

T.C.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLERDEKİ ARAŞTIRMA  
GÖREVLİLERİNİN ETKİLİ İLETİŞİM BECERİLERİ  
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Fazilet KARAPINAR YORGANCIOĞLU**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Hüseyin CAN**

**Manisa, 2025**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Fazilet KARAPINAR YORGANCIOĞLU

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi, deneyimi ve akademik rehberliğiyle yolumu aydınlatan; nezaketi, anlayışı ve desteğiyle her zaman yanımda olan, öğrencisi olmaktan daima mutluluk ve onur duyacağım saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Hüseyin CAN'a

Eğitim sürecimin her aşamasında bilgi ve tecrübelerinden faydalanmaktan kıvanç duyduğum, tez sürecimde de kıymetli destekleriyle yanımda olan sevgili hocalarım, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Fatih ÖZCAN' a ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyemiz Sayın Doç. Dr. Hüseyin ELBİ' ye

Kliniğimizde ve rotasyonlarımda birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm doktor arkadaşlarıma; çalışma hayatının zorluklarını dayanışmayla hafifleten, dostluklarıyla her daim yanımda olmalarından onur duyacağım Ece Kürklü Topçu'ya, Şeyma Ünüvar'a ve Alişan RATAZ'a

Hayatım boyunca koşulsuz sevgi ve destekleriyle varlıklarını kalbimde sıcacık hissettiğim biricik annem Dudu KARAPINAR'a ve canım babam Mehmet Emin KARAPINAR'a

Her daim arkamda durduklarını bilmenin huzurunu yaşatan, cesaret kaynağım sevgili ablam Nur HANCIOĞLU'na ve abim Hüseyin KARAPINAR'a; bana çocukluk günlerimin saf mutluluğunu ve neşesini anımsatan biricik yeğenlerim ve oyun arkadaşlarım Begüm'e, Zehra'ya ve Yasin'e

Bugün olduğum kişi olmamda gösterdiği eşsiz özverisi, karşılaştığım her güçlükte bana cesaret aşılayan desteği ve varlığıyla bana kim olduğumu hatırlatan güzel sevgisi için eşim Harun YORGANCIOĞLU'na

Bana ilk kez bir canlının annesi olabileceğim hissini yaşatan güzel oğlum Gofrik'e ve tez yazma sürecimde bize veda eden fakat varlığını kalbimde hep hissedeceğim canım teyzem Nuray KIZILDEMİR'e

Tüm içtenliğimle ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

**Dr. Fazilet KARAPINAR YORGANCIOĞLU**

## KISALTMALAR

**HP-CSS-TR:** Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği – Türkçe Versiyonu  
(Health Professionals Communication Skill Scale-TR)

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**GOC:** Goals of Care

**LISTEN:** Listening, Interpersonal interaction, Somatic/Sensory, Perception, Thinking/Cognition, Emotion, Normal/Recovery

**SOFTEN:** Smile, Open posture, Forward lean, Touch, Eye contact, Nod

**NURSE:** Name the emotion, Understand the emotion, Respect the patient, Support the patient, Explore the emotion

**GAYE-TÖRS:** Göz teması kurmak, Açık uçlu sorular sormak, Yavaş ve anlaşılır konuşmak, Empati kurmak, Teşvik etmek, Özetlemek, Ruh haline dikkat etmek, Sözlü ve sözsüz uyum sağlamak

**SPIKES:** Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary

**BIHC:** Bayer Institute for Health Care

**SEGUE:** Set the stage, Elicit information, Give information, Understand the patient's perspective, End the encounter

**MCBÜ:** Manisa Celal Bayar Üniversitesi

# İÇİNDEKİLER

BEYAN .....	I
ÖNSÖZ.....	II
KISALTMALAR.....	III
İÇİNDEKİLER .....	IV
TABLO DİZİNİ .....	VI
ŞEKİL DİZİNİ.....	IX
1. ÖZET.....	1
1. ABSTRACT .....	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
4. GENEL BİLGİLER .....	7
4.1. İletişim .....	7
4.1.1. Tıbbi İletişim.....	7
4.2. Hasta-Hekim İletişimi .....	9
4.2.1. İletişim Becerileri .....	10
4.2.2. Hasta-Hekim İletişimde Etkinlik Ve Empatiyi Güçlendiren Yaklaşımlar.....	12
4.2.3. İletişim Engelleri.....	14
4.2.4. Zor Hasta İle İletişim .....	15
4.2.4.1. Kötü Haber Verme .....	17
4.2.5. Tıp Eğitimi ve İletişim .....	18
4.3. Klinik Görüşmelerde İletişim Modelleri .....	20
4.3.1. E4 Modeli .....	23
4.3.2. Üç İşlev Modeli .....	24
4.3.3. Calgary-Cambrige Gözlem Rehberi .....	24
4.3.4. Hasta Merkezli Klinik Yöntem.....	24
4.3.5. Segue Çerçevesi.....	25
4.3.6. Kalamazoo Uzlaşma Beyanı.....	26
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	28
5.1. Araştırmanın Türü .....	28
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer .....	28
5.2.1. Araştırmanın Yeri .....	28
5.2.2. Araştırmanın Zamanı .....	28
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
5.4. Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri.....	29
5.5. Araştırmanın Dışlama Kriterleri.....	29
5.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	29
5.7. Araştırmanın Veri Analizi .....	30
5.8. Araştırmanın Etik Kurul İzni.....	31

<b>6. BULGULAR</b> .....	<b>32</b>
<b>7. TARTIŞMA</b> .....	<b>56</b>
<b>8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER</b> .....	<b>65</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b> .....	<b>67</b>
<b>10. EKLER</b> .....	<b>74</b>



## TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların Branşlara Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 3: Katılımcıların Mesleki Deneyimleri

