hekimlerin hastalarla etkili bir şekilde iletişim kurabilmeleri ve hastalıkları doğru bir şekilde teşhis edebilmeleri için muhakeme ve karar verme gibi güçlü bilişsel becerilere sahip

olmaları gerekmektedir. Tıp eğitimi ağırlıklı olarak muayeneye dayalı öğrenmeye odaklanırken, hekimler pratik deneyim ve hasta etkileşimleri yoluyla bilgilerini artırabilmektedir. Ancak olumlu bir hasta-hekim ilişkisinin sağlanabilmesi için hekimlerin bilgilerini hastalara etkili bir şekilde aktarmaları büyük önem taşımaktadır (Bulduklu, 2015, s.135). Almanya'da yapılan bir çalışma, tıp pratiğinde etkili iletişimin önemini desteklemektedir (Budyach vd.,2012). Ender hastalıklara yakalanmış kişiler, hekimlerin bu hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını iddia etmektedirler. Ayrıca hekimlerin bu alanda uzmanlaşmamış olmaları nedeniyle hastaların hekimlerle olan etkileşimi olumsuz etkilenmekte, çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu durum etkileşimde bilgi sorununu vurgular ve daha fazla araştırma yapmayı desteklemektedir.

Bir hekim, acı çeken bir hastanın yardıma ihtiyaç duyduğu bir tıbbi durumu potansiyel olarak nasıl tedavi edeceği veya iyileştireceği konusunda bilgiye sahip olmaktadır. Hasta, özünde uzman bir profesyonel olan hekimin sunduğu sağlık hizmetinin bedelini ödemek zorunda olan bir tüketicidir. Hasta genellikle sınırlı tıbbi bilgiye sahip olduğundan veya hiç bilgi sahibi olmadığından, içinde bulunduğu durum karşısında kendini güçsüz hissedebilmektedir. Bu da tüm gücün hekimde olduğu, hastanın pasif kaldığı bir dinamik oluşturarak olumsuz bir hizmet deneyimine yol açabilmektedir. Bunu önlemek için hekim, hastayla tek taraflı bir ilişki yerine daha eşit bir ortaklık için çaba göstermelidir. Bu karşılıklı ilişki, herhangi bir dengesizliği hafifletmeye ve hasta için daha iyi bir genel deneyim yaratmaya yardımcı olabilmektedir (Franceschi, 2018, s.91).

Hastalar gibi hekimlerin de hastalarla etkileşimlerini etkileyebilecek kendi değerleri, inançları ve görüşleri vardır. Hayatın kutsallığına inanan bir hekimin ötenazi veya hamileliği sonlandırılmasını önerme olasılığının düşük olması gibi sorunlara yol açabilmektedir. Ancak hekimler, kişisel görüşlerini açıklamak istemeseler bile, yine de hastalarının ihtiyaçlarına öncelik vermeli ve buna göre hareket etmelidir. Bazı hastalar ayrıca hekimleri ile manevi etkileşim ararlar, bu nedenle hekimler bunun farkında olmalı ve hastalarının inançlarına uymalıdır (Bulduklu, 2015, s.136).

Hastaların hekimlerle olan deneyimleri aracılığıyla, zaman içinde geniş çapta paylaşılan ve bir hekim imajı oluşturan belirli değerler ve sonuçlar oluşmaktadır. Öcel (2016, s.344) tarafından hekim imajının hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada gösterildiği gibi, bu imaj hasta-hekim etkileşimini büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Çalışma, hastayı bilgilendirmek gibi olumlu davranışların memnuniyet üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu, para ile ilgili davranışların ise olumsuz bir etkiye sahip olduğunu bulmuştur.

Hekimlerin hastalarına karşı sözlü ve sözsüz davranışları hasta memnuniyetinde ve tanı kalitesinde önemli rol oynamaktadır. Göz kontağı kurmak ve tebessüm etmek gibi sözel olmayan davranışlar hastalar üzerinde olumlu etki yaratırken, hasta merkezli yaklaşım eksikliği hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilir. Araştırmalar, hasta merkezli yaklaşım sergileyen kadın hekimlerin hasta memnuniyeti üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Mast, 2007, s.316).

Hekimlerinden farklı beklentileri olan dört tip hasta vardır. Gerçekçi hastalar, iyileşme için etkili tedavi beklerler ve güven, durumlarındaki iyileşmeden etkilenir. Hekime bağımlı hastalar, hekimlerine psikolojik bağımlılık geliştirir ve güven, ziyaret sayısı ve hastayla geçirilen süreden etkilenir. Uyumsuz hastalar her zaman memnuniyetsiz ve her şeyden şikayetçi, uysal hastalar hekimlerinin emirlerini yerine getirir ve hastalıkları konusunda kadercidir. Sağlık personelinin genel bakımı ve davranışları bu tip hastalar için çok önemli değildir (Demirhan, 1980, s.11).

Hastaların sağlık durumu, hekimleriyle olan etkileşimlerini etkileyebilir. Hastalar sağlıklı olduğunda, etkileşim daha olumlu olma eğilimindedir. Bununla birlikte, hekimin tekrarlanan rahatsızlıklara sahip olan hastalarla kurdukları ilişki üzerinde negatif etki yaratmaktadır (Roter ve Hall, 2006, s.72).

Bilgilendirilmiş onam sürecinin amacı, bilgili bir etik yaklaşımı teşvik ederek hastaları korumak ve hastalar ile hekimler arasındaki ilişkiyi geliştirmektir. Bilgilendirilmiş onamın dört önemli unsuru, hastaları prosedürün doğası, teşhis veya tedavi amaçlı olup olmadığı, prosedürle ilişkili potansiyel riskler ve faydalar ve mevcut alternatifler hakkında bilgilendirmeyi içermektedir. İyi hazırlanmış bir bilgilendirilmiş onam formu, bilgilerin toplanmasını, depolanmasını kolaylaştırabilir ve sonuç olarak bakım kalitesini artırabilmektedir (Bottrell vd., 2000, s.26).

Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi kişisel özellikleri hekimleri ile iletişimlerini etkileyebilir. Genel olarak hekimler, özellikle aralarında önemli bir yaş farkı olduğunda, yaşlı hastalarla etkileşim kurmakta güçlük çekerler. Roter ve Hall'un (2006, s.59) belirttiği gibi, bu gibi durumlarda hekimler hem tıbbi konulara hem de hastanın psiko-sosyal koşullarına daha az ilgi gösterebilmektedir.

Bir hastalığın durumu ve içeriği, özellikle ender görülen veya olumsuz etkisi olan hastalıklarla uğraşırken dikkate alınması gereken çok önemli faktörlerdir. Ender hastalıklar söz konusu olduğunda, hekimler gerekli bilgi ve deneyime sahip olmayabilir. Bu durum da hastalar

için bir belirsizliğe yol açmaktadır. Ek olarak, ender hastalıklara yönelik tedavilerin çoğu deneyseldir, bu da bunların güvenliği ve etkililiği konusunda endişeleri artırmaktadır. Tutarsız ve çelişkili bilgiler, durumu daha da karmaşık hale getirerek, hastaları ve sağlık hizmeti sunucularını çok sayıda tedavi seçeneğiyle baş başa bırakmaktadır. Hasta-hekim ilişkisinde geleneksel rollerde bir kaymaya yol açmaktadır. Bu, tutarsız beklentilere ve daha fazla belirsizliğe neden olabilmektedir (Budyach vd., 2012, s.155).

Tıp uzmanları, refakatçileri hastaların bir parçası olarak görürler ve onları bir problem merkezi olarak görme olasılığında kaçınılmazdırlar. Hekimler refakatçilerden yardım ister, görev dağılımı yapar ve hastalarla iletişimlerini kolaylaştırmadaki değerli katkılarını kabul etmektedirler. Desmond ve Copeland'ın (2010, s.164) belirttiği gibi, bu yaklaşım hasta hekim etkileşimlerinde yapıcı etki sağlamaktadır.

1.9. Hasta-Hekim Etkileşiminin Hasta ve Hekimlere İlişkin Çıktılar Üzerine Etkisi

Bir hasta ve hekim arasındaki ilişkinin doğası, memnuniyet, hasta sadakati ve genel sağlık sonuçları gibi faktörler üzerinde önemli etkilere sahip olabilir. Bu sonuçlar, ilişkinin kalitesinden olumlu ya da olumsuz etkilenir. Bu sonuçlara ilişkin hem hasta hem de hekim perspektifleri üzerine kapsamlı araştırmalar yapılmıştır.

Bir hasta ile hekimi arasındaki etkileşimin doğası, memnuniyet, bağlılık gibi çeşitli faktörleri etkilenmektedir. Ayrıca, her iki taraf için de sonuç olumlu veya olumsuz olabilir. Bu konu kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır ve elde edilen veriler aşağıdaki bölümlerde tartışılacaktır.

1.9.1. Hasta Çıktıları

Hekim hasta arasındaki etkileşimi analiz ederken, odak noktası öncelikle hasta ve hastanın tatminin, sadakatinin, sağlık sonuçlarının nasıl etkilendiği olmaktadır. Bu sonuçlar, hastanın genel sağlık durumu ve gelecekte aynı hekimden tıbbi bakım almaya devam edip etmeyeceği ile yakından ilişkilidir.

1.9.1.1. Hasta Sadakati

Hekimin tedaviye yaklaşımı veya tedavi tavsiyeleri hem hastanın hem hekimin kuruma sadakatinin belirlenmesinde çok önemli bir faktördür. Hasta uyumunu sağlamak için etkili iletişim gerekmektedir. Hasta sadakatini geliştirmenin anahtarı, bir değişkenin merkezde olduğu dört temel ilkede yatmaktadır. Bu ilkeler, hasta ile bilgi paylaşımı, çeşitli ortamlarda eğitim verilmesi, hasta ile beklentiler konusunda ortak paydanın oluşturulması ve hastanın

etkileşimde aktif rol alması için güçlendirilmesini kapsamaktadır. Ayrıca sadakatte olumlu bir sonuç elde etmek için hastayla empati kurmanın önemini vurgulanmaktadır. Nihayetinde amaç, hastayı motive etmek ve sürece katılımını teşvik etmektir (Thompson vd., 2003, s.144).

1.9.1.2. Hasta Tatmini

Araştırmalar hasta memnuniyetinin çok boyutlu olduğunu ve hasta hekim etkileşiminin önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Hekimin tutumu önemli bir rol oynar ve hastayı karar verme sürecine dahil etmeli, cesaretlendirmeli ve nezaket göstermeli, hastanın sağlık sorununun önemini vurgulamalı ve tedavi seçenekleri hakkında net bilgi vermelidir. Bu faktörler hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyebilir.

Hasta tatmini alanında yapılan çalışmalar, hasta-hekim ilişkisinin ve hekimin hasta tatminini belirlemedeki tutumunun önemini vurgulamaktadır. Hekim hastayı karar verme sürecine dahil etmeli, cesaretlendirici ve nazik olmalı, hastanın sağlık sorununun önemini vurgulamalı ve tedavi seçenekleri hakkında net bilgi vermelidir. Tüm bu faktörlerin hasta tatmini üzerinde olumlu bir etkisi yaratmaktadır. (Bulduklu, 2015, s.178).

Bir hekimin hastaya bakış şekli ve sözel olmayan tavırları hasta tatminini etkileyebilmektedir. Araştırmalar, hasta ile hekimi arasındaki iletişimin, hastanın ne kadar tatmin olduğu üzerinde büyük bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Mast'a (2007, s.135) göre, bir hekimin hastaya bakış şekli ve diğer sözel olmayan tavırlar hasta memnuniyeti üzerinde etkili olabilmektedir. Araştırmalar, hasta-hekim ilişkisinin hasta tatmini düzeyini belirlemede önemli bir rol oynadığını göstermiştir.

1.9.1.3. Sağlık Sonuçları

Hasta-hekim ilişkisi, sağlık hizmetini ulaştırmada çok önemli bir faktördür. Bu ilişki, kaynağına bakılmaksızın sağlık hizmeti eşitsizliklerini etkileme veya rahatlatma potansiyeline sahiptir (Maly vd., 2004, s.1138). Hekimler, hastanın şikayetlerini dikkate alarak hastalara bilgi sağlayabilir ve test sonuçlarını anlamalarına yardımcı olabilmektedir. Şikayet yönetimi tekniklerinin kullanımı ve hekimler tarafından etkili iletişim, bakım kalitesi gibi sonuçlar üzerinde çeşitli etkilere sahip olabilmektedir (Stewart ve ark., 2003, s.146).

1.9.2. Hekim Çıktıları

Hekimler, Moslow teorisine göre, kendini gerçekleştirme ve tatmin gibi ihtiyaçlara güvenlikten daha fazla öncelik vermektedir. Başarılı mesleki tempo ve uzman analizler kısa sürede tatmin sağlayabilir, ancak geniş sürede tatmini hekimin değerleri belirlemektedir. Tıbbi

görüşmeler sırasında hekimler birer akıl dedektifi gibi davranarak istenilen sonuçlara ulaşabilirler. Genel olarak, hekimler kendilerine olan güvenlerini, saygı görme ve beğenilme algılarını kapsayan bir özgüven duygusuna sahiptirler (Bulduklu, 2015, s.181).

Bir hekimin ziyaretler sırasında hastasıyla iletişim kurma şekli, hastanın tatmini ve anlayış düzeyini büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Bir hekim mesajını etkili bir şekilde iletebildiğinde ve hastasıyla güçlü bir iletişim düzeyi kurduğunda, hasta aldığı bakımdan daha tatmin hissetme eğiliminde olmaktadır. Bunun nedeni, hekimin profesyonelliği ve uzmanlığının kendini gösterebilmesi ve bu da onların yeteneklerine daha yüksek bir güven ve itimat düzeyine yol açabilmesidir. Araştırmalar, bu tür etkili iletişimin hastalara sağlanan genel bakım kalitesini büyük ölçüde artırabileceğini göstermiştir. Bu nedenle, hekimlerin hastalarına mümkün olan en iyi bakımı sağlamak için güçlü iletişim becerileri geliştirmeye odaklanması büyük önem taşımaktadır (Roter ve Hall, 2006, s.160).

Hekim tatmini düşünüldüğünde ortaya çıkan önemli bir konu hatalı davranışlardan uzaklaşmaktır. Tatmin olan hekimler, hastalarına karşı daha fazla ilgi gösterme eğilimindedir ve onlardan daha yüksek düzeyde tatmin olma olasılıkları daha yüksektir. Bu, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini iyileştirmek için hekimlerin tatmin düzeylerini dikkate almanın önemini vurgulamaktadır. Öte yandan, hekim tatminsizliği ve tıbbi uygulamaların kullanılmasına da olumsuz yansımaları vardır. Hekimler bu araçlardan tatminsiz olmadıklarında, muayenehanelerinden ayrılmayı veya başka bir yere taşınmayı tercih edebilmektedir. Bu durum hastaların bakımının sürekliliğini bozabilir ve belirli bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayabilmektedir. Ek olarak, sorumlulukla ilişkili potansiyel riskler ve maliyetler konusunda endişe duyan hekimler, kapsamı sınırlamayı ve risk grubu hastalardan kaçınmayı içeren savunma tıbbını tercih edebilmektedir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerine erişim ve bakım kalitesi ile ilgili sorunları daha da şiddetlendirebilmektedir (Mello vd., 2004, s.43).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ALGISI

2.1. Sağlık Algısının Tanımı ve Önemi

Sağlık algısı, kişisel düşünceleri, duyguları, beklentileri ve duyguları kapsayan, kişinin kendi sağlığının değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Hem öznel hem de nesnel boyutları içeren çok yönlü bir kavramdır. Öznel yön, bireyin kendi içsel deneyimlerine dayanarak sağlığını nasıl algıladığı ile ilgiliyken, nesnel yön fiziksel sağlık göstergeleri, tıbbi teşhisler ve laboratuvar sonuçları gibi ölçülebilir faktörlerle ilgilidir. Sağlık algısı, bireyin sağlıklarına yönelik davranışlarını ve tutumlarını etkileyebilmektedir. Kültürel inançlar, toplumsal normlar, kişisel deneyimler ve çevresel etkiler dahil olmak üzere çeşitli faktörler tarafından şekillendirilir. Pozitif sağlık algısını anlamak ve teşvik etmek, bireysel ve toplum sağlığı sonuçlarını iyileştirebilmektedir. Bireyin tamamen sağlıklı sayılabilmesi için hem öznel olarak kendini sağlıklı hissetmesi hem de nesnel olarak sağlıklı olması gerekmektedir. Bununla birlikte, bir kişinin sağlıklı olmasına rağmen kendini hasta hissedebileceği ve kendisinin sağlıksız olarak algılanmasına yol açabileceği durumlar olabilmektedir. Yaş, cinsiyet, görevler, tecrübeler, değerler ve normlar gibi çeşitli faktörler bireyin sağlık ve hastalık algısının şekillenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Kişinin sağlığına ilişkin algısı, yaşamını sürdürürken sağlığının iyi olması süreciyle yakından bağlantılıdır. Sağlıklı davranışların günlük yaşamın bir parçası haline getirilmesini hedefleyen bu süreç, bireyin kendi sağlığına yönelik sorumluluk bilincini ve kendi sağlığını sürdürebilme becerisini doğrudan etkiler. Sonuç olarak, sağlıklı davranışların benimsenmesi ve sağlığın teşvik edilmesinde önemli rol oynamaktadır (Çaka vd., 2017).