Tablo 4: Katılımcıların Çalışma Koşulları

Tablo 5: Katılımcıların Branşa Göre Çalışma Koşullarının Karşılaştırılması

Tablo 6: Katılımcıların Branşa Göre Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 7: Katılımcıların HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Tablo 8: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 9: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Yaş Gruplarına Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 10: Katılımcıların Cinsiyete Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 11: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Cinsiyete Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 12: Katılımcıların Medeni Duruma Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 13: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Medeni Duruma Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 14: Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 15: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 16: Katılımcıların Gelir-Gider Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 17: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Gelir-Gider Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 18: Katılımcıların Sigara Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 19: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 20: Katılımcıların Alkol Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 21: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Alkol Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 22: Katılımcıların Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 23: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 24: Kadın Katılımcıların Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 25: Dahili ve Cerrahi Branştaki Kadın Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 26: Erkek Katılımcıların Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 27: Dahili ve Cerrahi Branştaki Erkek Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 28: Katılımcıların Branşa Göre İletişim Eğitimi Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 29: Katılımcıların İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre İletişim Becerisini Yeterli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 30: Katılımcıların Branşa Göre İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre İletişim Becerisini Yeterli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 31: Katılımcıların İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 32: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 33: Katılımcıların Branşa Göre Zor Hasta veya Hasta Yakını ile Karşılaşma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 34: Katılımcıların Zor Hasta ile Karşılaşma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 35: Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Zor Hasta ile Karşılaşma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 36: Katılımcıların Branşa Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 37: Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 38: Katılımcıların Branşa Göre Şiddete Maruz Kalma Durumu ve HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 39: Mesleki Deneyim Süresi ile HP-CSS-TR Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 40: Dahili Branştaki Araştırma Görevlilerinin Mesleki Deneyim Süresi ile HP-CSS-TR Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 41: Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Mesleki Deneyim Süresi ile HP-CSS-TR Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 42: Katılımcıların Nöbet Sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 43: Dahili Branştaki Araştırma Görevlilerinin Nöbet Sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 44: Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Nöbet Sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Katılımcıların Branşlara Göre Mesleki Deneyimlerinin Karşılaştırılması

Şekil 2: Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları

Şekil 3: Katılımcıların Branşa Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Şekil 4: Katılımcıların Çocuk Sayılarının Dağılımı

Şekil 5: Katılımcıların İletişim Eğitimi Alma Durumu

Şekil 6: Katılımcıların Zor Hasta veya Hasta Yakını ile Karşılaşma Durumları

Şekil 7: Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları



## 1. ÖZET

### **Dahili ve Cerrahi Bilimlerdeki Araştırma Görevlilerinin Etkili İletişim Becerileri Açısından Karşılaştırılması**

**Amaç:** Bu araştırma, dahili ve cerrahi bilimlerde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin etkili iletişim becerilerini alt boyutlarıyla birlikte değerlendirmek ve bu becerilerin cinsiyet, mesleki deneyim, nöbet sıklığı, ebeveynlik durumu, iletişim eğitimi alma geçmişi ve klinik stresörlerle olan ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı türde tasarlanmış olup, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde görev yapan toplam 259 araştırma görevlisi hekimle yürütülmüştür. Araştırma verileri, Ekim 2023–Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamak amacıyla uygulanan anket formu iki bölümden oluşmuştur: ilk bölümde 17 sorudan oluşan sosyodemografik bilgi formu, ikinci bölümde ise Sağlık Profesyonellerine Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği – Türkçe Versiyonu (HP-CSS-TR) yer almıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS 27.0 programında analiz edilmiş; Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-kare ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Dahili ve cerrahi branşlar arasında toplam iletişim becerisi puanlarında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, empati ve sosyal beceri alt boyutlarında branşlara özgü anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Kadın hekimlerin empati skorları erkeklere göre daha yüksek bulunurken, bu farkın cinsiyet dağılımından bağımsız olarak dahili branşlarda da korunması, empati düzeyinin branş dinamikleriyle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. İletişim eğitimi alan katılımcıların empati ve saygı puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, çocuk sahibi olmak sosyal beceri skorlarını artırırken; nöbet sıklığının empati üzerinde olumsuz etkisi gözlenmiştir. Zor hasta etkileşimleri ve fiziksel şiddet maruziyeti gibi stresörlerin bazı alt boyutları olumsuz etkileyebildiği, ancak iletişim becerilerinin tümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Elde edilen bulgular, iletişim becerilerinin yalnızca bireysel ya da eğitsel faktörlerle değil; aynı zamanda klinik bağlam, çalışma koşulları, branşın uygulama özellikleri ve mesleki stresörlerle birlikte şekillendiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, iletişim becerilerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için uzmanlık eğitimi sürecinde çok boyutlu, yapılandırılmış ve bağlama duyarlı müdahale programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İletişim Becerileri, Uzmanlık Eğitimi, Dahili Bilimler, Cerrahi Bilimler.



## 2. ABSTRACT

### **A Comparison of Effective Communication Skills of Resident Physicians in Internal and Surgical Medical Disciplines**

**Objective:** This study aimed to evaluate the effective communication skills of resident physicians working in internal and surgical medical sciences, along with the subdimensions of these skills, and to examine their relationship with gender, professional experience, on-call frequency, parental status, communication training history, and clinical stressors.

**Materials and Methods:** Designed as a cross-sectional and descriptive study, the research was conducted with 259 resident physicians working at Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine Hafsa Sultan Hospital. Data were collected between October and December 2023 using a two-part questionnaire: the first part consisted of 17 sociodemographic questions, and the second part included the Turkish version of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS-TR). Data were analyzed using IBM SPSS 27.0 with Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Chi-square, and Spearman correlation tests. A significance level of  $p < 0.05$  was accepted.

**Results:** No statistically significant difference was found between the internal and surgical branches in total communication scores; however, significant differences were observed in the empathy and social skills subdimensions. Female physicians scored significantly higher in empathy than their male colleagues. Although gender distribution was similar across specialties, this difference persisted within the internal medicine group, suggesting that empathy levels may be influenced not only by gender but also by the specific clinical dynamics of the specialty. Participants who had received communication training had significantly higher empathy and respect scores. Parental status positively affected social skills, while more frequent on-call shifts were associated with decreased empathy. Although stressors such as difficult patient interactions and exposure to physical violence negatively impacted certain subdimensions, no statistically significant differences were observed across overall communication skills.

**Conclusion:** The findings suggest that communication skills are shaped not only by individual and educational factors but also by the nature of clinical practice, workload, and contextual dynamics of medical specialties. Therefore, it is recommended that residency training programs incorporate structured, multidimensional, and context-sensitive interventions to promote the development and sustainability of effective communication skills.

**Keywords:** Communication Skills, Specialty Training, Internal Medical Disciplines, Surgical Disciplines



### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi uygulamaların temelinde hasta ve hekim arasında kurulan ilişki yer alır ve bu bağ karşılıklı güven, saygı ve destek ile şekillenir. Bu çok yönlü dinamik ilişki kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik birçok unsurdan etkilenir. Hekim farklı ilişki dinamiklerinin etkili olduğu bir ortamda çalışmakta ve bu da hasta-hekim ilişkisinin sağlıklı bir zeminde sürdürülmesi için hekime önemli sorumluluklar sunmaktadır.