Bir kişinin kendi sağlığını algılama şekli ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme çabası çok önemli faktörlerdir. Sağlık profesyonelleri, sağlıklı alışkanlıkları modelleyerek ve sağlığın nasıl korunacağı konusunda rehberlik ederek bireyleri sağlıklı davranışa yönlendirmede hayati bir rol oynamaktadır. Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını ön planda tutmaları ve hastalarına olumlu örnek olmaları zorunludur. Bunu yaparak, sağlıklı davranışları etkili bir şekilde teşvik edebilir ve genel sağlığı geliştirebilirler (Şeker vd., 2021).

Bireylerin kendi sağlıklarını nasıl algıladıkları ve anladıkları tutumlarını, davranışlarını ve sağlık sorunlarını ele alma becerilerini etkiler. Sağlıklı kabul edilebilmek için, kişilerin kendileri hakkında nesnel bir anlayışa sahip olmaları gerekmektedir.

İnsanların sağlıkla ilgili görüşleri, kişisel inançlarına, kültürel normlarına ve coğrafi konumlarına bağlı olarak farklılık gösterebilir. Ek olarak, teknolojideki ilerlemeler, toplumdaki değişiklikler ve psikolojik faktörler, kişinin sağlık algısını etkileyebilir. İster kentsel ister kırsal olsun, kişinin içinde yaşadığı çevre bile sağlık konularını nasıl anladıklarını ve onlara nasıl yaklaştıklarını etkileyebilir. Bu nedenle, bir bireyin sağlığına yönelik inanç ve tutumlarının, sağlık sorunlarına ilişkin anlayış ve yönetimini nasıl şekillendirebileceğini dikkate almak çok önemlidir.

İnsanların sağlığı algılama şekli evrensel değildir ve bireysel inançlara, toplumsal normlara ve coğrafi konuma göre farklılık gösterebilir. Teknolojik gelişmeler, kültürel değişimler ve çevresel etkiler gibi faktörler de sağlık algısını etkileyebilir. Bireylerin sağlık sorunlarına nasıl yaklaştıkları ve bunları nasıl gördükleri çok önemlidir, çünkü sağlıkla ilgili endişelere yönelik genel anlayışlarını ve yanıtlarını şekillendirmektedir (Lee ve ark. 2015).

Birinin sağlıklı olup olmadığını belirlemek için hem nesnel hem de öznel ölçümler dikkate alınmalıdır. Sağlık profesyonelleri, müdahaleleri planlarken bireyleri değerlendirmeli ve hem fiziksel hastalığı hem de bireyin kendi sağlığına ilişkin algısını dikkate almalıdır. Birini sağlıklı veya sağlıklı olarak etiketleyebilmek hem nesnel hem de öznel faktörlere dayanmaktadır (Çapık, 2006).

Bireyler kendi hastalıklarını bildirdiklerinde genellikle yaptıkları testler hastalık durumlarını teyit etmektedir. Bu, bir bireyin sağlığına ilişkin algısının, genel refahının diğer yöntemlere göre daha kapsamlı bir ölçüsü olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, hasta insanlar sağlık durumları hakkında kendi anlayışlarına bir dereceye kadar güvenebilirler (Goldberg vd., 2001).

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlık durumuna ilişkin kişisel değerlendirmesini ifade etmektedir. Bu değerlendirme, herhangi bir nesnel hastalık olmasa bile, kronik hastalıkların varlığı veya öznel hastalık duyguları gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Bireylere basit ama etkili bir öz değerlendirme aracı sağlamaktadır (Tuğut 2008).

2.2. Sağlık Algısının Ölçülmesi

Bir toplumun sağlığını değerlendirirken hem nesnel hem de öznel ölçümleri dikkate almak önemli bir konu olmaktadır. Bebek ölüm oranı, çocuk ölüm oranı, kaba doğum oranı gibi nesnel veriler yaygın olarak kullanılırken, bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin algılarının da dikkate alınması gerekmektedir. Subjektif verileri göz ardı ederek, bir toplumun genel sağlığına ilişkin önemli içgörülerini kaçırabilmektedir. Bu nedenle, toplumların sağlık düzeylerini

değerlendirirken hem nesnel hem de öznel ölçümleri birleştirmek büyük önem taşımaktadır. Bir bireyin kendi sağlığını algılama şekli öznedir ve halk sağlığı algılarını ölçmek için kullanılan nesnel verilerle aynı şekilde ölçülememektedir. Bu objektif veriler, genel sağlığın göstergesi olarak kabul edilen vücut kitle indeksi ve sosyal engellilik gibi ölçümleri içermektedir. Bununla birlikte, bir bireyin sağlığına ilişkin kişisel algısı, bu objektif ölçümlerle her zaman uyumlu olmayabilir. Bu nedenle, genel sağlık durumu göz önünde bulundurulurken hem nesnel hem de öznel sağlık ölçütlerini hesaba katmak önem taşımaktadır (Çapık, 2006). Bireyler hasta olduklarında durumlarını ifade etme eğilimindedirler. Bu ifade genellikle hastalıklarının gerçek olduğunu gösteren tıbbi muayenelerle doğrulanır. Sonuç olarak, bireyler sağlıklarını diğer sağlık göstergelerinden daha kapsamlı bir şekilde görme eğilimindedirler. Bu, sağlık algılarının daha kapsayıcı olduğunu ve geleneksel sağlık göstergelerinden daha geniş bir faktör yelpazesini hesaba kattığını göstermektedir (Goldberg ve ark., 2001).

Bireyin sağlığına ilişkin algısını ölçerken, biyolojik boyutlarından daha fazlasını dikkate almaktadır. Bunun yerine, ruh sağlığı durumlarını, ağrı düzeylerini ve sağlık algısının diğer boyutlarını da değerlendirmek için bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Bireyin sağlığının birçok yönünü dikkate alan bu tür değerlendirme, öznel sağlığın ölçümü olarak bilinmektedir. Bireylerin sağlıklarını nasıl algıladıklarını belirlemek için çok sayıda ölçek oluşturulmuştur. Bu sağlık algısı ölçekleri, bireyin sağlığına ilişkin öz değerlendirmesini ölçmek için tipik olarak "mükemmel, çok iyi, iyi, orta, kötü" veya "kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, tarafsız, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum" gibi ifadeler kullanmaktadır (Gür ve Sunal, 2019).

Likert tipi veya sayısal ölçekler, algılanan sağlık durumunu değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Likert tipi ölçek, sağlık durumunu en kötüden mükemmel doğru bir ölçekte ölçüm yapılmaktadır. Sayısal ölçekler 0 ile 100 arasında değişir ve sağlık durumunun daha kesin bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu ölçekler genellikle genel sağlığı değerlendirmek ve bir hastalık varlığında bedensel işlev ve yetenek algısını ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçekler ayrıca bir hastalık durumuyla yüzleşmedeki yeterliliği ve hastalık durumu sırasında belirli işlevler için tercihleri değerlendirmektedir. Bu faktörleri değerlendirmek için çeşitli sorular sorulmaktadır (Çiftçi Kıracı, 2021).

2.3. Sağlık Algısının Değerlendirilmesi

Çok zor ve karmaşık bir olgu olan sağlıkla ilgili kültür ve geleneklerin etkisi altında zamanla değişen tanımlar yapılmıştır. Eski zamanlarda sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu olarak tanımlansa da günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "sadece hastalık veya sakatlık durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali" olarak da tanımlanmaktadır. Sağlığı

tanımlarken bireylerin çevreleriyle sürekli etkileşim halinde oldukları ve çevrenin birçok etkisinden ciddi şekilde etkilendikleri unutulmamalıdır. Sağlık algısı kavramsal olarak bireyin kendi sağlığına yönelik kişisel duygusunu, düşüncesini, ön yargısının yanı sıra ön yargı ile beklentilerinin bir bileşimidir (Chang vd. 2013, s.91-103).

Bireylerin kendi sağlıklarını nasıl algıladıklarının yanı sıra, sağlıklı yaşam davranışları kazanmaları sağlığın geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık algısı bireylerin eğitim, medeni ve ekonomik durumları ile sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değiştirmektedir. Ayrıca sağlık algısı fiziksel ve sosyal çevre, gelenekler ve sosyal algılarla yakından ilgilidir. Sağlık algısı ülkeden ülkeye değişebildiği gibi aynı toplumda yaşayan bireyler arasında da değişebilmekte ve gelişen teknolojinin, değişen sosyokültürel yapıların, sosyal, psikolojik ve fiziksel çevrenin zaman içinde etkisiyle değişmektedir. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili olumlu düşünce ve inançlarına "iyi sağlık algısı"; olumsuz düşünce ve inançları benimsemesi ise "kötü sağlık algısı" olarak tanımlanmaktadır. Kişisel sağlık algısı, mortaliteyi, morbiditeyi, fiziksel ve zihinsel refahı ölçebilen önemli bir belirteçtir (Fatima vd., 2018, s.136-148).

2.4. Sağlık Algısı ve Hasta Arasındaki İlişki

Sağlıklı bir yaşam tarzı, bireylerin sağlıkları için olumlu davranışlar geliştirmelerinin, olumsuz davranışlardan kaçınmalarının ve tüm bu davranışları kontrol ederek bir yaşam tarzı haline getirmelerinin bir yoludur. Bu davranışları hayatın bir parçası haline getiren bireyler sadece sağlıklarını korumakla kalmayacak, aynı zamanda sağlık durumlarını da iyileştireceklerdir. Her sağlıklı bireyin oluşturduğu toplumların sağlık göstergeleri daha üst seviyelere ulaşacaktır. Sağlıklı yaşam tarzı yönlerini geliştirmek ve sürdürmek için geliştirilen uygulamalar bu açıdan önemlidir (McFarland vd., 2017, s.1217-1224).

Toplumda bireyin sağlık algısını ölçmek yönünde objektif ya da sübjektif verilerine yönelik çeşitli ölçütler ile değerlendirmeler yapılmaktadır. Bireylerin sağlık algılarının belirlenmesi açısından çoğunluk olarak kendini nasıl hissettiğinin dikkate alınmaksızın, objektif veriler doğrultusunda değerlendirmeler yapılmaktadır. Sağlık ölçülmesinde bütünlüğü ile en kolay yöntemlerde birisi olan sağlık algısının, sağlık değerlendirilmesinde çeşitlilik gösteren objektif ölçütlerin olmasına yönelik bunlar yeterli gelmemekte veya elde edilememekte olan durumlarda kullanılmaktadır. Genel olarak sağlık, mutlulukla karakterize edilen bir durum ve hayatta kalmayı destekleyen fiziksel bir durumdur. Sağlıksız olmak, kişinin toplumun aciz ve atıl bir üyesi olmasına yol açarak olumlu yaşam deneyimlerinin kaybolmasına neden olabilir. Ayrıca, bir kişi "sağlıklı" olduğunda, yalnızca sağlık arayışıyla ilgili daha az kaygı duymakla kalmaz, aynı zamanda çeşitli ortamlara iyi uyum sağlayabilmektedir. Bu nedenle,

sağlık durumu genetik ve çevresel faktörlere, sağlık hizmetleri faydalarına ve yaşam tarzına bağlıdır; sonuç olarak, kişinin sosyal veya kültürel çevresinden etkilenmektedir. Sağlık durumu, bir dizi sağlık yönü dikkate alınmadan ölçülememektedir. Bir kişi genellikle hasta olmadığında, normal fiziksel işlevlere sahip olduğunda, enerjik olduğunda (dinlendirici uyku ve iştah yaşar), sabit kilo sergilediğinde, rahat hissettiğinde (değilse) sağlıklı kabul edilmektedir. Herhangi bir rahatsızlık veya acı hissetme), duygusal istikrar gösterirler ve sosyal yaşamlarında uyum yaşamaktadırlar (Ramli, 2019, s.1-14).

Bu arada, gelişmiş ülkelerin sağlık sektörleri paradigmalarını tedaviden korumaya ve ayrıca önlemeden yönetime kaydırmaktadır. Çocukluk döneminde sağlıklı alışkanlıkları sürdürmek, yaşam boyu sağlığın temelini atmak ve hastalıklardan korunmak için vurgulanmaktadır. Bu, yaşam boyu sağlıklı yaşamın temeli olarak sağlıklı alışkanlıkları vurgulayarak bireylerin sağlığa olan ilgisini artırmayı gerektirmektedir. Sağlık, yorumuna bağlı olarak eşit olmayan bir şekilde algılanabilmektedir. Ergenliğin hızlı büyüme döneminde uygun sağlık eğitiminin verilmesi diğer dönemlere göre daha etkili olabilmektedir. Bu nedenle, özellikle mevcut sorunlar sırasında ergenlerin sağlık konusunda ne kadar bilgili oldukları ve sağlıklı ilgili konuları nasıl uyguladıkları sorusu ortaya çıkmaktadır. Gelişmekte olan ergenleri sağlıklı yaşam tarzları konusunda eğitmek çok önemlidir (Swain, Singh, 2021, s.95).

2.5. Sağlık Algısı ve Hekimin Rolü

Dünya çapındaki sağlık sistemlerinin hizmet sunmada ayrıca çevre yapılarını sağlama açısından sağlık uzmanlarına güvenmek gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri, dünya çapında sağlık sistemlerinin bel kemiğidir. Kaliteli bakımın sağlanması, yeterli kaynaklara sahip bir sistemde çalışan yeterli sayıda yetkin, kendini işine adanmış ve motive olmuş sağlık profesyonellerinin mevcudiyetine bağlıdır (Smorangkir vd., 2021, s.33-44).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), etkili bir sağlık sisteminin, birincil amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ve sürdürmek olan tüm kuruluşlardan, insanlardan ve eylemlerden oluştuğunu belirtmiştir. Hizmet hedeflerine ulaşmak için iş gücünde yeterli sayıda uygun şekilde eğitilmiş sağlık profesyonellerine ihtiyaç bulunmaktadır. Dünya çapında sağlık hizmeti sunucuları, yüksek düzeyde stres, daha az mola süresinin olduğu uzun çalışma günleri, çökmekte olan veya uygun olmayan altyapı, uygulamalarındaki sınırlamalar ve bekleme sürelerinin her zaman açık olduğu aşırı kalabalık sağlık hizmetleri dahil olmak üzere bir dizi farklı hizmet sağlama zorluğuna sürekli olarak maruz kalmaktadır. Bu sorunlar ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, sağlık sistemlerinin çoğu, vatandaşlarının gelir düzeyi veya yaşam standardı ne olursa olsun, bir dereceye kadar idari ve siyasi sorunlarla mücadele etmektedir.

Sağlık profesyonellerinin çalışma ortamları hakkındaki görüşlerinin, işlerini düzenleyen kamu politikalarının ve sistemin içeriden eksikliklerinin dikkate alınması, bir sağlık sistemi içindeki yönetişimin kilit bir yönüdür (Burgener, 2020, s.128-132).

2.6. Sağlık Algısının Düşünce Kapsamı

Sağlık algısı fikri, bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel değerlendirmesini içerir; bu, hastalığa sahip olmasına rağmen sağlıklı olduğuna inanmasına veya hastalığı olmamasına rağmen hasta hissetmesine yol açabilir. Bu subjektif değerlendirme, gerçek sağlık durumu ile algılanan sağlık durumu arasında bir tutarsızlık yaratabilir ve potansiyel olarak bireyin davranışını ve sağlık hizmeti kararlarını etkileyebilir. Ayrıca, sağlık hizmetleri değerlendirmeleri ve müdahalelerinde hem nesnel tıbbi verileri hem de öznel algıları dikkate almanın önemini vurgulamaktadır. Ek olarak, kültürel ve toplumsal faktörler, bireyin sağlık algısını etkileyerek sağlık durumu ile kişisel değerlendirme arasındaki ilişkiyi daha da karmaşık hale getirebilir. Bu nedenle, kapsamlı ve etkili sağlık hizmeti sağlamak için bireyin sağlık algısına katkıda bulunan çeşitli faktörleri anlamak ve ele almak çok önemlidir (Çiftçi Kıraç, 2021). Bir kişinin hastalığını algılama şekli, zihinsel durumunu etkileyebilir. Hastalıklarının semptomları ve süresi de dahil olmak üzere deneyimlerini anlamak ve yorumlamak için zihinsel çerçeveler geliştirirler. Bu çerçeveler, bireylerin durumlarını anlamalarına ve gelecekte neler olabileceğini tahmin etmelerine yardımcı olur. İnsanların bir hastalık hakkında geliştirdikleri zihinsel çerçeveler, yalnızca onun nedenleri ve sonuçları hakkında bilgi içermez, aynı zamanda hastalığın ortadan kaldırılmasına yönelik istek ve beklentileri de içerir. Bu çerçeveler veya şemalar, bireyin psikolojik durumunu ve nihayetinde fiziksel sağlığını önemli ölçüde etkileyebilir. Bundan dolayı, bir kişinin genel refahını değerlendirirken bir hastalıkla karşılaştıklarında tutumlarını, inançlarını ve davranışlarını dikkate almak çok önemlidir (Özdemir, 2018). Bir kişinin sağlığını algılama şekli, tutumlarından, inançlarından, davranışlarından ve motivasyonlarından etkilenen psikolojik iyi oluşlarıyla bağlantılıdır. Genel refahın ayrılmaz bir parçası olduğu için, hastalığı değerlendirirken psikolojik esenliği göz önünde bulundurmak önemlidir (Çiftçi Kıraç, 2021).

Kişilerin psikolojik iyi oluşlarını önemli ölçüde etkileyen birkaç anahtar faktör vardır. Bu faktörler arasında öz kimlik, duygusal karışıklık, kişilik özellikleri, kişinin niyetleri ve davranışları arasındaki uyumsuzluk ve geçmiş deneyimlerin mevcut davranış üzerindeki etkisi yer almaktadır. Bireyin psikolojik durumu üzerindeki etkilerini daha iyi anlamak için bu faktörlerin her birini daha derinlemesine incelenmelidir;

- Öz-kimlik; kişinin varlığının özüne inen sayısız derin ve içe dönük soruyu kapsar. Bu sorgulamalar, kişinin dünyadaki varlığının ardındaki amaç üzerine kafa yorması, sosyal rolünün

inceliklerini düşünmesi, bu uçsuz bucaksız ve karmaşık evrene getirilmenin önemi üzerine düşünmesi ve nihayetinde içsel değerini değerlendirmesi gibi varoluşun temel yönlerini kapsar (Özdemir, 2018). Kişinin kendine ilişkin algısı ve anlayışı olan öz-kimlik, bireyin yaşamının oldukça şekillendirilebilir bir yönüdür. Bireyler yaşamı boyunca meydana gelen yeni deneyimlerden ve dönüşümlerden sürekli olarak etkilenmektedir. Bu deneyimler, bir kişinin kendisini nasıl algıladığı ve çeşitli durumlara nasıl tepki verdiği üzerinde derin bir etkiye sahip olmaktadır. Öz kimlik sosyal etkileşimler, kişisel değerler ve genel refah dahil olmak üzere çok sayıda faktörle karmaşık bir şekilde bağlantılıdır. Dış etkilere karşı oldukça hassastır ve yeni deneyimler ve dönüşümler sonucunda önemli değişikliklere uğrayabilmektedir. Olumlu bir benlik algısı kişinin davranışlarını, seçimlerini şekillendirmede çok önemli bir rol oynar ve genel refahları için faydalı olan kişisel değerleriyle uyumlu eylemlere öncelik vermelerine yol açmaktadır. Bir kişi kendisi hakkında olumlu bir algıya sahip olduğunda, kendi algısıyla uyumlu davranışlar sergileme olasılığı daha yüksektir. Bu, zararlı veya olumsuz olarak algıladıkları davranışlarda bulunmaktan aktif olarak kaçınacakları anlamına gelmektedir. Bunun yerine, refahlarına katkıda bulunan ve kişisel doğruluk duygularını destekleyen eylemleri aktif olarak arayacaklardır (Çiftçi Kıraç, 2021).

- Duygusal karışıklık; olaylar, insanlar ve nesnelere gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilen insan deneyiminin karmaşık, sürekli değişen bir olgudur. Duyguların deneyimlenme şekli, kişinin davranışını, seçimlerini ve ilişkilerini büyük ölçüde etkileyebilir. Birden fazla duygunun aynı anda mevcut olması, duygusal deneyimlerin karmaşıklığını artırması alışılmadık bir durum değildir. Duyguları ölçme ve anlamadaki zorluk, yaşam kalitesi üzerindeki önemli etkileriyle daha da artar. Kişinin duygularını idare edememesi olarak ortaya çıkabilen duygusal kafa karışıklığı, çarpık bir sağlık ve hastalık algısına yol açabilir. Duygularını düzenleme konusunda güçlü bir yeteneğe sahip olan bireylerin, hastalıkla karşılaştıklarında yapıcı bir tutum benimsemeleri daha olasıdır. Bu gibi durumlarda tedavi sürecine aktif olarak katılırlar ve kendi iyileşmelerine olumlu katkı sağlarlar (Çiftçi Kıraç, 2021). Duygularını düzenleme konusunda yeterli olmayan bireyler zor koşullarla karşı karşıya kaldıklarında, harekete geçmekte ve içinde buldukları durumla etkili bir şekilde başa çıkmakta zorlanabilirler. Ancak, duygusal kontrolünü geliştirerek, sorunları yapıcı ve olumlu bir şekilde ele alma becerisini arttırarak daha sağlıklı çözümlere yol açabilirler (Yükçü, 2017).

- Kişilik, bir bireyin ayırt edici özelliğidir. Kişiler kendileriyle, başkalarıyla olan etkileşimlerinde düşüncelerini, davranışlarını ve duygularını belirleyen tüm benzersiz özelliklerini kapsamaktadır. Sonuç olarak, toplumdaki bireylerin çeşitliliğinin, kişiliklerin

çokluğuna yansıdığı söylenebilmektedir. Bireylerin tutumları, yorumları ve duyguları dahil olmak üzere çeşitli durumlara tepki verme biçimleri kişiliklerinden doğrudan etkilenmektedir. Bir bireyin kişiliğini şekillendiren bileşenler, kalıtsal genetik ve fiziksel niteliklerin yanı sıra çevresel ve toplumsal demografik etkiler gibi zaman içinde geliştirilebilen faktörlerden oluşmaktadır. Ek olarak, kişilik durağan değil, belirtilen gelişim faktörlerinden etkilenen toplum içinde gelişim gösteren bir harekettir (Özdemir, 2018).

- Geçmiş deneyimlerin mevcut davranış üzerindeki etkisi; kişilerin sağlığı söz konusu olduğunda geçmişteki davranışları ve deneyimleri, gelecekteki sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu deneyimler ister olumlu ister olumsuz olsun, bireyin gelecekteki sağlık durumlarına nasıl yaklaşacağını şekillendirmektedir (Özdemir, 2018). Örnek olarak bireyin önceki hastalığı ve bu süreçte yaşadığı pozitif-negatif deneyimler, gelecekte olası ikinci bir hastalığa yönelik davranış ve yaklaşımı üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır. Bu deneyimler, zihniyetlerini, bakış açılarını şekillendirmede çok önemli bir rol oynar ve hastalığın farklı aşamalarında nasıl ilerlediklerini büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Tecrübe veya bilgi eksikliğinden kaynaklanan negatif durumların, ilk hastalıktan alınan dersler ve kazanılan bilgelik yoluyla olumluya dönüştürülebileceğini not etmek önemlidir. Bireyler, geçmiş deneyimleri yansıtarak sonraki hastalıklarına karşı potansiyel olarak daha bilinçli ve proaktif bir yaklaşım geliştirerek kendileri için daha olumlu ve tatmin edici bir tedavi süreci sağlayabilirler.

- Kişinin niyetleri ve davranışları arasındaki uyumsuzluk; kişinin gerçek davranışa dönüşebilen veya dönüşmeyebilen belirli bir davranışı gerçekleştirme niyetini ifade etmektedir. Niyet, hem tavır ve inançlar vb. iç faktörlerden hem de sosyal baskı gibi dış faktörlerden etkilenmektedir. Sosyal baskı negatif olabilir, bireyi bir davranışı yapmaktan caydırabilir veya pozitif davranışı isteklendirmektedir. Niyet, davranıştan önceki karar mekanizmasıdır. Sağlık bağlamında, bireyin sağlık algısına ilişkin niyeti, sosyal çevresi tarafından olumlu olarak değerlendirilir ve desteklenirse, niyetin davranışa dönüşme ihtimali önemli ölçüde artmaktadır.

- Kişinin niyetleri ve davranışları arasındaki uyumsuzluk; belirli bir davranışta bulunma niyeti veya arzusuna sahip olabileceği, ancak nihayetinde bunu takip edemediği veya başlangıçtaki niyetiyle çelişen bir şekilde davrandığı durumlarla ilgilidir. Bu tutarsızlık, birinin yapmayı planladığı veya arzuladığı şey ile gerçekte yaptıkları arasındaki potansiyel farklılığı vurgular. Tutumları, inançları ve daha fazlasını kapsayan niyet, aralarında sosyal baskının önemli bir rol oynadığı hem iç hem de dış çok sayıda faktörden etkilenir. Olumlu ya da olumsuz sosyal baskı, bireyin niyet ve davranışlarının şekillenmesinde önemli bir rol oynar. Bireyleri

belirli bir davranışta bulunmaktan caydırıcı olabilir veya olumlu eylemleri teşvik ederek motive edici olarak hizmet edebilir. Bu nedenle, sosyal baskının niyet üzerindeki etkisini anlamak, insan davranışını ve karar vermeyi süreçleri için çok önemlidir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Konusu

Yapılan araştırmanın konusu olarak “Hekim-Hasta İletişimi İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: İstanbul İli Örneği olarak belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Problemi

Günümüzde hasta ile hekim iletişimde algılana etkinin hasta bağlılığıyla ilişkileri farklılıklar göstermektedir. Sağlık algısının hasta ile hekim etkileşimlerindeki ilişki hastaların beklentilerinin farklı olmasından dolayı önemli bir sorun haline gelmiştir. Araştırmanın kapsamı doğrultusunda ise hekim ile hasta etkileşimlerinin hasta bağlılıklarının algılanan etki üzerindeki sorunlar ele alınacaktır.

3.3. Araştırmanın Amacı

Hekimlerin, halkın sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik faaliyetlere katılma konusunda uzun süredir tanınan bir sorumluluğu vardır. Hekimler, bireysel olarak hastanın refahını ve mahremiyetini teşvik etmek ve kamu güvenliğini korumak için ikili sorumlulukları dengelemelidir. Bireysel hastaların klinik ihtiyaçları veya tercihlerindeki farklılarla doğrudan ilgisi bulunmayan tedavi farklılıkları, sağlık hizmetlerindeki uygunsuz varyasyonlar oluşturmaktadır. Bu tür varyasyonlar, marjinalize edilmiş olan popülasyonlarda önemli ölçüde sağlık sonuçlarına daha çok katkıda bulunabilmektedir. Hekimlerin tıbbi yönden ilgisiz kişisel özelliklere bakmasızın tüm hastalara aynı kalitede bakım sağlamaları etik konulardan birisidir. Hastaların tıbbi yönden kaynaklanabilecek olan durumlar dahilinde geçmiş ve günümüzdeki tıbbi durumlarının bilme hakkı bulunmaktadır. açık iletişim, hekim hasta ilişkisinin altında yatan güven temelidir. Hekimlerin hastalar ile her zaman dürüst şekilde ilgilenme yükümlülüğü vardır. Araştırmanın genel amacı olarak hasta hekim iletişimi ile sağlık algısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmiştir.

3.4. Araştırmanın Önemi

Araştırmanın genel amacı olan hekim hasta etkileşimlerinde algılanan etkinin hasta bağlılıklarıyla ilişkisi günden güne önem teşkil eden bir durumdur. Hekimler ile hasta algısının etkileşimi ve memnuniyet algısını belirlemek açısından önem teşkil etmektedir. Hekim ile hasta arasındaki güven ise kinik tıbbi temelidir. Hekimler ile hastaların arasında bu durum çelişkiyi azaltabilmektedir. Hasta uyumunu geliştirmek hekimler ile hastaların arasında uyumlu şekilde sağlık algısındaki etkileşime teşvik edebilecektir. Ayaktan tedavi gören hastaların hekimlerine güvenlerinin yatarak tedavi edilen hastalara göre daha düşük olduğu, yatan hastalar ve hekimler arasında daha fazla etkileşim olduğu için hasta ve hekimler arasında güvene dayalı bir etkileşimin kurulmasının hastaların tedaviye uyumu açısından önemli olduğu ortaya çıkacaktır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni İstanbul ili merkez ilçelerinden Beylikdüzü ve Avcılar ilçelerinden oluşmaktadır. Çalışmanın gerçekleştiği yılda iki ilçenin toplam nüfusu 864.967 olduğu görülmüştür (<https://www.nufusu.com/ilceleri/istanbul-ilceleri-nufusu>). İlçe nüfusları dikkate alındığında, örneklem çeşitlerinden tabakalı rastgele örneklem kullanılmaktadır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanmıştır (Karagöz, 2014: 152; Bal, 2001: 113-114; Güredin, 1987: 368-370).

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}$$

$$n = \frac{864.966 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(864.966 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{830.714,3068}{22,58455} = 367,824 \cong 368$$

$$N (\text{Evren}) = 864.966$$

$$n (\text{Örneklem Sayısı}) = 368$$

$$p (\text{İncelenen olayın görülme olasılığı}) = 0,50$$

$$q (\text{İncelenen olayın görülmemesi olasılığı}) = (1-p)$$

$$Z (\text{Güven düzeyine göre standart değer}) = 1,96$$

t (Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyi) = 0,05

Formüle göre %95 güven aralığında evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü 368'dir. Araştırmanın evrenini, sekiz hastaneden 401 hasta üzerinde 5'li Likert formatındaki anket formları eksiksiz olmak üzere katılımcı sayısı üzerinden yüz yüze yapılmıştır.

Araştırma çalışmasına, katılımcıların dahil edilebilmesi için karşılaması gereken belirli kriterlere sahiptir. Öncelikle en az 18 yaşında olmaları gerekmektedir. Ayrıca İstanbul ili Beylikdüzü ve Avcılar bölgesinde bulunan 8 hastaneye başvurmuş ve çalışmaya gönüllü olmak istediğini belirtmiş olmaları gerekmektedir. Son olarak çalışmadaki tüm soruları eksiksiz olarak cevaplamış olmaları gerekmektedir. Bireylerin araştırmaya katılımcı olarak kabul edilebilmesi için bu ölçütlerin karşılanması gereklidir.