Hasta-hekim iletişimi, sözlü ve sözsüz etkileşimlerin bir bütün olarak ele alındığı ve hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturan bir süreçtir. Bu iletişimdeki iyileşmeler, yalnızca daha yüksek kalitede hasta bakımı sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda hastaların hastalıklarını anlamalarına ve tedaviye uyum sağlamalarına da önemli ölçüde katkıda bulunur. Bunun yanı sıra iletişim stratejileri hakkında bilgi sahibi olmak hekimler üzerindeki stresi azaltabilir çünkü kötü haber vermek, hastaların duygularıyla başa çıkmak ve özellikle bilgilendirilmiş onam konularında veya tıbbi bilginin son derece karmaşık olduğu durumlarda karar verme sürecini paylaşmak hekimler tarafından iletişim zorlukları olarak kabul edilmektedir (1). Etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi, bu zorlukların üstesinden gelmek için kritik bir role sahiptir. Toplum ve hastalar, hekimlerin etkili iletişim becerilere sahip olmalarını bekler; ancak, gerçek şu ki etkili iletişim kurmak çoğu zaman sanıldığından daha zordur ve bu alanda verilen eğitim hâlâ gelişim sürecindedir (2).

Literatürde, hasta-hekim iletişimi üzerine özellikle palyatif bakım ve kanser hastaları gibi kronik hastalık gruplarında kapsamlı çalışmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar, etkili iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti, tedavi uyumu ve hastaların yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ancak, hekimlerin farklı uzmanlık alanları bağlamında iletişim becerilerinin kıyaslamalı olarak değerlendirildiği çalışmalar sınırlı sayıdadır. Dahili bilimler ve cerrahi bilimler, hasta popülasyonları ve klinik uygulama alanları bakımından farklı dinamiklere sahip olduğundan, bu alanlarda görev yapan hekimlerin iletişim becerilerinin karşılaştırılması önemli bir araştırma boşluğunun doldurulması için ilk adım olabilir. Bu doğrultuda, dahili ve cerrahi bilimlerde görev yapan hekimlerin iletişim becerileri açısından karşılaştırılması, bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu tür bir yaklaşım, hekimlerin uzmanlık alanlarına özgü iletişim

dinamiklerini anlamaya katkı sağlayarak, hasta bakım kalitesinin artırılmasına yönelik daha spesifik stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilir.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. İLETİŞİM

İletişim, bilgi paylaşımı veya fikir alışverişini kapsayan, gönderen ve alıcı arasında gerçekleşen bir süreçtir. İletişim becerileri ise, "bilgiyi etkili ve verimli bir şekilde başkalarına aktarabilme yeteneği" olarak tanımlanır. Bu beceriler, bireyin diğer kişilerle etkileşiminde kullandığı sözlü ve sözsüz iletişim unsurlarını kapsar. Söz konusu unsurlar arasında ses tonu, jest ve mimikler, yüz ifadeleri ile beden dili gibi çeşitli araçlar yer almaktadır (3, 4).

İletişim, sağlık hizmetlerinde kişiler arası her görüşmenin merkezi bir parçasıdır. Araştırmalar, etkili iletişimin hasta memnuniyeti, tedaviye uyum ve tıbbi sonuçlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, öğrencilere ve sağlık profesyonellerine hastalarla ve meslektaşlarıyla etkili iletişim kurmayı öğretmenin gerekliliği yaygın bir şekilde benimsenmiştir (5).

Hastalarla etkili iletişim kavramı modern bir yenilik değil; tıbbın kendisi kadar eski bir olgudur. Genellikle tıbbın babası olarak anılan Hipokrat, iletişimin iyileştirme sürecindeki önemine vurgu yapmıştır. Ünlü bir sözünde şöyle demiştir: “Hasta, durumunun ciddiyetinin bilincinde olsa bile, yalnızca hekimin iyiliğinden duyduğu memnuniyet sayesinde sağlığına kavuşabilir”. Bu derin gözlem, doktor-hasta ilişkisinde gizli olan potansiyel terapötik gücü vurgulamaktadır. Bu sebeple iyi iletişim becerileri, tüm tıbbi bilgi ve klinik becerilerin yanında doktor eğitiminin temel bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir (5, 6). İletişim ve kişilerarası beceriler, Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) tarafından tanımlanan, eğitim gören hekimlerin yetkinlik sergilemesi gereken altı temel yeterlilik alanından biridir (7). Aynı zamanda Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’na göre 8 temel yetkinlikten biri hekimin “iletişimci” rolüdür (8).

#### 4.1.1. TIBBİ İLETİŞİM

Tıbbi iletişim, sağlık profesyonelleri (doktorlar, hemşireler, ebeler, vb.) ile hastalar (ve onların yakınları) arasında gerçekleşen bir etkileşimdir ve aynı

zamanda sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimi (tıbbi ekiplerdeki meslekler arası iletişim) de kapsar (9). Bu etkileşim, bir tedavi veya profilaksi sürecinin parçası olarak sağlık hizmeti ilişkisi çerçevesinde gerçekleşir (10). Çoğu zaman yüz yüze gerçekleşen bu etkileşim, çeşitli uzak iletişim araçlarıyla da sağlanabilir. Tıbbi iletişimin temel amacı, en iyi sağlık hizmetini sunmaktır. Bu sürecin etkinliği, iletişim yeterliliklerine bağlıdır. İletişim yeterlilikleri, uygun bilgi, beceriler ve tutumları içerir ve bunlar hem sağlık personeli ile hasta (ve yakınları) arasında hem de tıbbi ekip üyeleri arasında anlayış geliştirilmesine katkı sağlar (11-13).

Tıbbi iletişim süreci, genel iletişim yeterlilikleriyle sıkı bir şekilde bağlantılıdır. İletişim sürecinin farklı aşamalarında kullanılan bu yeterlilikler şunları içerir:

- Hasta ile ilişki kurmak için gereken iletişim becerileri
- Doktor ile hasta arasındaki ilişkiyi etkileyen sözlü ve sözsüz iletişim
- Telemedikal iletişim becerileri
- İletişimi geliştirmek için aktif ve dikkatli dinleme yöntemleri
- Empati ve bilişsel empati (klinik empati dahil) ve bunların tıbbi iletişimdeki önemi
- İletişim engellerini aşma
- İletişimde kendine güven (14).