Araştırma çalışmasına, katılımcıların dahil edilmemesini sağlayan çeşitli faktörler vardır. Bunlar arasında 18 yaşından küçük olmak, işitme kaybı veya konuşma güçlüğü veya engellilik gibi durumların bulunması, araştırma sorularını tam olarak yanıtlamaması bu faktörler arasında gösterilebilir.

3.6. Verilerin Toplanma Tekniği

Çalışma öncesinde İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik kurallara uygunluğu hakkında onay alınmıştır ve Ek-1 olarak sunulmuştur. Alınan onay ışığında İstanbul ilindeki 8 sağlık hizmeti sunan kuruluşa başvuru yapan 401 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın veri toplama aracı olarak Ek-2'de yer verilen anket kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılacak olan verilerin elde edilmesinde katılımcılarla yüz yüze anket uygulaması yapılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların sahip oldukları demografik faktörler yer almaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde 10 maddeden oluşan 5'li Likert formunda Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkinlik Ölçeği, 15 maddeden ve kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi, öz farkındalık olmak üzere 4 alt başlığı olan Likert formunda Sağlık Algısı Ölçeğinden oluşmaktadır. Kullanılan her iki ölçekteki 5'li Likert sistemi 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle Katılıyorum formunda hazırlanmıştır.

Araştırmada, 1998 yılında Maly ve arkadaşlarının geliştirdikleri, ülkemizdeki uyarlamasının Ünal ve arkadaşları tarafından 2018 yılında hekim hasta iletişimini gerçekleştirmeyi amaçlayan Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkinlik Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada uygulanan bir diğer ölçek, Diamond ve arkadaşları tarafından

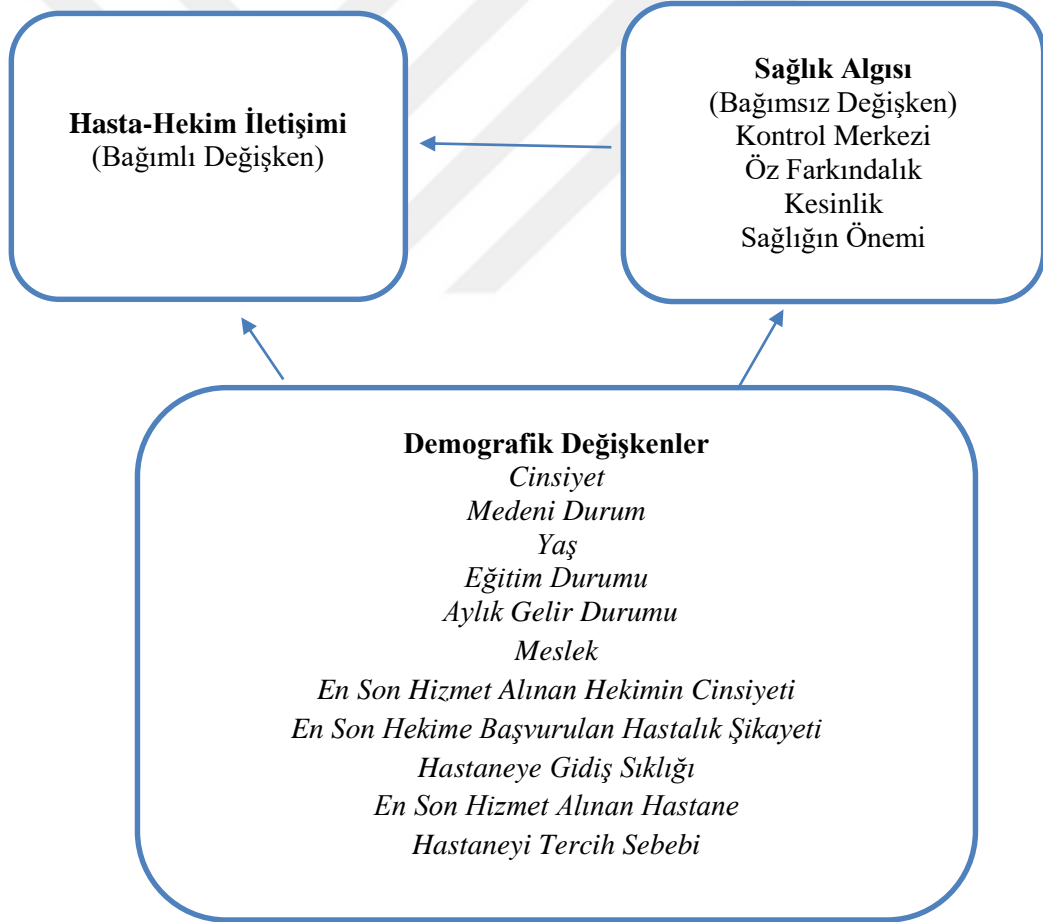
geliştirilen ülkemizdeki uyarlaması Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2007 yılında yapılan Sağlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan araştırmanın en önemli kısıtı İstanbul ili içerisindeki iki ilçe ile sınırlı olmasıdır. Kaynak ve zaman yetersizliği nedeniyle diğer ilçeleri kapsayacak halde örneklem grubu genişletilememiştir. Araştırma sonuçları sadece araştırmaya dahil olan örneklem grubuyla sınırlıdır, tüm Türkiye nüfusuna genelleme yapılamaz.

3.8. Araştırmanın Modeli

Hekim-hasta etkileşimlerinde algılanan etkinin hastaların hekimlerine sadakat düzeyleri arasındaki potansiyel ilişkiyi araştırmayı amaçlamak için Şekil 4'te gösterilmiş olan araştırma modeli oluşturulmuştur.



Şekil 2. Araştırma Modeli

3.9. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Sağlık algısı, hasta hekim iletişimi üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

H1₁: Sağlık algısı alt boyutlarından öz farkındalık hasta-hekim iletişimini olumlu yönde etkiler.

H1₂: Sağlık algısı alt boyutlarından sağlığın önemi hasta-hekim iletişimini olumlu yönde etkiler.

H1₃: Sağlık algısı alt boyutlarından kontrol merkezi hasta-hekim iletişimini olumsuz etkiler.

H1₄: Sağlık algısı alt boyutlarından kesinlik hasta-hekim iletişimini olumsuz etkiler.

H2: Demografik değişkenler ile hasta hekim iletişimi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H2₁: Cinsiyet değişkeni ile hasta hekim iletişimi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H2₂: Medeni durum değişkeni ile hasta hekim iletişimi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H2₃: Yaş değişkeni ile hasta hekim iletişimi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H2₄: Eğitim durumu değişkeni ile hasta hekim iletişimi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H2₅: Gelir durumu değişkeni ile hasta hekim iletişimi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H2₆: Meslek değişkeni ile hasta hekim iletişimi arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H3: Demografik değişkenler ile sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H3₁: Cinsiyet değişkeni ile sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H3₂: Medeni durum değişkeni ile sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H3₃: Yaş değişkeni ile sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H3₄: Eğitim durumu değişkeni ile sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

H3₅: Gelir durumu değişkeni ile sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Katılımcılar tarafından sağlanan anket yanıtları, SPSS 25.0 versiyon paket programı ile analiz edilmiştir. Bu analiz, demografik özelliklerin yüzde dağılımları ve aritmetik ortalamaların hesaplanması gibi çeşitli değerlerin belirlenmesini içermektedir. Çalışma kapsamında araştırma verilerinin elde edilmesi için “Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkinlik Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği” olmak üzere 2 adet ölçek kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği de belirlenerek faktör, veri, korelasyon ve regresyon analizleri yapılacaktır. Bu analizlerden elde edilen bulgular, ilgili paydaşların yararına sunulacak olan çalışmanın sonuçlarını, önerilerini formüle etmek için kullanılmıştır.

3.10.1. Ankette Kullanılan Ölçeklere Yönelik Geçerlik Güvenirlik Analizi Bulguları

Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutları için Cronbach's Alpha katsayısı bulguları Tablo 1’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre araştırmada kullanılan Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlikleri; “yüksek güvenirlğe sahip” ve Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinin güvenirlği “oldukça güvenilir” olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutları İçin Cronbach's Alpha Katsayısı Bulguları

Boyut/Ölçek	Madde sayısı	Cronbach's Alpha katsayısı
Kontrol boyutu	5	,941
Farkındalık boyutu	3	,861
Kesinlik boyutu	4	,936
Sağlık önemi boyutu	2	,898
Sağlık Algısı ölçeği	14	,957
İletişim Ölçeği	10	,776

3.10.2. Frekans Tabloları

Ankete katılan bireylerin cinsiyetlerine göre frekans dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre kadın katılımcıların oranı %49,9 ve erkek katılımcıların oranı %50,1 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2. Ankete Katılan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Bekar	107	26,7
Evli	294	73,3
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin medeni durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre bekar katılımcıların oranı %26,7 ve evli katılımcıların oranı %73,3 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3. Ankete Katılan Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Frekans Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	Yüzde
27 Yaş ve altı	118	29,4
28-34 Yaş	96	23,9
35-52 Yaş	106	26,4
53 Yaş ve üzeri	81	20,2
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin yaş gruplarına göre frekans dağılımları Tablo 3’te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %29,4’ünün 27 yaş ve altı, %23,9’unun 28-34 yaş, %26,4’ünün 35-52 yaş ve %20,2’sinin 53 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4. Ankete Katılan Bireylerin Aylık Gelir Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Aylık Gelir Durumu	Sayı	Yüzde
17.000 TL ve altı	126	31,4
17.001-21.000 TL	76	19,0
21.001-30.000 TL	123	30,7
30.001 TL ve üzeri	76	19,0
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin aylık gelir durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 4’te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %31,4’ünün 17.000 TL ve altı, %19,0’ının 17.001-21.000 TL, %30,7’sinin 21.001-30.000 TL ve %19,0’ının 30.001 TL ve üzeri aylık gelire sahip oldukları gözlemlenmiştir.

Tablo 5. Ankete Katılan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Ortaokul ve altı	21	5,2
Lise	115	28,7
Ön Lisans	133	33,2
Lisans	83	20,7
Yüksek Lisans	49	12,2
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin eğitim durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 5'te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %5,2'sinin Ortaokul ve altı, %28,7'sinin Lise, %33,2'sinin Ön Lisans, %20,7'sinin Lisans ve %12,2'sinin Yüksek Lisans eğitimine sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 6. Ankete Katılan Bireylerin Meslek Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Meslek	Sayı	Yüzde
Araştırma Görevli	9	2,2
Aşçı	6	1,5
Eğitmen	16	4,0
Emekli	60	15,0
Emlakçı	16	4,0
Esnaf	8	2,0
Ev Hanımı	54	13,5
Garson	14	3,5
Hemşire	8	2,0
İşletmeci	7	1,7
Kurye	6	1,5
Kuyumcu	7	1,7
Mağaza Sahibi	7	1,7
Memur	42	10,5
Mühendis	8	2,0
Öğrenci	16	4,0
Öğretim Görevlisi	6	1,5
Öğretmen	21	5,2
Peyzaj Mimarı	7	1,7
Polis	8	2,0
Rehber	6	1,5
Sağlık Personeli	4	1,0
Satış Temsilcisi	9	2,2
Sekreter	6	1,5
Sigortacı	12	3,0
Soför	6	1,5
Şoför	7	1,7
Tekniker	7	1,7
Teknisyen	10	2,5
Yönetici	8	2,0
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin meslek durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 6’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre en büyük yığılma %15,0 ile emekli grubunda ve en az yığılma %1,0 ile sağlık personeli grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 7. Ankete Katılan Bireylerin Son Gittikleri Hekimlerin Cinsiyet Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Son gidilen Hekimin Cinsiyeti	Sayı	Yüzde
Kadın	219	54,6
Erkek	182	45,4
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin son gittikleri hekimlerin cinsiyet durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 7’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre kadın hekimlerin oranı %54,6 ve erkek hekimlerin oranı %45,4 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 8. Ankete Katılan Bireylerin En Son Geçirdikleri Hastalık Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Geçirilen Hastalık	Sayı	Yüzde
Baş Ağrısı	18	4,5
Baş Dönmesi	8	2,0
Bel Ağrısı	6	1,5
Bel Fıtığı	6	1,5
Bilek Burkulması	6	1,5
Boğaz Ağrısı	14	3,5
Boyun Fıtığı	6	1,5
Boyun Tutulması	8	2,0
Böbrek Taşı	6	1,5
Burun Akıntısı	6	1,5
Cilt Kuruluğu	6	1,5
Egzema	7	1,7
Eklem Ağrısı	7	1,7
Fıtık	8	2,0
Gastrit	6	1,5
Gebelik	16	4,0
Göğüs Hastalık	8	2,0
Göz Muayenesi	15	3,7
Grip	15	3,7
Halsizlik	8	2,0
Hemoroid	5	1,2
İdrar Yanması	8	2,0
İshal	5	1,2
Kadın Hastalıkları	44	11,0
Kalp Çarpıntısı	15	3,7
Kansızlık	5	1,2
Kol Kırılması	16	4,0
Kulak Ağrısı	7	1,7
Mide Ağrısı	7	1,7
Migren	16	4,0
Nefes Darlığı	7	1,7
Öksürük	6	1,5
Reflü	9	2,2
Ritim Bozukluğu	5	1,2
Sinüzit	8	2,0
Şeker	12	3,0
Tansiyon	9	2,2
Troid	7	1,7
Vertigo	13	3,2
Yanık	6	1,5
Yüksek Ateş	11	2,7
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin en son geçirdikleri hastalık durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 8’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre en büyük yığılma %11,0 ile kadın hastalıkları grubunda ve en az yığılma %1,2 ile hemoroid, ishal, kansızlık ve ritim bozuklukları grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 9. Ankete Katılan Bireylerin Hastaneye Gitme Sıklığı Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Sıklık	Sayı	Yüzde
Hemen hemen her gün	21	5,2
Ayda	65	16,2
Yılda	315	78,6
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin hastaneye gitme sıklığı durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 9’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %5,2’sinin hemen hemen her gün, %16,2’sinin ayda bir ve %78,6’sının yılda bir hastaneye gittikleri gözlemlenmiştir.

Tablo 10. Ankete Katılan Bireylerin Son Gittikleri Hastane Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Son Gidilen Hastane	Sayı	Yüzde
Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	47	11,7
Özel Avcılar Hospital Hastanesi	49	12,2
Özel Avcılar Medicana Hastanesi	13	3,2
Avcılar Candan Hastanesi	8	2,0
Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi	101	25,2
Özel Medicana International İstanbul Hastanesi	33	8,2
Beylikdüzü Devlet Hastanesi	116	28,9
Medilife Beylikdüzü Hastanesi	34	8,5
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin son gittikleri hastane durumlarına göre frekans dağılımları Tablo 10’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre en büyük yığılma %28,9 ile Beylikdüzü Devlet Hastanesi grubunda ve en az yığılma %2,0 ile Avcılar Candan Hastanesi grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 11. Ankete Katılan Bireylerin Hastane Tercih Sebeplerine Göre Frekans Dağılımı

Hastane Tercih Sebebi	Sayı	Yüzde
Ulaşımın kolay olması	53	13,2
Evime yakın olması	54	13,5
Eş-dost tavsiyesi	23	5,7
Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	109	27,2
Hastane personelinin nezaketi	46	11,5
Doktorumun o hastanede çalışması	60	15,0
Hastaneye duyduğum güven	26	6,5
Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması	30	7,5
Toplam	401	100,0

Ankete katılan bireylerin hastane tercih sebeplerine göre frekans dağılımları Tablo 11’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre en büyük yığılma %27,2 ile “Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması” grubunda ve en az yığılma %5,7 ile “Eş-dost tavsiyesi” grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

3.10.3. Ölçeklere Ait İstatistiksel Değerler

Tablo 12. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeği Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Doktora söylemem gereken şeyleri açıkça söylemeye dikkat ederim.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	162	40,4	239	59,6	4,6	0,5
Doktora hangi soruları soracağımı bilirim.	0	0,0	0	0,0	20	5,0	160	39,9	221	55,1	4,5	0,592
Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	216	53,9	185	46,1	4,46	0,499
En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	128	31,9	273	68,1	4,68	0,467
Görüşmelerimin çoğunluğunu doktorla yaparım.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	138	34,4	263	65,6	4,66	0,476
En önemli sağlık sorunumu ciddi bir şekilde ele alan bir doktorum var.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	171	42,6	230	57,4	4,57	0,495
Doktorumun söylediklerini anlarım.	0	0,0	0	0,0	15	3,7	122	30,4	264	65,8	4,62	0,558
En önemli sağlık sorunum hakkında bir şeyler yapabilen bir doktorum var.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	183	45,6	218	54,4	4,54	0,499
Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	128	31,9	273	68,1	4,68	0,467
Doktorun söylediklerini anlamadığım zaman daha fazla bilgi vermesini isterim.	0	0,0	0	0,0	6	1,5	151	37,7	244	60,8	4,59	0,521
										iletişim_olc_ORT	4,59	0,293

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 12’de verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,68 ile “En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim.” ve “Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim.” maddelerinde, en küçük ortalamanın da 4,46 ile “Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var.” maddesinde olduğunu görülmüştür.

Tablo 13. Sağlık Algısı Ölçeği, Kontrol Merkezi Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	41	10,2	180	44,9	80	20	83	20,7	17	4,2	3,36	1,052
Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	117	29,2	132	32,9	26	6,5	109	27,2	17	4,2	3,56	1,278
Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	70	17,5	53	13,2	176	43,9	37	9,2	65	16,2	3,06	1,253
Sağlıklı olmak şans işidir.	42	10,5	159	39,7	90	22,4	96	23,9	14	3,5	3,3	1,053
Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	135	33,7	121	30,2	49	12,2	58	14,5	38	9,5	3,64	1,329

Sağlık Algısı Ölçeği, Kontrol Merkezi alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 13’de verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 2,94 ile “Sağlıklıysam bu Allah’ın bir lütfudur.” maddesinde, en küçük ortalamanın da 2,36 ile “Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.” maddesinde olduğunu görülmüştür.

Tablo 14. Sağlık Algısı Ölçeği, Öz Farkındalık Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	10	2,5	26	6,5	14	3,5	177	44,1	174	43,4	4,19	0,958
Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	18	4,5	79	19,7	22	5,5	143	35,7	139	34,7	3,76	1,241
İstedğim kadar sağlıklı olabilirim	32	8	30	7,5	77	19,2	125	31,2	137	34,2	3,76	1,224

Sağlık Algısı Ölçeği, Öz Farkındalık alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 14’te verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,19 ile “*Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.*” maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,76 ile “*Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.*” ve “*İstediğim kadar sağlıklı olabilirim*” maddelerinde olduğunu görülmüştür.

Tablo 15. Sağlık Algısı Ölçeği, Kesinlik Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	129	32,2	93	23,2	46	11,5	21	5,2	112	27,9	3,26	1,62
Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	132	32,9	107	26,7	32	8	21	5,2	109	27,2	3,33	1,619
Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	133	33,2	93	23,2	32	8	21	5,2	122	30,4	3,23	1,667
Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	18	4,5	120	29,9	35	8,7	167	41,6	61	15,2	2,67	1,182

Sağlık Algısı Ölçeği, Kesinlik alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 15’te verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 3,33 ile “*Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.*” maddesinde, en küçük ortalamanın da 2,67 ile “*Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.*” maddesinde olduğunu görülmüştür.

Tablo 16. Sağlık Algisi Ölçeği, Sağlıkın Önemi Alt Boyutu Maddeleri İçin Frekans Dağılımı ve Açıklayıcı İstatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Sağlığımı çok düşünürüm	1	0,2	2	0,5	0	0	56	14	342	85,3	4,84	0,445
Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	0	0	0	0	0	0	58	14,5	343	85,5	4,86	0,352

Sağlık Algisi Ölçeği, Sağlıkın Önemi alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 16’da verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,86 ile “*Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.*” maddesinde, en küçük ortalamanın da 4,84 ile “*Sağlığımı çok düşünürüm*” maddesinde olduğunu görülmüştür.

Tablo 17. Sağlık Algisi Ölçeği ve Alt Boyutları İçin Açıklayıcı İstatistikler

Boyut/Ölçek	Ortalama	Std. Sapma
Kontrol	3,38	1,08
Farkındalık	3,91	1,02
Kesinlik	3,12	1,41
Sağlık önemi	4,85	0,38
Sağlık Algisi Ölçeği	3,63	0,96

Sağlık Algisi Ölçeği ve alt boyutları için açıklayıcı istatistikler Tablo 17’de verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4.85 ile “*Sağlığın Önemi*” alt boyutunda, en küçük ortalamanın da 3.12 ile “*kesinlik*” alt boyutunda olduğunu görülmüştür.

3.10.4. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Bakımından İncelenmesi

Tablo 18. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	t	p
iletişim_olc_ORT	Kadın	200	4,58	0,289	-0,735	0,463
	Erkek	201	4,60	0,296		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların cinsiyet değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların cinsiyet değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 19. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Medeni Durum Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Medeni Durum	N	Mean	Std. Deviation	t	p
iletişim_olc_ORT	Bekar	107	4,60	0,295	0,188	0,851
	Evli	294	4,59	0,292		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların medeni durum değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların medeni durum değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 20. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Hekimin Cinsiyeti Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Hekimin Cinsiyeti	N	Mean	Std. Deviation	t	p
iletişim_olc_ORT	Kadın	219	4,58	0,311	-1,125	0,261
	Erkek	182	4,61	0,268		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların hekimin cinsiyeti değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların hekimin cinsiyeti değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 21. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Yaş Grubu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Yaş Grupları	N	Mean	Std. Deviation	F	P
iletisim_olc_ORT	27 Yaş ve altı	118	4,60	0,285	0,357	0,784
	28-34 Yaş	96	4,59	0,284		
	35-52 Yaş	106	4,60	0,299		
	53 Yaş ve üzeri	81	4,56	0,309		
	Total	401	4,59	0,293		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların yaş grubu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 21’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların yaş grubu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 22. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Aylık Gelir Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Aylık Gelir Durumu	N	Mean	Std. Deviation	F	P
iletisim_olc_ORT	17.000 TL ve altı	126	4,56	0,298	0,937	0,423
	17.001-21.000 TL	76	4,60	0,297		
	21.001-30.000 TL	123	4,60	0,284		
	30.001 TL ve üzeri	76	4,63	0,293		
	Total	401	4,59	0,293		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Aylık Gelir durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 22’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Aylık Gelir durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 23. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Eğitim Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Eğitim Durumu	N	Mean	Std. Deviation	F	P
iletisim_olc_ORT	Ortaokul ve altı	21	4,59	0,294	1,187	0,316
	Lise	115	4,57	0,307		
	Önlisans	133	4,57	0,294		
	Lisans	83	4,63	0,279		
	Yüksek Lisans	49	4,65	0,272		
	Total	401	4,59	0,293		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların eğitim durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 23’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların eğitim durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 24. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Hastaneye Gitme Sıklığı Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Hastaneye Gitme Sıklığı	N	Mean	Std. Deviation	F	P
iletisim_olc_ORT	Hemen hemen hergün	21	4,51	0,356	0,965	0,382
	Ayda	65	4,61	0,269		
	Yılda	315	4,59	0,293		
	Total	401	4,59	0,293		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların hastaneye gitme sıklığı durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 24’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların hastaneye gitme sıklığı durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 25. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların En Son Hizmet Alınan Hastane Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	En son hizmet alınan hastane	N	Mean	Std. Deviation	F	P
iletisim_olc_ORT	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	47	4,56	0,305	1,051	0,395
	Özel Avcılar Hospital Hastanesi	49	4,53	0,302		
	Özel Avcılar Medicana Hastanesi	13	4,63	0,132		
	Avcılar Candan Hastanesi	8	4,71	0,253		
	Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi	101	4,60	0,313		
	Özel Medicana International İstanbul Hastanesi	33	4,59	0,243		
	Beylikdüzü Devlet Hastanesi	116	4,58	0,308		
	Medilife Beylikdüzü Hastanesi	34	4,68	0,228		
	Total	401	4,59	0,293		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların en son hizmet alınan hastane durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 25’de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların en son hizmet alınan hastane durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 26. Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Son Gidilen Hastanenin Tercih Edilme Sebebi Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Hastanenin tercih edilme sebebi	N	Mean	Std. Deviation	F	P
iletisim_olc_ORT	Ulaşımın kolay olması	53	4,56	0,304	1,474	0,175
	Evime yakın olması	54	4,57	0,293		
	Eş-dost tavsiyesi	23	4,57	0,333		
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	109	4,55	0,285		
	Hastane personelinin nezaketi	46	4,68	0,272		
	Doktorumun o hastanede çalışması	60	4,58	0,282		
	Hastaneye duyduğum güven	26	4,66	0,319		
	Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması	30	4,66	0,275		
	Total	401	4,59	0,293		

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların son gidilen hastanenin tercih edilme sebebi durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 26’da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların son gidilen hastanenin tercih edilme sebebi durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 27. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	t	p
Kontrol	Kadın	200	3,40	1,064	0,351	0,726
	Erkek	201	3,37	1,096		
Farkındalık	Kadın	200	3,94	0,982	0,733	0,464
	Erkek	201	3,87	1,049		
Kesinlik	Kadın	200	3,20	1,426	1,008	0,314
	Erkek	201	3,05	1,387		
Sağlık önemi	Kadın	200	4,84	0,411	-0,542	0,588
	Erkek	201	4,86	0,352		
Algı ölçeği	Kadın	200	3,66	0,957	0,695	0,488
	Erkek	201	3,60	0,972		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında cinsiyet değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında cinsiyet değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 28. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Medeni Durum Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Medeni Durum	N	Mean	Std. Deviation	t	p
Kontrol	Bekar	107	3,50	1,018	1,331	0,184
	Evli	294	3,34	1,099		
Farkındalık	Bekar	107	4,01	1,009	1,229	0,220
	Evli	294	3,87	1,017		
Kesinlik	Bekar	107	3,34	1,348	1,830	0,068
	Evli	294	3,05	1,421		
Sağlık önemi	Bekar	107	4,79	0,435	-1,914	0,056
	Evli	294	4,87	0,359		
Algı ölçeği	Bekar	107	3,75	0,932	1,464	0,144
	Evli	294	3,59	0,973		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında medeni durum değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında medeni durum değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 29. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Hekimin Cinsiyet Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Hekimin Cinsiyeti	N	Mean	Std. Deviation	t	p
Kontrol	Kadın	219	3,42	1,071	0,678	0,498
	Erkek	182	3,34	1,089		
Farkındalık	Kadın	219	3,95	0,990	0,912	0,362
	Erkek	182	3,86	1,046		
Kesinlik	Kadın	219	3,13	1,414	0,113	0,910
	Erkek	182	3,12	1,400		
Sağlık önemi	Kadın	219	4,84	0,363	-0,037	0,971
	Erkek	182	4,85	0,405		
Algı ölçeği	Kadın	219	3,65	0,959	0,522	0,602
	Erkek	182	3,60	0,972		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında hekimin cinsiyet durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında hekimin cinsiyet durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 30. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Yaş Grupları Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Yaş Grupları	N	Mean	Std. Deviation	F	P
Kontrol	27 Yaş ve altı	118	3,40	1,100	0,377	0,769
	28-34 Yaş	96	3,32	1,128		
	35-52 Yaş	106	3,46	1,016		
	53 Yaş ve üzeri	81	3,33	1,080		
	Total	401	3,38	1,079		
Farkındalık	27 Yaş ve altı	118	3,94	1,013	0,659	0,578
	28-34 Yaş	96	3,86	0,986		
	35-52 Yaş	106	3,99	0,951		
	53 Yaş ve üzeri	81	3,79	1,136		
	Total	401	3,91	1,016		
Kesinlik	27 Yaş ve altı	118	3,21	1,419	0,750	0,523
	28-34 Yaş	96	3,00	1,412		
	35-52 Yaş	106	3,23	1,366		
	53 Yaş ve üzeri	81	3,01	1,440		
	Total	401	3,12	1,406		
Sağlık önemi	27 Yaş ve altı	118	4,84	0,392	0,374	0,772
	28-34 Yaş	96	4,82	0,410		
	35-52 Yaş	106	4,88	0,357		
	53 Yaş ve üzeri	81	4,84	0,369		
	Total	401	4,85	0,382		
Algı ölçeği	27 Yaş ve altı	118	3,67	0,980	0,636	0,592
	28-34 Yaş	96	3,56	0,977		
	35-52 Yaş	106	3,71	0,916		
	53 Yaş ve üzeri	81	3,55	0,992		
	Total	401	3,63	0,964		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında yaş grupları durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında yaş grupları durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 31. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Aylık Gelir Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Aylık Gelir Durumu	N	Mean	Std. Deviation	F	P
Kontrol	17.000 TL ve altı	126	3,41	1,029	0,080	0,971
	17.001-21.000 TL	76	3,34	1,025		
	21.001-30.000 TL	123	3,38	1,127		
	30.001 TL ve üzeri	76	3,40	1,149		
	Total	401	3,38	1,079		
Farkındalık	17.000 TL ve altı	126	3,94	0,958	0,064	0,979
	17.001-21.000 TL	76	3,89	1,020		
	21.001-30.000 TL	123	3,90	1,076		
	30.001 TL ve üzeri	76	3,88	1,022		
	Total	401	3,91	1,016		
Kesinlik	17.000 TL ve altı	126	3,14	1,356	0,092	0,965
	17.001-21.000 TL	76	3,06	1,441		
	21.001-30.000 TL	123	3,16	1,449		
	30.001 TL ve üzeri	76	3,10	1,410		
	Total	401	3,12	1,406		
Sağlık önemi	17.000 TL ve altı	126	4,84	0,367	0,266	0,850
	17.001-21.000 TL	76	4,83	0,413		
	21.001-30.000 TL	123	4,87	0,338		
	30.001 TL ve üzeri	76	4,83	0,444		
	Total	401	4,85	0,382		
Algı ölçeği	17.000 TL ve altı	126	3,65	0,916	0,070	0,976
	17.001-21.000 TL	76	3,59	0,951		
	21.001-30.000 TL	123	3,64	1,011		
	30.001 TL ve üzeri	76	3,62	0,992		
	Total	401	3,63	0,964		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında aylık gelir durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında aylık gelir durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 32. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Eğitim Durumu	N	Mean	Std. Deviation	F	P
Kontrol	Ortaokul ve altı	21	3,27	0,980	0,518	0,723
	Lise	115	3,36	1,046		
	Önlisans	133	3,42	1,077		
	Lisans	83	3,30	1,115		
	Yüksek Lisans	49	3,54	1,155		
	Total	401	3,38	1,079		
Farkındalık	Ortaokul ve altı	21	3,92	0,862	0,746	0,561
	Lise	115	3,83	1,068		
	Önlisans	133	3,97	0,973		
	Lisans	83	3,82	1,097		
	Yüksek Lisans	49	4,06	0,922		
	Total	401	3,91	1,016		
Kesinlik	Ortaokul ve altı	21	2,95	1,264	0,306	0,874
	Lise	115	3,07	1,416		
	Önlisans	133	3,14	1,400		
	Lisans	83	3,12	1,468		
	Yüksek Lisans	49	3,30	1,392		
	Total	401	3,12	1,406		
Sağlık önemi	Ortaokul ve altı	21	4,76	0,436	0,750	0,559
	Lise	115	4,83	0,373		
	Önlisans	133	4,85	0,379		
	Lisans	83	4,83	0,437		
	Yüksek Lisans	49	4,92	0,277		
	Total	401	4,85	0,382		
Algı ölçeği	Ortaokul ve altı	21	3,53	0,848	0,508	0,730
	Lise	115	3,59	0,961		
	Önlisans	133	3,66	0,949		
	Lisans	83	3,58	1,022		
	Yüksek Lisans	49	3,78	0,972		
	Total	401	3,63	0,964		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında eğitim durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında eğitim durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 33. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Hastaneye Gitme Sıklığı Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	Hastaneye Gitme Sıklığı	N	Mean	Std. Deviation	F	P
Kontrol	Hemen hemen hergün	21	3,50	1,061	0,187	0,830
	Ayda	65	3,42	1,066		
	Yılda	315	3,37	1,085		
	Total	401	3,38	1,079		
Farkındalık	Hemen hemen hergün	21	4,08	1,130	0,406	0,667
	Ayda	65	3,94	1,006		
	Yılda	315	3,89	1,012		
	Total	401	3,91	1,016		
Kesinlik	Hemen hemen hergün	21	3,42	1,501	0,483	0,617
	Ayda	65	3,12	1,362		
	Yılda	315	3,10	1,411		
	Total	401	3,12	1,406		
Sağlık önemi	Hemen hemen hergün	21	4,86	0,359	0,288	0,750
	Ayda	65	4,88	0,331		
	Yılda	315	4,84	0,394		
	Total	401	4,85	0,382		
Algı ölçeği	Hemen hemen hergün	21	3,80	1,017	0,371	0,691
	Ayda	65	3,65	0,939		
	Yılda	315	3,61	0,967		
	Total	401	3,63	0,964		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında hastaneye gitme sıklığı durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında hastaneye gitme sıklığı durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 34. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının En Son Hizmet Alınan Hastane Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	En son hizmet alınan hastane	N	Mean	Std. Deviation	F	P
Kontrol	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	47	3,5064	0,97789	1,059	0,389
	Özel Avcılar Hospital Hastanesi	49	3,3265	1,08911		
	Özel Avcılar Medicana Hastanesi	13	3,0769	1,07870		
	Avcılar Candan Hastanesi	8	2,8750	1,31774		
	Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi	101	3,4772	1,06957		
	Özel Medicana International İstanbul Hastanesi	33	3,6545	1,07153		
	Beylikdüzü Devlet Hastanesi	116	3,2966	1,09909		
	Medilife Beylikdüzü Hastanesi	34	3,2941	1,09681		
	Total	401	3,3840	1,07868		
Farkındalık	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	47	4,0709	0,98524	1,564	0,144
	Özel Avcılar Hospital Hastanesi	49	3,9184	1,07912		
	Özel Avcılar Medicana Hastanesi	13	3,6410	1,00426		
	Avcılar Candan Hastanesi	8	3,2500	1,13739		
	Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi	101	4,0198	0,96933		
	Özel Medicana International İstanbul Hastanesi	33	4,1414	0,91678		
	Beylikdüzü Devlet Hastanesi	116	3,7730	1,03522		
	Medilife Beylikdüzü Hastanesi	34	3,8039	1,03838		
	Total	401	3,9061	1,01559		
Kesinlik	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	47	3,2287	1,39956	1,202	0,301
	Özel Avcılar Hospital Hastanesi	49	3,1531	1,43960		
	Özel Avcılar Medicana Hastanesi	13	2,9231	1,43391		
	Avcılar Candan Hastanesi	8	2,6250	1,69558		
	Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi	101	3,2624	1,38851		
	Özel Medicana International İstanbul Hastanesi	33	3,5303	1,28050		
	Beylikdüzü Devlet Hastanesi	116	2,8944	1,42041		
	Medilife Beylikdüzü Hastanesi	34	3,1103	1,38059		
	Total	401	3,1241	1,40636		
Sağlık önemi	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	47	4,8936	0,31166	0,673	0,695
	Özel Avcılar Hospital Hastanesi	49	4,8367	0,37344		
	Özel Avcılar Medicana Hastanesi	13	4,7692	0,43853		
	Avcılar Candan Hastanesi	8	4,7500	0,70711		
	Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi	101	4,8614	0,37496		
	Özel Medicana International İstanbul Hastanesi	33	4,7879	0,41515		
	Beylikdüzü Devlet Hastanesi	116	4,8707	0,36188		
	Medilife Beylikdüzü Hastanesi	34	4,7647	0,43056		
	Total	401	4,8454	0,38215		
Algı ölçeği	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi	47	3,7462	0,92135	1,269	0,264
	Özel Avcılar Hospital Hastanesi	49	3,6195	0,98774		
	Özel Avcılar Medicana Hastanesi	13	3,3956	0,97617		
	Avcılar Candan Hastanesi	8	3,1518	1,17458		
	Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi	101	3,7298	0,94710		
	Özel Medicana International İstanbul Hastanesi	33	3,8853	0,92028		
	Beylikdüzü Devlet Hastanesi	116	3,5086	0,97257		
	Medilife Beylikdüzü Hastanesi	34	3,5609	0,96621		
	Total	401	3,6304	0,96381		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında en son hizmet alınan hastane durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen

bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Puanlar ve alt boyutlarında en son hizmet alınan hastane durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 35. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutlarının Hastanenin Tercih Edilme Sebebi Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi

Hastanenin tercih edilme sebebi		N	Mean	Std. Deviation	F	P
Kontrol	Ulaşımın kolay olması	53	3,3925	1,05536	0,340	0,935
	Evime yakın olması	54	3,4370	1,06120		
	Eş-dost tavsiyesi	23	3,3043	1,10185		
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	109	3,4183	1,05041		
	Hastane personelinin nezaketi	46	3,5304	1,12128		
	Doktorumun o hastanede çalışması	60	3,2533	1,06014		
	Hastaneye duyduğum güven	26	3,3462	1,13920		
	Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması	30	3,2800	1,22907		
	Total	401	3,3840	1,07868		
Farkındalık	Ulaşımın kolay olması	53	3,9182	0,96500	0,532	0,810
	Evime yakın olması	54	3,8951	1,09855		
	Eş-dost tavsiyesi	23	3,7101	1,23626		
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	109	4,0153	0,90311		
	Hastane personelinin nezaketi	46	4,0000	1,08184		
	Doktorumun o hastanede çalışması	60	3,8167	1,01667		
	Hastaneye duyduğum güven	26	3,7564	1,18718		
	Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması	30	3,8222	0,94172		
	Total	401	3,9061	1,01559		
Kesinlik	Ulaşımın kolay olması	53	3,0472	1,43284	0,395	0,905
	Evime yakın olması	54	3,1528	1,43525		
	Eş-dost tavsiyesi	23	2,9783	1,43597		
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	109	3,2431	1,39835		
	Hastane personelinin nezaketi	46	3,2772	1,42129		
	Doktorumun o hastanede çalışması	60	2,9667	1,33362		
	Hastaneye duyduğum güven	26	2,9808	1,35632		
	Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması	30	3,0917	1,56811		
	Total	401	3,1241	1,40636		
Sağlık önemi	Ulaşımın kolay olması	53	4,8679	0,34181	0,282	0,961
	Evime yakın olması	54	4,8519	0,40782		
	Eş-dost tavsiyesi	23	4,8696	0,45770		
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	109	4,8073	0,39621		
	Hastane personelinin nezaketi	46	4,8478	0,36316		
	Doktorumun o hastanede çalışması	60	4,8500	0,36008		
	Hastaneye duyduğum güven	26	4,8462	0,36795		
	Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması	30	4,9000	0,40258		
	Total	401	4,8454	0,38215		
Algı ölçeği	Ulaşımın kolay olması	53	3,6173	0,94128	0,366	0,922
	Evime yakın olması	54	3,6561	0,98331		
	Eş-dost tavsiyesi	23	3,5217	1,01438		
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	109	3,6946	0,93490		
	Hastane personelinin nezaketi	46	3,7469	1,00472		
	Doktorumun o hastanede çalışması	60	3,5202	0,92909		
	Hastaneye duyduğum güven	26	3,5440	1,01098		
	Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması	30	3,5738	1,06517		
	Total	401	3,6304	0,96381		

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında hastanenin tercih edilme sebebi durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve alt boyutlarında hastanenin tercih edilme sebebi durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

3.10.5. Hasta Hekim İletişimi ve Sağlık Algısı Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin Analizi

Tablo 36. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Alt Boyutları İle Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanların Arasındaki İlişki İçin Korelasyon Analizi Bulguları

	iletişim_olc_ORT	
	Pearson Correlation	p
alg_ort	0,056	0,260
Algi_Kntr_ORT	0,046	0,362
ort_fark	0,108	0,030
Algi_Kes_ORT	0,018	0,717
Algi_SO_ORT	0,121	0,015

Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanları ve alt boyutları ile Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden Alınan Puanlar arasındaki ilişki için korelasyon analizi bulguları Tablo 36'da verilmiştir. Sağlık Algısı Puanlarının, Öz Farkındalık ve Sağlıkın Önemi alt boyutları ile Hasta-Hekim İletişimi Puanları arasındaki ilişki için korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Değişkenler arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir. Bu durumda değişkenlerden birinde artma olduğunda diğerinde de artma olması beklenir. Sağlık Algısı Puanlarının ve Kontrol Merkezi ile Kesinlik alt boyutları için korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 37. Sağlık Algısı Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları

Sağlık Algısı ölçeği	Regresyon katsayıları	Standard regresyon katsayıları	t	p
Sabit	2,032		2,644	0,009
İletişim ölçeği	0,188	0,056	1,127	0,260
R	R kare	Düzeltilmiş R kare	F	p
0,056	0,003	0,001	1,270	0,260

Açıklayıcı değişken (bağımlı değişken) Hasta-Hekim İletişimi değişkeni hakkındaki düşünce, açıklanan değişken (bağımsız değişken) Sağlık Algısı alınarak oluşturulan doğrusal

regresyon modelinin Tablo 37’de verilmiştir. Yapılan ANOVA testine göre model istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 38. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları

Kontrol Merkezi boyutu	Regresyon katsayıları	Standard regresyon katsayıları	t	p
Sabit	1,844		2,174	0,030
İletişim ölçeği	0,168	0,046	0,912	0,362
R	R kare	Düzeltilmiş R kare	F	p
0,046	0,002	0,000	0,832	0,362

Açıklayıcı değişken (bağımlı değişken) Hasta-Hekim İletişimi değişkeni hakkındaki düşünce, açıklanan değişken (bağımsız değişken) Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi boyutu alınarak oluşturulan doğrusal regresyon modelinin Tablo 38’te verilmiştir. Yapılan ANOVA testine göre model istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 39. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları

Öz Farkındalık boyutu	Regresyon katsayıları	Standard regresyon katsayıları	t	p
Sabit	0,367		0,461	0,645
İletişim ölçeği	0,376	0,108	2,178	0,030
R	R kare	Düzeltilmiş R kare	F	p
0,108	0,012	0,01	4,743	0,030

Açıklayıcı değişken (bağımlı değişken) Hasta-Hekim İletişimi değişkeni hakkındaki düşünce, açıklanan değişken (bağımsız değişken) Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi boyutu alınarak oluşturulan doğrusal regresyon modelinin Tablo 39’da verilmiştir. Yapılan ANOVA testine göre model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca modelin belirleme katsayısı (düzeltilmiş) 0,01 olarak hesaplanmıştır. Buna göre Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi boyutu değişkenindeki değişkenliğin %1’i doğrusal regresyon modeli aracılığıyla Hasta-Hekim İletişimi değişkeni tarafından açıklanmaktadır. İki değişken arasında pozitif yönlü doğrusal ilişki vardır. Regresyon modelinin katsayılarının anlamlılığı için yapılan student-t testine göre her iki katsayı da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgulara göre regresyon doğrusunun tahmini olarak elde edilir. Standart regresyon katsayısına göre Hasta-Hekim İletişimi değişkenindeki 1

br artışın Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kontrol Merkezi boyutu değişkeninde 0,108 br artışa neden olması beklenir.

$$(\text{Sağlık Algısı Puanları Kontrol Merkezi boyutu}) = 0,367 + 0,376 (\text{Hasta-Hekim İletişimi})$$

Tablo 40. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kesinlik Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları

Kesinlik boyutu	Regresyon katsayıları	Standard regresyon katsayıları	t	p
Sabit	2,475		2,236	0,026
İletişim ölçeği	0,087	0,018	0,363	0,717
R	R kare	Düzeltilmiş R kare	F	p
0,018	0,000	0,000	0,132	0,717

Açıklayıcı değişken (bağımlı değişken) Hasta-Hekim İletişimi değişkeni hakkındaki düşünce, açıklanan değişken (bağımsız değişken) Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Kesinlik boyutu alınarak oluşturulan doğrusal regresyon modelinin Tablo 40’da verilmiştir. Yapılan ANOVA testine göre model istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 41. Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Sağlık Önemi Boyutu Değişkeni İle Hasta-Hekim İletişimi Değişkeni Doğrusal Regresyon Modeli Bulguları

Sağlığın önemi boyutu	Regresyon katsayıları	Standard regresyon katsayıları	t	p
Sabit	4,118		13,790	0,000
İletişim ölçeği	0,159	0,121	2,443	0,015
R	R kare	Düzeltilmiş R kare	F	p
0,121	0,015	0,012	5,966	0,015

Açıklayıcı değişken (bağımlı değişken) Hasta-Hekim İletişimi değişkeni hakkındaki düşünce, açıklanan değişken (bağımsız değişken) Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Sağlık Önemi boyutu alınarak oluşturulan doğrusal regresyon modelinin Tablo 41’de verilmiştir. Yapılan ANOVA testine göre model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca modelin belirleme katsayısı (düzeltilmiş) 0,012 olarak hesaplanmıştır. Buna göre Sağlık Algısı Puanlarının Sağlık Önemi boyutu değişkenindeki değişkenliğin %1,2’si doğrusal regresyon modeli aracılığıyla Hasta-Hekim İletişimi değişkeni tarafından açıklanmaktadır. İki değişken arasında pozitif yönlü doğrusal ilişki vardır. Regresyon modelinin katsayılarının anlamlılığı için yapılan student-t testine göre her iki katsayı da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgulara göre regresyon doğrusunun tahmini olarak elde edilir. Standart

regresyon katsayısına göre Hasta-Hekim İletişimi değişkenindeki 1 br artışın Sağlık Algısı Ölçeğinden Alınan Puanların Sağlık Önemi boyutu değişkeninde 0,108 br artışa neden olması beklenir.

$$(\text{Sağlık Algısı Puanlarının Sağlık Önemi boyutu}) = 4,118 + 0,159 (\text{Hasta-Hekim İletişimi})$$



TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık alanında, hekim ve hasta arasındaki etkileşimde iletişimin kalitesi büyük önem taşımaktadır. Tıbbi tedavi alma süreci boyunca, iki taraf arasında sürekli bir alışveriş vardır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda başarının temel ölçütü olan hasta bağlılığının belirlenmesinde iletişimin etkin kullanımı önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir.

Etkili sağlık iletişiminin kurulması yoluyla, hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sağlayıcılarına güven, tedaviye aktif katılım ve nihayetinde başarılı tedavi sonuçları dahil olmak üzere sağlık hizmeti sunumunun çeşitli yönleri geliştirilmektedir. Bununla birlikte, etkili sağlık iletişiminin gerçek etkisi, özellikle bu hizmetleri sağlayan sağlık kurumları için bu faydaların ötesine geçmektedir.

Hastalara hizmet sunumu çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir. Sağlık hizmeti bağlılığın çok önemli bir yönü, hastaların ihtiyaç ve duygularıyla ilgilenmenin yanı sıra stres seviyelerini azaltmak ve rahatlıklarını sağlamaktır. Bu hedeflere, hastalarla etkili iletişim, empatik anlayış ve bilginin erişilebilir bir şekilde yayılması yoluyla ulaşılabilmektedir.