Sağlık profesyonellerinin bu iletişim becerilerini etkili bir şekilde kullanabilmesi, temel klinik becerilerin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir. İletişim, yalnızca hekimlerin değil, tüm sağlık profesyonellerinin tedavi sürecinin her aşamasında ihtiyaç duyduğu vazgeçilmez bir araçtır (15, 16). Hastalarla doğru ve güvene dayalı bir ilişki kurmaktan, doğru tanı koymaya ve hastaya uygulanan tedavinin etkinliğini artırmaya kadar birçok kritik süreç, güçlü iletişim becerilerinin varlığına bağlıdır (17, 18). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin iletişim konusundaki yetkinliklerini geliştirmesi hem hasta memnuniyetini hem de tedavi sonuçlarını doğrudan etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

## 4.2. HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ

Doktor olmak sadece tıbbi hizmet sunmakla ilgili değildir. Daha önemlisi, bir başkasıyla güven, saygı içinde ve hiçbir teknolojinin yerini alamayacağı özel bir ilişki kurma ayrıcalığına sahip olmaktır (14).

Geçmişten günümüze hasta hekim ilişkileri önemli değişimler göstermiş olup, 20. yüzyıla kadar hekim daha aktifken, günümüzde hasta da hekim kadar etkin bir rol oynar hale gelmiştir. Bu değişim, etkinlik-edilgenlik temeline dayalı paternalistik yaklaşımdan, rehberlik ve iş birliği odaklı yaklaşıma, ardından karşılıklı katılım esasına dayalı bir yaklaşıma dönüşüm şeklinde gerçekleşmiştir. Bu geniş kapsam içinde hekim, her üç ilişki türünün de aktif olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir (19). Aslında tüm bu gelişim günümüzde hasta-hekim iletişimde özellikle birinci basamakta tercih edilen hasta merkezli yaklaşımın temellerini oluşturmaktadır. Hasta merkezli bakım, temel olarak, hastanın ihtiyaçlarının yanı sıra endişeleri, beklentileri, fikirleri, duyguları ve değerlerinin karar verme sürecine rehberlik etmesi anlamına gelir. Hastalık odaklı biyomedikal bir yaklaşıma kıyasla, hasta odaklı bakım, hastanın tercihlerini, ihtiyaçlarını ve değerlerini dikkate alır, bunların tüm tıbbi kararları bilimsel kanıtlarla birlikte yönlendirmesini sağlar (20).

Hasta-hekim iletişimi, sözlü ve sözsüz ifade biçimlerinin kombinasyonundan oluşan aktif bir süreci tanımlar. Sözlü ve sözlü olmayan iletişim unsurları, hekim ile hasta arasındaki iletişim sürecinde hem birbirini destekleyici ve uyumlu bir şekilde çalışabilir hem de çatışma durumlarına yol açabilir. Etkili bir hasta-doktor iletişimi için bu iki unsurun dengeli ve doğru bir şekilde yönetilmesi kritik öneme sahiptir. Sözlü ve sözsüz iletişim unsurlarına ek olarak hasta-hekim ilişkisinin diğer temel unsurları, etkili soru sorma ve bilgi aktarımı (görev odaklı davranış), empati ve endişe ifadeleri (psikosoyal davranış) ve işbirliği içinde ortak karar verme süreçlerini içerir. Özetle ifade etmek gerekirse etkili iletişim, empatiyi ve uygun sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini gerektirir (21-23).

#### 4.2.1. İLETİŞİM BECERİLERİ

İyi iletişim becerileri, doktor eğitiminin bir parçasıdır. Doktor ile hasta arasındaki etkili iletişim, daha iyi tedavi uyumu, daha olumlu sağlık sonuçları, azalan dava süreçleri ve hem doktorlar hem de hastalar için daha yüksek memnuniyet sağlamaktadır (6, 23). Hastalar, doktorların destekleyici, yargılayıcı olmayan, empatik, açık ve dürüst olmalarını; hastalıklarının ayrıntıları, tedavi seçenekleri, ilaçların yan etkileri ve beklenen semptom rahatlaması hakkında bilgi vermelerini bekler. Aktif bir şekilde dinleyen, hastalarını açıklayıcı sorular sormaya teşvik eden, anlamayı kontrol eden ve hastalarının mahremiyetine ve rahatına değer veren doktorlar daha fazla takdir edilir. Ayrıca, beden dili, göz teması, yüz ifadesi, dokunuş, jestler ve kişilerarası mesafe gibi sözsüz iletişim unsurları, doktor ile hasta arasında bağ kurmada son derece önemlidir (24, 25).

Hasta merkezli bakım için de gereken iletişim becerileri arasında, özellikle erken dönemde açık uçlu sorularla hastanın gündemini ortaya çıkarmak; hastanın sözünü kesmemek ve odaklanmış aktif dinleme yapmak yer alır. Hastalar, yargılayıcı olmayan bir kabul atmosferinde kendilerini ifade edebilirler; bu, kapalı uçlu sorularla vermedikleri değerli tanısal bilgileri sunmalarını sağlar. Bu aşamada hekimin odaklanmış aktif dinlemesi kritik öneme sahiptir ve hasta konuşurken dikkat dağıtıcı aktivitelerden (örneğin, hastanın tıbbi kaydını incelemek) kaçınılmalıdır (26).

Yeni bir tanıyı açıklamadan önce, hastanın ön bilgisi ve istenen bilginin derinliğine ilişkin tercihleri değerlendirilmelidir. Tanı açıklandıktan sonra, hekimler hastanın duygusal tepkisini araştırmalıdır (26). Hastanın duygularını keşfetmek, hastalığın duygusal yükünü ve psikolojik etkisini değerlendirmek açısından önemlidir. İfade edilmeyen duygular, hastanın tıbbi bakımına duyduğu güveni engelleyebilir. Hekimler, hastanın duygularını uygun veya uygunsuz olarak yargılamamalı ve tıbbi görüşmenin erken aşamalarında aceleyle güvence sunmaktan kaçınılmalıdır. Benzer şekilde, endişeyi yeterince keşfetmeden normalleştirmek ("Birçok hastam bu durumu yaşıyor" veya "Bu oldukça yaygın bir tepki") hastanın duygularını engellemeye yönelik olarak algılanabilir. Hekimler, işlerinin "duygusal emek" içerdiğinin farkında olmalıdır. Kendi duygusal durumlarına bakılmaksızın, hekimler ilgilerini ve endişelerini sözlü olarak ve yüz ifadeleriyle göstermelidir (27, 28). Bu derin anlamlı eylemler (empatik anlayış) şeklinde ya da tam bilişsel katılım olmadan empatik ifadeler sergileme

şeklinde olabilir. Aksine duyarsız ve boş bir ifadeyle dinleyen hekimler, aslında hastanın duygularını ifade etme sürecini engellemiş olurlar.