Başarılı tıbbi tedavi için hekimler ve hastalar arasındaki etkileşimde etkili iletişim şarttır. Güçlü iletişim becerilerine sahip olmak ve bunları ek eğitim ve araştırma yoluyla geliştirmek için sürekli çalışmak hekimin sorumluluğundadır. Karşılıklı saygı ve güven, başarılı iletişimin çok önemli bileşenleri olmaktadır. İletişim başarısının yükü hekime düşer çünkü hastalar genellikle tıp uzmanlarının bilgi ve anlayışından yoksundur. Bu nedenle hekimler, hastalarla onların anlayabileceği dil ve kavramları kullanarak etkili bir şekilde iletişim kurabilmektedir. İyi konuşma iletişimi, olumlu bir imaj oluşturmaya ve hekim ile hasta arasında güven oluşturmaya yardımcı olabileceği için önemlidir. Zayıf iletişim, hekim-hasta ilişkisinde bozulmaya yol açabilir ve ne pahasına olursa olsun bundan kaçınılmalıdır. Nihayetinde, hekimler hem yetenekli iletişimciler hem de yetkin tıp uzmanları olmaya çalışmalıdır.

Etkili hekim-hasta iletişimi, hekim seçme eyleminde büyük önem taşımaktadır. Hastaların saygı duydukları ve güvendikleri bir hekim bulmalarına zemin hazırlamaktadır. Hekimlerine karşı derin bir bağlılık ve güven duygusu besleyen hastaların, kuşkusuz tedavi önerilerine yeşil ışık yakma ve takip etme olasılıkları daha yüksektir.

Çalışmamız, hekimlerinin sağlık hizmeti ortamlarında iletişim becerilerinin hastaların bağlılıkları üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Hastalara anket uygulayarak, hekim-hasta iletişiminin bir değerlendirmesini sağlamaya çalışılmıştır. Araştırma, sonuçları

etkileyebilecek çeşitli sosyo-demografik faktörleri göz önünde bulundururken, iletişimin hasta bağlılığını olumlu ya da olumsuz ne ölçüde etkilediğini ölçmeyi amaçlamaktadır.

Araştırma bulgularına göre katılımcıların cinsiyet değişkenine göre dağılımlarında, kadın katılımcıların oranı %49,9 ve erkek katılımcıların oranı %50,1 olarak tespit edilmiştir. Ek olarak, elde edilen bulgulara göre bekar katılımcıların oranı %26,7 ve evli katılımcıların oranı %73,3 olarak tespit edilmiştir.

Bulgulara göre katılımcıların %29,4'ünün 27 Yaş ve altı, %23,9'unun 28-34 Yaş, %26,4'ünün 35-52 Yaş ve %20,2'sinin 53 Yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, elde edilen bulgulara göre katılımcıların %31,4'ünün 17.000 TL ve altı, %19,0'ının 17.001-21.000 TL, %30,7'sinin 21.001-30.000 TL ve %19,0'ının 30.001 TL ve üzeri aylık gelire sahip oldukları gözlemlenmiştir.

Katılımcıların. %5,2'sinin Ortaokul ve altı, %28,7'sinin Lise, %33,2'sinin Ön Lisans, %20,7'sinin Lisans ve %12,2'sinin Yüksek Lisans eğitime sahip olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda elde edilen bulgulara göre en büyük yığılma %15,0 ile Emekli grubunda ve en az yığılma %1,0 ile sağlık personeli grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Katılımcıların hastaneye gitme sıklıkları incelendiğinde %5,2'sinin hemen hemen her gün, %16,2'sinin ayda bir ve %78,6'sının yılda bir hastaneye gittikleri gözlemlenmiştir.

Ankete katılan bireylerin hastane tercih sebeplerine göre frekans dağılımları göre en büyük yığılma %27,2 ile "Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması" grubunda ve en az yığılma %5,7 ile "Eş-dost tavsiyesi" grubunda olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuca göre hastaların hastane seçerken sağlık hizmeti sunan doktor ve hastanelerin hizmet kalitesine göre değerlendirme yaptığı görülmüştür.

Hasta-Hekim İletişimi Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklerin ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,68 ile "En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim." ve "Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim." maddelerinde, en küçük ortalamanın da 4,46 ile "Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var." maddesinde olduğunu görülmüştür.

Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puanların, Kontrol Merkezi alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın 2,94 ile "Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur." maddesinde, en küçük ortalamanın da 2,36 ile "Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem." maddesinde olduğunu görülmüştür.

Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puanların, Öz Farkındalık alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,19 ile “Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.” maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,76 ile “Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.” ve “İstediğim kadar sağlıklı olabilirim” maddelerinde olduğunu görülmüştür.

Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puanların, Kesinlik alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın 3,33 ile “Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.” maddesinde, en küçük ortalamanın da 2,67 ile “Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.” maddesinde olduğunu görülmüştür.

Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puanların, Sağlıkın Önemi alt boyutu maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,86 ile “Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.” maddesinde, en küçük ortalamanın da 4,84 ile “Sağlığımı çok düşünürüm” maddesinde olduğunu görülmüştür.

Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puanların, ve alt boyutları için açıklayıcı istatistiklerin ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4.85 ile “Sağlığın Önemi” alt boyutunda, en küçük ortalamanın da 3.12 ile “Kesinlik” alt boyutunda olduğunu görülmüştür.

Cinsiyet faktörünün hekim-hasta iletişimi ve sağlık algısı üzerindeki potansiyel etkisine ilişkin literatür verileri incelendiğinde, çalışmanın sonuçlarının bazı çalışma bulgularını desteklerken, bazılarının bu bulgulara zıt düştüğü görülmektedir. Literatür incelemesine göre benzerlik ve uyumsuzluk gösteren çalışmalar:

- Street (1991, s.541) araştırmasının bulgularına göre hastaların cinsiyeti iletişim davranışları ile yakından ilişkili olduğunu ifade etmiş olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına uyumsuzluk içermektedir.

- Waitzkin (1984, s.2444) kadınların erkek hastalara göre doktorlarına daha fazla soru sorma ve daha fazla bilgi alma eğiliminde olduklarını belirtmekte olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına uyumsuzluk içermektedir.

- Hulka ve ark. (1975, s.21) cinsiyetin iletişim düzeylerinin belirleyicisi olmadığını iddia etmekte olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına benzerlik içermektedir.

- Uludağ (2011, s.173) cinsiyetin iletişimde önemli bir rol oynamadığını belirtmiş olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına benzerlik içermektedir.

• Wang, Huang ve Howng 2011 yılında hastanın cinsiyeti hekimlerine olan sadakatini etkilemediğini ifade etmiş olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına benzerlik içermektedir.

• Hibbard ve Weeks 1987 yılında cinsiyetin hekim sadakatin de hayati bir rol oynadığını öne sürmekte olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına uyumsuzluk içermektedir.

• Caurana ve Fenech (2005, s.251) cinsiyet faktörünün sadakati etkilemediğini ifade etmekte olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına benzerlik içermektedir.

Araştırma bulgularına göre, evli hastaların hekim ve kurum bağlılığı bekar hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat hastaların medeni durumlarının hasta ve hekim bağlılığı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Mevcut literatürün kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesiyle, bu çalışmanın bulgularıyla ilgili olarak hem benzer hem de uyumsuz çalışmaların olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar:

• Wazan'a (2007) göre hasta bağlılığı ve memnuniyeti medeni durumdan etkilenmediğini ifade etmiş olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına benzerlik içermektedir.

• Kayyum ve ark. (2013) ayrıca müşteri bağlılığı üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmadığını belirtmiştir, bu araştırma yapılan çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik içermektedir.

• Daughtrey ve ark. (2013), medeni durum ile sağlık kurumlarına bağlılığı arasında bir bağlantı olduğunu iddia etmekte olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına uyumsuzluk içermektedir.

• Caurana ve Fenech (2005) medeni durumun hekime bağlılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını ortaya koymuş olup, yapılan çalışmamızın sonuçlarına benzerlik içermektedir.

Çalışmamızda hastaların gelir durumuna göre sağlık algısı ve hekim – hasta iletişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca, hasta hekim iletişimi ve sağlık algısı üzerinde hekimin cinsiyeti değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre hasta hekim iletişimi ve sağlık algısının hekimin cinsiyeti değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Araştırmamızda katılımcıların yaş değişkenlerinin hasta hekim iletişimi ve sağlık algısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Eğitim durumu değişkenine göre hasta hekim iletişimi ve sağlık algısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Elde edilen bulgulara göre hasta hekim iletişimi ve sağlık algısı üzerinde hastaneye gitme sıklığı

durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. En son alınan hizmet değişkeni incelendiğinde hasta hekim iletişimi ve sağlık algısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Son gidilen hastanenin tercih edilme sebebi durumu değişkeni bakımından hasta hekim iletişimi ve sağlık algısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Araştırma bulgularına göre, Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puanların, öz farkındalık ve sağlığın önemi alt boyutları ile Hasta-Hekim İletişimi Ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki için korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Değişkenler arasında pozitif yönde ilişki olduğu görölmektedir. Bu durumda değişkenlerden birinde artma olduğunda diğerinde de artma olması beklenir. Sağlık Algısı Ölçeğinden alınan puanların ve kontrol merkezi ile kesinlik alt boyutları için korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

ÖNERİLER

Hastalar ve hekimler arasındaki etkileşimde iletişim ile her iki tarafın ve hastanenin bağlılığı arasındaki ilişki önemlidir. Hekim ve hasta arasındaki güven ve iletişim arttıkça hastaneye olan bağlılık da artmaktadır. Hastalar genellikle hekimlerine göre hastaneleri seçtiklerinden, bu durum hastanelerin rekabet ortamında iletişimin önemini vurgulamaktadır. Bu, hastanelere rekabet avantajı sağlarken, başarılı hekimleri rakiplere kaptırmak da zararlı olabilmektedir.

Hekim hasta etkileşiminde etkili iletişimini olumsuz olarak etkileyen bazı faktörler vardır. Bu olumsuz faktörler şu şekilde ifade edilmektedir:

- Hastalar, belirli tıbbi sorunları anlama ve tatmin edici yanıtlar alma yeteneklerini engelleyen çeşitli engellerle karşı karşıya kalmakta,
- Hastaların ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilecek alternatif hekimleri aramasına yol açmakta,
- Hekimlerin karmaşık tıbbi jargon kullanması da etkili iletişimi engellemekte,
- Hastalar tıbbi karar verirken hekimlerinden profesyonel görüş almalarını istemekte,
- Hekimlere göre hastaların sahip oldukları sosyo-demografik özellikler, hekim hasta iletişimini ve dolaylı olarak sadakat üzerinde olumsuz etkide bulunduğunu belirtmişlerdir,
- Hekimler çalıştıkları kurumlarda kaynak yetersizliği, zaman sorunu ve çalışma yoğunluklarının hasta iletişiminde ve sadakatinde olumsuz etki yarattığını ifade etmişlerdir.

Hekim hasta iletişimiyle sağlık algısı ilişkilerini arttırmak için olumlu öneriler şunlardır:

- Hastaların kendilerini huzurlu hissetmeleri ve tam olarak anlayamadıkları sorular sorabilmeleri için hekimler rahat bir ortam yaratmalı,
- Hekimler için seminerler ve konferanslar da dahil olmak üzere iletişim becerileri eğitimi yoluyla arttırılmalı,
- Hasta-hekim iletişiminin iyileştirilerek, her iki taraf içinde daha fazla memnuniyet sağlanmalı ve hastaların başka hekimleri tercih etme olasılığını azaltılmalı,
- Karmaşık tıbbi terminoloji kullanımı azaltılmalı,
- Hastaların tıbbi karar verme sürecine dahil edilmeli,

- Medya ürünleri kullanılarak halkın sağlık iletişimi, hastalıklar ve çeşitli tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmelerde bulunulmalı,

- Hekimlerin çalışma programlarındaki yoğunluk azaltılarak, hastalarla geçirdikleri zamanın yeterli olacak hale getirilmesi,

- Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişimi artırmak için, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin periyodik olarak değerlendirilmesi ve eksikliklerin giderilmesi için hizmet içi eğitim verilmeli,

- Ayrıca sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin sürdürülmesi için düzenli eğitimler yapılmalıdır.

Sağlıklı yaşam anlayışını ve uygulamasını geliştirmenin bir yolu, akademik yıl boyunca tüm fakülteleri kapsayan kapsamlı eğitim programları uygulamaktır. Bu programlar sadece müfredata dahil edilmemeli, aynı zamanda müfredatın ötesine geçerek bir dizi seminer ve konferansı da kapsamalıdır. Böylece sağlık algısını geliştirmeli ve sağlıklı davranışlar benimsenmesi için geniş eğitim fırsatlarına sahip olmalarını sağlayabilir.

İnsanlar hasta olana kadar beklemek yerine, hastalanmadan önce hastalıktan kurtulabilirler. Hem korunma hem de kapsamlı check-up için sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler. İnsanları sağlık hizmetlerinin önemi hakkında eğiterek, odak noktası yalnızca tedavi hizmetleri aramaktan aktif olarak önleyici tedbirler talep etmeye geçebilir.

Sağlık hizmetlerini kullanmayı negatif yönde etkileyen hastaneye yakınlık, yaş, cinsiyet gibi unsurların iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Ek olarak, sağlığın temel belirleyicileri olan eğitim ve maddi durum gibi faktörlerin ele alınması ve iyileştirilmesi çok önemlidir. Bireylerin farklı ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılayabilmek için, belirli gereksinimleri belirleyen ve bunları karşılamak için stratejiler geliştiren yerel çalışmalar yürütülmelidir. Bir toplum içinde hizmetlerin eşit dağılımını sağlamak hem bireylerin hem de toplumun refahını korumayı amaçladığından, refah sisteminin temel bir sorumluluğudur.

Medyanın gücünden yararlanmanın insanların sağlık anlayışını ve sağlık algısını büyük ölçüde artırabileceği gerçeği göz önüne alındığında, bireyleri medya içeriğini yargısal bir şekilde analiz etmek için gerekli becerilerle donatan eğitim girişimlerinin uygulanması zorunlu hale getirilmelidir. Ayrıca, medya ve sağlık sektörlerinin yakınlaşmasını teşvik eden ve böylece sağlık iletişimi alanındaki ilerlemeleri teşvik eden medya uygulamaların kullanımının daha da genişletilmesi önerilmektedir.

Literatür taraması sonucunda, çalışmamızın sonuçlarının sunduklarıyla karşılaştırılabilir bir çalışma azlığı vardır. Sağlık hizmeti sunumunun gelişen ve dinamik doğası nedeniyle hasta-hekim iletişiminin artan önemine rağmen, bu alandaki zorluklar yeterince tanınmamaktadır. Ayrıca çalışma İstanbul ili merkez bölgesindeki sadece iki ilçe ile sınırlandırılmıştır. Sonuç olarak, hasta-hekim iletişimi konusunda daha kapsamlı örneklem büyüklükleri ve çeşitli unsurlarla daha fazla araştırma yapılması tavsiye edilir.



KAYNAKÇA

- Abacıgil, F., Harlak, H., Okyay, P. “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik -ve Geçerlilik Çalışması”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2016,45-73.
- Ataç, A. (2009). İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması, Hacettepe Tıp Dergisi, 40: 89-95.
- Atıcı, T., Atıcı, E., Şahin, N. Spor hekimliği ve etik. Tıp EtiğiHukuku-Tarihi Derg 2004; 12(3): 183-8.
- Aydın, E. (2001). Tıp etiğine giriş. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Bassford HA. The justification of medical paternalism. Soc Sci Med 1982; 16(6): 731-9.
- Berry, D. (2007). Health communication: Theory and practice. Typeset by Refine Catch Ltd, Bungay.
- Berry, D. (2007). Health communication: Theory and practice. Newyork: Open University Press.
- Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25: 1-6.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı, Turk Journal Public Health, 12(1),61-68.
- Bottrell, M.M., Alpert, H., Fiscbach, R., Emanuel, L. (2000). Hospital informed consent for procedure forms: Facilitating quality patient-physician interaction. Arch. Surg, 135: 26-33.
- Bozkurt, Yükçü Ş., (2017). Bağımsız Anaokullarına Devam Eden Çocukların Duygu Düzenleme ve Sosyal Problem Çözme Becerileri İle Ebeveynlerinin Duygusal Okuryazarlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Brandenburg, U., Bitzer, J. (2009). The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction. Maturitas, 63(2): 124-127.
- Budych, K., Helms, T.M., Schultz, C. (2012). How do patients with rare diseases experience the medical encounter? Exploring role behavior and its impact on patient–physician interaction. Health Policy, 105: 154-164.
- Bulduklu, Yasin (2015). Hastalarla İletişim. Konya: Çizgi Kitabevi. Okay, Ayla (2009). Sağlık İletişimi. İstanbul: Farmaskop/MediaCat. Desmond, J. & L. Copeland (2010). Günümüz Hastasıyla İletişim. D. Yamaç, E. Tekin (Çev.), Ankara: Eflatun.
- Burgener, A. M. (2020). “Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction.” The health care manager, 39(3), 128-132.