Empati, hastanın hastalık deneyimini ve duygularını anlamak ve onlarla ilişki kurma kapasitesidir. Hekimler, empatiyi sözlü olarak ifade edebilecekleri gibi, saygılı bir sessizlikle, hastanın eline veya dizine dokunarak (kültürel olarak uygun olduğu durumlarda) ya da iç çekmek gibi sözsüz jestlerle de gösterebilirler. Bazı durumlarda, örneğin hasta ağlıyorsa, sözlü ifade yerine bir kutu peçete sunmak daha uygun olabilir (27).

İletişimde kelimeler %7, ses tonu ve vurgu gibi unsurlar %38, beden dili ise %55 oranında etkilidir. Beden dili ve sözlü ifadelerin uyum içinde olması, güven duygusunun oluşması için önemlidir. Beden dili, baş ve kol hareketleri (jestler), yüz ifadeleri (mimikler) gibi görsel ipuçlarının yanı sıra, kıyafet ve öz bakım gibi unsurları da kapsar. Ayrıca, kişinin kökeni ve kültürel kimliğine dair bilgiler sunabilir. Örneğin, gülümseme iletişime sıcaklık katar, göz teması ise samimiyeti güçlendirir ve karşı tarafın ciddiyetle dikkate alındığını gösterir. Bedenin yönü, bireyin ilgisinin odaklandığı noktayı ifade eder.

Nitekim hasta-hekim görüşmelerinde, bir hekimin göz teması, duruşu, ses tonu, baş sallamaları, jestleri ve postüral pozisyonu gibi önemli sözsüz işaretlerinin, hastanın tıbbi öyküsünü paylaşma düzeyini etkilediği gösterilmiştir (22). Bu sözsüz işaretler ile hasta memnuniyeti, hekimlerin iş yükü, malpraktis geçmişi, hastaların tıbbi bilgileri hatırlama düzeyi, randevulara uyum sağlama ve tedavi planlarını takip etme oranları arasında ilişkiler tespit edilmiştir (29, 30).

Hastane ortamında hekimlerle iletişimi ele alan birçok çalışmanın dahil edildiği bir sistematik incelemede, hastalar ve yakınlarının perspektifinden etkili iletişime katkıda bulunan 7 tema belirlenmiştir:

1. Açık ve dürüst bilgi paylaşımı. Ancak, bu açık ve dürüst iletişim kaygı, stres ve varoluşsal bozulmayı da tetikleyebilir.
2. Sağlık profesyonellerinin, hasta ve yakınlarının bilgiyi benimseme ve başa çıkma süreçlerine uyum sağlaması.
3. Empati.
4. Açık ve anlaşılır bir dil kullanımı.

5. Pozitif başa çıkma stratejilerine alan bırakılması.
6. Sorumluluk alan, bağlılık gösteren sağlık profesyonelleri.
7. Yakınların, bakım verici rolündeki öneminin tanınması.

#### **4.2.2. HASTA-HEKİM İLETİŞİMDE ETKİNLİK VE EMPATİYİ GÜÇLENDİREN YAKLAŞIMLAR**

Hasta-hekim iletişiminde etkili sözlü ve sözsüz becerilerin kullanımı, yalnızca hastaların memnuniyetini değil; aynı zamanda tedaviye uyumu, sağlık sonuçlarını ve hasta-hekim güven ilişkisini de doğrudan etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda iletişim becerilerini sistematik bir şekilde geliştirmek amacıyla çeşitli iletişim yaklaşımları önerilmiştir. Literatürde bu amaçla tanımlanmış bazı yöntemler, hem hekimlere yapılandırılmış bir iletişim çerçevesi sunmakta hem de hasta merkezli iletişim anlayışını desteklemektedir.

Etkin hasta görüşmelerini desteklemek üzerine geliştirilen **LISTEN** yaklaşımı, hasta ile çok boyutlu ve derin bir iletişim kurmayı amaçlar. Akronim açılımı şu şekildedir:

L (Listening): Hastayı dikkatle ve aktif bir şekilde dinlemek

I (Interpersonal Interaction): Kişilerarası etkileşimi güçlendirmek

S (Somatic/Sensory Perception): Hastanın somatik ve duyuşsal durumlarını değerlendirmek

T (Thinking/Cognition): Hastanın bilişsel işlevleri, düşünce süreçlerini ve sorun çözme becerilerini analiz etmek

E (Emotion): Duygular, uyum mekanizmaları ve psikososyal durumları anlamaya çalışmak

N (Normal/Recovery): Hastanın mevcut işlevlerini, kişisel güçlü yönlerini ve iyileşmeye katılımını desteklemek (31,32).

Bu yapı biyopsikososyal yaklaşımın iletişim pratiğine doğrudan yansımaları niteliğinde önem arz etmektedir.

Sözsüz iletişimi güçlendirmek amacıyla geliştirilen **SOFTEN** yaklaşımı hekimlerin hastaları ile sıcak, samimi ve empatik bir etkileşim kurmalarını sağlayan bir iletişim planı sunar. Akronim şu davranışları içerir:

S (Smile): Gülümseyerek sıcaklık ifade etmek

O (Open Posture): Açık ve ulaşılabilir bir beden dili sergilemek

F (Forward Lean): Hastaya doğru hafifçe eğilmek, ilgi göstermek

T (Touch): Uygun fiziksel bir temasla destekleyici bir yaklaşım sunmak

E (Eye Contact): Etkili göz teması ile ilgiyi ve anlayışı arttırmak

N (Nod): Baş ile hastayı onaylamak ve anlaşıldığını hissettirmek

SOFTEN yaklaşımı, hastanın hekime güven duymasını ve duygu paylaşımını kolaylaştırır (33).

NURSE tekniği, hastaların duygusal ifadelerine etkili bir şekilde yanıt verebilmek için geliştirilmiştir:

N (Name the emotion): Duyguyu isimlendirmek

U (Understand the emotion): Anlayışı ifade etmek

R (Respect the patient): Hastanın duygularını saygı göstermek

S (Support the patient): Destek sunmak

E (Explore the emotion): Duygularının kökenlerini keşfetmek

Bu teknik, hasta-hekim ilişkisinde empatik anlayışın geliştirilmesine ve duygusal desteğin güçlendirilmesine katkı sağlar (34).

Türkçe literatürde geliştirilen GAYE-TÖRS akronimi ise, iletişim sürecinde hem sözlü hem de sözsüz etkileşim unsurlarını dikkate alan bütüncül bir çerçeve sunar:

G (Göz teması kurmak)

A (Açık uçlu sorular sormak)

Y (Yavaş ve anlaşılır konuşmak)

E (Empati kurmak)

T (Teşvik etmek)

Ö (Özetlemek)

R (Ruh haline dikkat etmek)

S (Sözlü ve sözsüz uyum sağlamak)

Bu yaklaşım özellikle hasta merkezli görüşmelerde hasta güvenini arttırmaya ve bilgi paylaşımını desteklemeye yönelik pratik bir rehber niteliğindedir (35).

### 4.2.3. İLETİŞİM ENGELLERİ

İyi iletişimin önündeki hekim kaynaklı engeller arasında tıbbi terimlerin kullanımı, basit bir dille iletişim kurulmaması, kibir, doktor-hasta görüşmesine yeterli zaman ayrılmaması ve hastanın sorunlarını anlatırken sık sık kesintiye uğraması yer almaktadır (24). Ortalama olarak, hekimler açılış sorusunu sorduktan sonra hastayı 16 saniye içinde kesmektedir. Oysa hastaların kesilmeden konuşmasına izin vermek, onları yönlendirmekten sadece altı saniye daha uzun sürmüştür (36, 37). Ayrıca hekim kaynaklı iletişim engellerinin en önemli nedenlerden biri, iletişim becerileri konusundaki yetersiz bilgi ve eğitimden kaynaklanan içgörü eksikliğidir. Hekimlerin yoğun iş yükü, uzun mesai süreleri ve tükenmişlik düzeylerinin yüksekliği, mesleki tatminsizlikle birleşerek iletişim engellerini daha da artırmaktadır.

Hasta kaynaklı iletişim engellerinden en sık karşılaşılanı dil engelidir. Dil engeli, özellikle göçmenler ve bölgesel lehçeler kullanan hastalarla iletişimde belirgin bir sorun haline gelmektedir. Ek olarak, hastaların eğitim düzeyi, okuryazarlık düzeyleri ve sosyokültürel arka planları, doktor-hasta etkileşimini olumsuz etkileyebilmektedir. Örneğin, tıbbi terminolojiyi anlamakta zorluk çeken bir hasta, doktorun verdiği bilgilere uygun şekilde yanıt veremeyebilir veya talimatları tam olarak uygulamayabilir. Bu tür durumların önüne geçmek için, doktorların kapalı döngü iletişim (closed-loop communication, CLC) yöntemlerini kullanarak hastaların anlamalarını teyit etmeleri önem taşımaktadır. Kapalı döngü iletişimi, bir gönderici bilgi alışverişini başlattıktan sonra, alıcının bilgiyi tekrar etmesini gerektirir. Bu geri dönüş kontrolü, göndericinin alıcının dikkatini çektiğini ve bilginin doğru ve kesin olduğunu garanti eder (38).

İletişim engellerinin üstesinden gelmek için bütüncül ve yapılandırılmış yaklaşımlar gereklidir. Doktorların iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler, bu bağlamda kritik bir rol oynamaktadır.

#### 4.2.4. ZOR HASTA İLE İLETİŞİM

Klinik pratikte "zor hasta" terimi, yalnızca hastanın kişilik özelliklerine değil, aynı zamanda sağlık çalışanı ile hasta arasındaki etkileşimin niteliğine de bağlı bir kavramdır. Literatürde zor hastalar; yoğun duygusal tepkiler gösteren, aşırı taleplerde bulunan veya iş birliğini reddeden bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalarla karşılaşıldığında, iletişim süreçlerinde belirgin zorluklar ortaya çıkmakta ve etkili müdahale stratejileri gerekmektedir. İletişimde yaşanan zorluklar, çoğu zaman doğrudan hastanın kişisel özelliklerinden kaynaklanmamakta, hastalık süreci, psikososyal durum, bilişsel fonksiyonlar veya sağlık sistemine yönelik geçmiş deneyimlerle şekillenmektedir.

İletişimi zorlaştırabilecek hasta grupları arasında konuşma bozukluğu yaşayan hastalar, bilişsel bozuklukları olan hastalar, psikiyatrik hastalığı olan bireyler, madde bağımlılığı olan hastalar, düşük sağlık okur-yazalığı sahip hastalar yer almaktadır. Ayrıca kültürel ve dilsel bariyere sahip bireyler, işitme veya görme kaybı/bozukluğu yaşayan hastalar, travma öyküsü olan hastalar, hayatı tehdit edici hastalığı olan hastalar da iletişim sürecinde sağlık profesyonelleri için özel zorluklar oluşturabilmektedir. Konuşma bozukluğu olan hastalarla iletişimde, kısa ve açık ifadeler kullanılması, destekleyici sözel olmayan iletişim tekniklerinin (jestler, yazılı materyaller vb.) devreye sokulması ve hastaya yanıt için yeterli zaman tanınması önerilmektedir. Bilişsel bozukluğu olan hastalarda (örneğin demans), iletişimin basitleştirilmesi, konuşma hızının yavaşlatılması ve tek adımlı yönergelerin verilmesi etkili bulunmuştur.

Madde bağımlılığı olan bireylerde, iletişim sırasında yargılayıcı olmayan bir dil kullanılması, empati gösterilmesi ve hastanın otonomisine saygı duyulması iletişimin sürdürülebilirliğini arttırmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarla görüşmelerde ise duyguların empatik bir şekilde kabul edilmesi, iletişimin güvenli sınırlar içinde yürütülmesi ve olumsuz davranışların kişiselleştirilmemesi önem arz etmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalarla etkili iletişim kurabilmek için

basitleştirilmiş tıbbi terimler kullanılmalı ve bilgilerin hasta tarafından tekrar edilmesi ("teach-back" tekniği) sağlanmalıdır. Kültürel ve dilsel bariyere sahip hastalarla çalışırken profesyonel tercüman desteği alınması ve kültürel farklılıklara duyarlı bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir (13, 27, 39)

Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan önemli iletişim zorluklarından biri de kronik ve hayatı tehdit eden hastalıkları olan bireylerle etkili iletişim kurabilmektir. Bu hastalar, hastalıklarının ilerleyen evrelerinde yüksek semptom yükü, sık hastane yatışları ve yaşam kalitesinde belirgin düşüş gibi sorunlar yaşamaktadırlar (40). Hastaların hastalık sürecindeki dönüm noktalarıyla yüzleşmeleri sırasında, bakım hedeflerinin (Goals of Care - GOC) erken dönemde konuşulması, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtilerin azalmasına, yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilmektedir (41).