- Çaka, S.Y, Topal, S., Suzan, Ö.K, Çınar, N., Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm*; 3(4), 198-203.
- Çapık, C. (2006). *Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Çapık, C. (2006). *Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi,
- Çelik, F. (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Çelik, F. (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma*. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Chang, C. W., Tseng, T. H., & Woodside, A. G. (2013). “Configural algorithms of patient satisfaction, participation in diagnostics, and treatment decisions’ influences on hospital loyalty.” *Journal of Services Marketing*. *Journal of Services Marketing*, 27(2), 91–103.
- Çiftçi D., Çalışan Çocuk ve Ruh Sağlığı [http: //ayrintidergi.com.tr/calisan-cocuk-ve-ruh-sagligi/](http://ayrintidergi.com.tr/calisan-cocuk-ve-ruh-sagligi/) Tem 14, 2014 erişim tarihi: 05.12.2017
- Çiftçi Kırac F. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısının hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu üzerine etkisi. Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021.
- Çobanoğlu N. Hasta yönetimi ve hekim-hasta ilişkisinde özerklik sorunu (Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.
- Collins S. *Effective Communication A Workbook for Social Care Workers*. Jessica Kingsley Publishers, London; 2009.
- Demirhan A. Doktor-hasta ilişkilerinin sosyal ve psikolojik yönleri ve medikal deontoloji açısından önemi. *Tıp Dünyası Dergisi*, 11: 229-237, 1980.
- Desmond, J. ve Copeland, L. R. (2010). *Günümüz Hastasıyla İletişim*, Çev. D. Yamaç ve E. Tekin (1. Basım). Ankara: Efil Yayınevi.
- Dirican, Rahmi .(1990). *Toplum hekimliği (halk sağlığı) dersleri*, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physicianpatient relationship. *JAMA* 1992; 267(16): 2221-6.
- Erdem, R. ve Günlü, E. (2006). “İletişim Eğilimlerinin Yüksek Bağlam-Düşük Bağlam Ayırımı ile İncelenmesi: Hastane Çalışanları Örneği”. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(2), s. 177-195.
- Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. *Tıp etiği ışığında hasta-hekim hakları*, Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 2000.

- Erdemir AD. Hekim-hasta ilişkileri ve etik sorunlar. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. 130-48.
- Eren, N. (1996), Çağlar boyunca toplum, sağlık ve insan, Ankara: Feryal Matbaası.
- Faktörlerin İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2020.
- Fatima, T., Malik, S. A., & Shabbir, A. (2018). "Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty." *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(6), 1195-1214.
- Filiz, E., (2015). Sağlık Okuryazarlığının Gebelik Ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. (Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Fong, J., Anat, S., (2010). Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10: 38-43.
- Franceschi, D. (2018). Physician-patient communication: An integrated multimodal approach for teaching medical English. *System*, 77: 91-102.
- Friedman, C.F., Wolchok, J.D., (2016). Patient-physician communication in the 21st century. *Trends in Immunology*, 37(6): 347-349.
- Gezergin A, Şahin B, Tengilimoğlu D ve Demir C. (2006). Hastaların Bakış Açısıyla Hekim Hasta İlişkisi ve İletişimi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1: 129-146.
- Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M (2001). Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4): 233–238. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.55.4.233>.
- Goldberg, P., Guéguen, A., Schmaus, A., Nakache, J.P., Goldberg, M., (2001). Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *J Epidemiol Community Health*, 55(4): 233–8.
- Gordon, Thomas ve Edwards, W. Sterling (2014). Hasta ve Doktor İletişimi. Çev. O. Aytolu. İstanbul: Profil Yayıncılık.
- Gür G, Sunal N. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, *Henoch – Schoenlein Purpurası*, 6(2), 209-19, 2019.
- Habiba, M.A., (2000). Examining consent within the patient-doctor relationship. *J Med Ethics*, 26(3): 183-7.
- Hall JA, Gulbrandsen P, Dahl, FA. Physician gender, physician patient-centered behavior, and patient satisfaction: A study in three practice settings within a hospital. *Patient Education and Counseling*. 2014; 95(3): 313-318.
- Hall, E. T. (1978). "Human Needs for Autonomy and Dependence in Technological Environments: Review and Commentary", *Communication Yearbook II*, Ed. B. R. Rubin, New Brunswick & NJ: Transaction Press, s. 23-28

- Hall, J. A., D. L. Roter, & C. S. Rand. (1981). Communication of Affect Between Patient and Physician. *Journal of Health and Social Behavior*. 18-30.
- Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Med Educ* 2001; 35(3): 206-10.
- Illich, I.(1995). *Sağlığın gaspı (Medikal Nemesis)*, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- İşler, A. O. (2019) 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi
- İşnas, C.(1998). Doktor hasta ilişkisi: ankarada numune hastanesi ortopedi kliniklerinde yatan hastaların değerlendirilmeleri (H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara
- Karsavuran, Seda, Kaya, Sıdıka ve Akturan, Saadet (2011). "HastaHekim İletişiminde Güven: Bir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde Bir Araştırma." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14 (2): 185-212.
- Kasapoğlu, Saliha, Aysan, Mine ve Erdil, Ömer Faruk (2015). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Hastane Fiziki Koşullarına Bağlı Olarak İncelenmesi". *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı*, 5. Ulusal Kongresi. 24-25 Ekim 2015. Ankara.
- Kavuncubaşı, Ş ve S. Yıldırım (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Koch E, Turgut T. Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: bir bakış. *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15(1): 64-9.
- Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCEs 2006-483. National Center for education statistics. 2006.
- Lazaro J. Doctors' status: changes in the past millenium. *Lancet* 2000; 354: 17.
- Lee JA, Park JH, Kim M. Social and physical environments and self-rated health in urban and rural communities in Korea. *International journal of environmental research and public health*, 2015;12(11), 14329-14341.
- Maly RC, Leake B, Silliman RA. Breast cancer treatment in older women: Impact of the patient-physician interaction. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52(7): 1138-1145.
- Mast, M.S., Kadji, K.K., (2018). How female and male physicians' communication is perceived differently. *Patient Education and Counseling*, 101(9): 1697-1701.
- Mast, M.S., (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3): 315-318.

- McFarland, D. C., Johnson Shen, M., & Holcombe, R. F. (2017). "Predictors of satisfaction with doctor and nurse communication: A national study." *Health communication*, 32(10), 1217-1224.
- Mello M, Studdert D, DesRoches C, Peugh J, Zapert K, Brennan T, Sage W. Caring for patients in a malpractice crisis: physician satisfaction and quality of care. *Health Affairs*. 2004; 23(4): 42-53.
- Mello M, Studdert D, DesRoches C, Peugh J, Zapert K, Brennan T, Sage W. Caring for patients in a malpractice crisis: physician satisfaction and quality of care. *Health Affairs*. 2004; 23(4): 42-53.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3): 259-67.
- Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. *Tıbbi Etik* 1995; 3(2-3): 59-65.
- Örs Y. Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi. *Tıp Dünyası* 1975; 48(6): 224-30.
- Parker RM, Baker DW, Williams M V., Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10): 537-41.
- Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10): 537-41.
- Press, I., *Patient Satisfaction: Defining, Measuring, And Improving the Experience of Care*. Chicago: Health Administration Pres, 2002
- Ramli, A. H. (2019). "Patient satisfaction, hospital image and patient loyalty in West Sulawesi Province." *Business and Entrepreneurial Review*, 17(1), 1-14.
- Saha S, Arbelaez J, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(10): 1713-1719.
- Şahin M, Eğri M. Malatya ili Yeşilyurt ilçesinde halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim* 1998; 13(4): 300-309.
- Şahin M. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 2019; 6(10): 117-135.
- Şahin Ü, Şahin SY, Bekem S. Hastane işletmeciliğinde kalite. Hasta tatmini ve iş gören tatmini paradigması. 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, ss 358-65, 28-29 Eylül 2000, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Şahin, B., "Algılanan Sağlık Statüsünün Ölçüm Yoluyla Tıbbi Müdahalelerin Değerlendirilmesi", *Toplum ve Hekim*, 12;8, (1997), 14-22.
- Şeker, S. Canbay, F. Ç. Cesur, C. ve Firouz, N., 2021. *Beden Algısının Gebelikte Kilo Alımı Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Analitik Kesitsel Araştırma*. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(1), 206-218.

- Şenol V., (2006), Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İlişkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
- Shin DW, Roter DL, Roh YK, Hahm SK, Cho B, Park H. Physician gender and patient centered communication: The moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. *Patient Education and Counseling*. 2015; 98(1): 55-60.
- Simorangkir, R. M., Thomson, T., & Hadi, A. J. (2021). "Relationship on Nursing Performance of Patient Satisfaction in Installation of Hospital in General Hospital Deli Serdang Region." *Journal of Asian Multicultural Research for Medical and Health Science Study*, 2(2), 33-44.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Pub Health*, 25(6): 1053–8. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1): 1–13.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 13, 948. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>.
- Street, L. Richard (2003). "Communication in Medical Encounters: An Ecological Perspective". *Handbook of Health Communication*. Ed. Thompson Teresa L., Dorsey Alicia M., Miller Katherine I., ve Parrott, Roxanne.
- Swain, S., & Singh, R. K. (2021). "Measuring the impact of perceived service quality on insured and uninsured patients' satisfaction. *Measuring Business Excellence*." *Measuring Business Excellence*. DOI 10.1108/MBE06-2020-0095
- Tatar M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı
- Tatar, N., "Sağlığın Ölçülmesi", *Toplum ve Hekim* 12: 78,(1997), 54-60
- Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11: 3
- Uludağ, A. (2011). Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6): 514-22.
- Wu, Y. Zhang, C. Liu, H. Duan, C. Li, C. Fan, J. ve Huang, H. F., 2020. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(2), 240.

Yağbasan M., Çakar F., (2005). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı: 15, Doktor Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Elazığ.

Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi Ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D.S., (2005). Understanding health literacy: An expanded model. Health Promotion International. 20(2): 195–203.



EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ: 05.09.2022
TOPLANTI SAYISI: 2022-14

KARAR NO: 2022-14-23: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı 201427060 numaralı Mustafa SÜYÜR' ün "Hekim-Hasta Arasındaki İletişimin Hasta Bağlılığı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: İstanbul İl Örneği" konulu çalışması hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, İGÜ Etik Kurulumuzun 28.07.2022 tarih ve 2022-12 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

EK-2 ANKET FORMU

ANKET

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, "Hekim-Hasta Arasındaki İletişimin Hasta Bağlılığı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: İstanbul İl Örneği" ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Çalışma tamamen bilimsel amaçlı hazırlanmış olup, hekim ile hasta iletişiminin hastanın hekime veya hastaneye sadakatini etkileyip etkilemediğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Araştırma için sizden yaklaşık 10 dakika ayırmanızı rica ediyoruz. Araştırma sizinle birlikte yaklaşık 400 kişinin katılması planlanmıştır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle cevaplamanızdır. Bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Mustafa SÜYÜR

Dr. Öğr. Üyesi Turgay KARALINÇ

Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman

Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

Medeni Durumunuz : () Bekar () Evli

Yaşınız :

Hanenin Aylık Ortalama Geliri :

Eğitim Durumunuz : () Ortaokul ve Altı () Lise () Önlisans
() Lisans () Yüksek lisans () Doktora

Mesleğiniz:

En son hizmet aldığımız hekimin cinsiyeti : () Kadın () Erkek

En son hangi hastalık şikayeti ile hekime başvurduunuz :

Hastaneye ne sıklıkla gidiyorsunuz? : () Hemen Hemen Her Gün Haftada Defa
Ayda Defa YıldaDefa

En son hizmet aldığımız hastane; () Ulaşımın kolay olması
() Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi () Evime yakın olması
() Özel Avcılar Hospital Hastanesi () Eş-dost tavsiyesi
() Özel Avcılar Medicana Hastanesi () Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması
() Avcılar Candan Hastanesi () Hastane personelinin nezaketi
() Özel Beylikdüzü Kolan Hastanesi () Hastane personelinin tanıyıp tanımayması
() Özel Medicana International İstanbul Hastanesi () Doktorumun o hastanede çalışması
() Beylikdüzü Devlet Hastanesi () Hastaneye duyduğum güven
() Medilife Beylikdüzü Hastanesi () Hastanede çalışan doktorların daha ilgili olması
Bu hastaneyi tercih sebebiniz (Birden fazla seçenek seçilebilir.) () Diğer:

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sayı	Hekim-Hasta iletişimi					
1	Doktora söylemem gereken şeyleri açıkça söylemeye dikkat ederim.	1	2	3	4	5
2	Doktora hangi soruları soracağımı bilirim.	1	2	3	4	5
3	Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var.	1	2	3	4	5
4	En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim.	1	2	3	4	5
5	Görüşmelerimin çoğunluğunu doktorla yaparım.	1	2	3	4	5
6	En önemli sağlık sorunumu ciddi bir şekilde ele alan bir doktorum var.	1	2	3	4	5
7	Doktorumun söylediklerini anlarım.	1	2	3	4	5
8	En önemli sağlık sorunum hakkında bir şeyler yapabilen bir doktorum var.	1	2	3	4	5
9	Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim.	1	2	3	4	5
10	Doktorun söylediklerini anlamadığım zaman daha fazla bilgi vermesini isterim.	1	2	3	4	5
	Kontrol Merkezi	1	2	3	4	5
11	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
12	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
13	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
14	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
15	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	1	2	3	4	5
	Öz Farkındalık					
16	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
17	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
18	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
	Kesinlik					

19	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
20	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
21	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
22	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5
	Sağlığın Önemi					
23	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
24	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
25	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5

Anket bitmiştir. Varsa belirtmek istediğiniz lütfen yazınız. Katılımınız için Teşekkür ederiz.

EK- 3 SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

	SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sayı	Kontrol Merkezi					
1	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
2	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
3	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
4	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
5	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	1	2	3	4	5
	Öz Farkındalık					
6	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
7	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
8	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
	Kesinlik					
9	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
10	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
11	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
12	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5
	Sağlığın Önemi					
13	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
14	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
15	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5

EK- 4 HASTA-HEKİM ETKİLEŞİMLERİNDE ALGILANAN ETKİNLİK ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hekim-Hasta iletişimi					
Doktora söylemem gereken şeyleri açıkça söylemeye dikkat ederim.					
Doktora hangi soruları soracağımı bilirim.					
Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var.					
En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim.					
Görüşmelerimin çoğunluğunu doktorla yaparım.					
En önemli sağlık sorunumu ciddi bir şekilde ele alan bir doktorum var.					
Doktorumun söylediklerini anlarım.					
En önemli sağlık sorunum hakkında bir şeyler yapabilen bir doktorum var.					
Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim.					
Doktorun söylediklerini anlamadığım zaman daha fazla bilgi vermesini isterim.					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : SÜYÜR, Mustafa

Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Lisans	İstanbul Üniversitesi- Acil Yardım ve Afet Yönetimi	2019
Önlisans	İstanbul Gelişim Üniversitesi- Diş Protez Teknolojisi	2015
Lise	Beyoğlu Fındıklı Lisesi	2012

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015	İstanbul Gelişim Üniversitesi	Diş Protez Teknolojisi Laboratuvar Sorumlusu
2019	İstanbul Gelişim Üniversitesi	Öğretim Görevlisi

Yabancı Dil

Orta Seviye

Yayımlar

Hobiler