Ancak literatürde, eğitim eksikliği, kişisel kaygılar ve zaman kısıtlamaları gibi faktörler nedeniyle klinisyenlerin bu tür ciddi hastalık görüşmelerine başlamaktan kaçınabildiği bildirilmiştir. Bu tür iletişim eksiklikleri, hasta ve aile memnuniyetinde düşüşe, sağlık sisteminde gereksiz ve maliyetli müdahalelere yol açabilmektedir

Bu nedenle, palyatif bakım alanında geliştirilen iletişim becerisi eğitim programları, bilişsel modeller, rol yapma uygulamaları ve yapılandırılmış geri bildirimler kullanılarak ciddi hastalık görüşmelerinde klinisyenlerin becerilerini artırmayı hedeflemektedir. Örneğin, Ciddi Hastalık Konuşma Kılavuzu (Serious Illness Conversation Guide - SICG) gibi yapılandırılmış iletişim programlarının kullanıldığı çalışmalarda, daha fazla, daha erken ve daha etkili iletişim görüşmeleri sağlanabildiği gösterilmiştir (42).

Zor konuşmaları yönetebilme becerisi, tüm sağlık profesyonelleri ve geleceğin liderleri için geliştirilmesi ve sürekli olarak güçlendirilmesi gereken kritik bir yetkinliktir. Özellikle sağlık hizmetleri gibi yüksek riskli ve duygusal yoğunluğu yüksek ortamlarda, bu tür iletişimlerin sıklığı ve önemi mesleki sorumluluk arttıkça belirgin şekilde yükselmektedir.

Zorlu iletişim süreçlerine etkin bir şekilde hazırlanmak ve bu konuda düzenli pratik yapmak, gerekli bilgilerin profesyonellik, açıklık, netlik, empati ve insani sıcaklıkla

aktarılmasını önemli ölçüde kolaylaştırır. Her ne kadar kötü veya hassas haberlerin alınması hasta açısından her zaman zorlayıcı olsa da, bu haberlerin sunulma biçimi, yaşanan rahatsızlığı ve duygusal yükü artırmak yerine, teselli ve umut kaynağı oluşturabilecek şekilde yapılandırılmalıdır (43).

Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin zor konuşmaları yönetirken yalnızca klinik bilgi ve becerilere değil, aynı zamanda etkin iletişim stratejilerine de hâkim olması, hasta-hekim ilişkisinin kalitesi ve hasta bakımının bütüncül başarısı açısından vazgeçilmezdir.

#### 4.2.4.1. KÖTÜ HABER VERME

Kötü haber verme, hasta-hekim iletişiminin en zorlayıcı alanlarından birini oluşturur. Tıbbi literatürde "kötü haber" kavramı, hastanın yaşamını köklü şekilde etkileyen, beklenmedik, olumsuz ya da ciddi bir sağlık durumu hakkında bilgi verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kötü haberin iletilmesi, yalnızca hasta için değil, aynı zamanda sağlık profesyonelleri için de yoğun duygusal yük oluşturan bir süreçtir. Çalışmalar, kötü haberin iletilme şeklinin hastanın psikolojik uyum süreci, tedaviye olan güveni ve genel yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Uygun şekilde verilmemiş kötü haber, hastada anksiyete, depresyon ve travmatik stres belirtilerini artırabileceği gibi, sağlık profesyoneline yönelik güvenin zedelenmesine de yol açabilir (44, 45).

Kötü haber verirken hedef, yalnızca bilgi aktarmak değil; hastanın duygusal tepkisini yönetmek, güven ilişkisini korumak ve tedavi sürecine katılımını desteklemektir. Bu nedenle kötü haber verme süreci, iyi yapılandırılmış iletişim becerileri gerektirmektedir (27).

Bu amaçla klinik pratikte sıklıkla **SPIKES protokolü** kullanılmaktadır. SPIKES, kötü haberin sistematik ve empatik bir şekilde verilmesini sağlamak için geliştirilmiş altı adımlı bir iletişim modelidir:

- **S** (Setting up the interview): Uygun ortamın hazırlanması,
- **P** (Perception): Hastanın algısının değerlendirilmesi,
- **I** (Invitation): Bilgi paylaşımı ve düzeyi için hastadan izin alınması,
- **K** (Knowledge): Bilginin açık ve anlaşılır şekilde verilmesi,

- **E** (Emotions with Empathic Responses): Hastanın duygularına empatik yanıtlar verilmesi,
- **S** (Strategy and Summary): Tedavi stratejilerinin ve planın özetlenmesi (44, 45).

SPIKES protokolü, kötü haber sürecinde hastanın duygusal ihtiyaçlarını göz ardı etmeden açık ve doğru bilgi verilmesini sağlamayı hedefler. Yapılan araştırmalar, bu protokolü kullanan sağlık çalışanlarının hasta memnuniyetini ve iletişim etkinliğini artırabildiğini göstermektedir.

Ayrıca, SPIKES gibi klasik kötü haber verme protokollerinin her klinik bağlamda tam yeterli olmayabileceği ve pediatrik onkoloji gibi özel alanlarda yeni iletişim modellerine ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir. Almanya'da çocuk kanser hastalarının tedavisinde kötü haber verme süreçlerini iyileştirmek amacıyla "OKRA-Compass" adlı özgün bir iletişim çerçevesi geliştirmiştir. Bu model, bireysel bilgi ihtiyacına uyum sağlamayı ve duygusal bağ kurmayı önceliklendirmektedir (46).

Sonuç olarak, kötü haber verme süreci sağlık profesyonelleri için teknik bir bilgilendirme değil, insani bir destek ve güven süreci olarak ele alınmalıdır. Etkili iletişim teknikleri kullanmak hem hastanın duygusal yükünü azaltır hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır.

#### **4.2.5. TIP EĞİTİMİ ve İLETİŞİM**

Doktor-hasta iletişiminin genel yeterliliklerinde eğitim, örneğin bir hastayı rahat ettirme ve düşüncelerini özgürce ifade etmelerini sağlama, etkili görüşme, aktif dinleme, tedavi seçeneklerinin tartışılması sıklıkla göz ardı edilir veya bunun klinik öykü alma ve yönetim kısmında öğretilmiş olduğu varsayılır. Tıbbi iletişimin öneminin artan şekilde tanınmasıyla birlikte, bu becerilerin öğretilmesi, lisans düzeyindeki tıp eğitiminde temel müfredatın bir parçası haline gelmiştir. Dünya çapındaki tıp fakülteleri, 20. yüzyılın sonlarında müfredatlarına uygun dersler eklemeye başlamıştır. Bu alandaki ilk girişimlerden biri, 1984 yılında Lagos Üniversitesi'nden gelmiştir (47). Daha yakın örnekler arasında Leipzig Üniversitesi Tıp Fakültesi (COMSKIL İletişim Becerileri Eğitimi ve Uzun Süreli İletişim Müfredatı), Charité- Universitätsmedizin Berlin, Ghent Üniversitesi ve Harvard Tıp Fakültesi bulunmaktadır (48-50).

Tıp öğrencileri, staj dönemlerinde meslektaşlarını ve kıdemli meslektaşlarını gözlemleyerek bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde bazı temel iletişim becerilerini kazanabilirler; ancak, bunlar meslek hayatlarında iyi bir iletişim becerisi sergilemek için yeterli olmaktan uzaktır. Ne yazık ki, tüm kıdemli hekimler iyi rol modeller değildir ve her zaman örnek teşkil edecek iletişim becerileri sergilemezler. Klinik ortamlardaki kişilerarası etkileşimler sırasında, eğitmenler hem olumlu hem de olumsuz rol model davranışları sergiler. Açıkça öğretilmese de bu sözsüz mesajlar, öğrencilerin hekim olarak gelişimini etkileyen “gizli müfredatın” bir parçasını oluşturur (51).

Tıp fakültesi öğrencilerine yönelik iletişim eğitimi, genellikle bilgilendirilmiş onam alma veya kötü haber verme gibi spesifik konular üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ancak, bu eğitimlerin tıp öğrencilerinin gelecekte karşılaşacakları karmaşık klinik durumlardaki yeterliliği ve hasta merkezli iletişim becerilerinin tüm boyutlarını kapsayıp kapsamadığı henüz tam olarak belirlenmemiştir (52, 53).

Hekimlere yönelik iletişim becerileri eğitimlerinin, sağlık hizmetlerinin niteliğini ve hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahip olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur. Örneğin, hipertansiyon hastalarında yapılan bir randomize kontrollü çalışma, bu tür eğitimlerin sağlık okuryazarlığını ve tıbbi sonuçları anlamlı ölçüde geliştirdiğini göstermektedir (54). Bunun yanında, kısa süreli eğitim programlarının (10 saatten az), hekimlerin genel iletişim becerilerini iyileştirdiği kanıtlanmıştır (55, 56).

Ancak, sadece hasta odaklı iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hastaların sağlık durumu ya da davranışlarında belirgin bir iyileşme sağlamamaktadır. Bu bağlamda, eğitim programlarına hasta odaklı iletişimin yanı sıra hastalık yönetimi becerilerinin dahil edilmesinin, hasta sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğine dair önemli bulgular bulunmaktadır (57).

Öte yandan zaman ve deneyim, hekimlerin iletişim becerilerinde tek başına yeterli bir gelişim sağlamazken, özel tasarlanmış beceri eğitimlerinin bu konuda etkili olduğu gösterilmiştir. Önceki araştırmalarla uyumlu bir şekilde, çok sayıda asistan hekimin, sınırlı deneyimlerine rağmen, GOC konuşmaları gerçekleştirme konusunda kendilerini yeterli hissettiklerini ifade ettikleri saptanmıştır (58, 59).

Doğru bir eğitim ile her tıp fakóltesi mezunu, etkili iletişim ve mesleki becerilere sahip olmalıdır. Bu beceriler şu şekilde özetlenebilir:

- Hastanın inançlarını, beklentilerini ve korkularını anlamalı, biyomedikal yaklaşımla bütünleştirerek anlaşılır bilgi sunabilmelidir.
- Tanı ve tedavi süreçlerinde hasta ve yakınlarıyla etkili iletişim kurabilmelidir.
- Güvene dayalı, iş birliğini esas alan bir tedavi ilişkisi geliştirebilmelidir.
- Hastanın özerkliğine saygı duyarak, birlikte karar verebilmelidir.
- Danışman ve rehber olarak hasta ile süreci yönlendirebilmelidir.
- Stresli durumlarda dahi ilişkiyi bilinçli bir şekilde yönetebilmelidir.
- Empati ve olgunluk göstererek, farklı hasta ve durumlara esnek bir şekilde uyum sağlayabilmelidir.
- Psikoloji ve sosyoloji gibi disiplinlerde bilgi sahibi olmalı ve bunu bütüncül bir yaklaşımla kullanabilmelidir.
- Yeni bilgi ve beceriler öğrenip değişen koşullara uyum sağlayabilmelidir.
- Kendi iyilik haline özen göstermeli ve ekip çalışmasının önemini kavramalıdır.
- Tıbbi ekip üyeleriyle etkili iletişim kurarak çatışmaları yönetebilmelidir.

Bu beceriler, mezunların hem mesleki hem de kişisel gelişimlerini destekleyecek şekilde tasarlanmalıdır (14).

### **4.3. KLİNİK GÖRÜŞMELERDE İLETİŞİM MODELLERİ**

Klinik görüşmelerde iletişim modelleri, zamanla daha karmaşık hale gelerek, gelişen anlayışa ve değişen koşullara paralel olarak evrilmiştir. Bu modeller arasında Bayer Sağlık Hizmetleri İletişim Enstitüsü (Bayer Institute for Health Care Communication, BIHC)'nün E4 Modeli, Üç İşlev Modeli/Brown Görüşme Kontrol Listesi, Calgary-Cambridge Gözlem Rehberi, Hasta Merkezli Klinik Yöntem ve iletişim becerilerinin öğretilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla kullanılan SEGUE Çerçevesi yer almaktadır (60). Bu modellerin temel özellikleri, aşağıda özetlenmiştir. Her bir model, klinik veri toplama, ilişki kurma ve tedavi sürecine dair danışmanlık içeren bir klinik görüşme çerçevesi sunar. Bu çerçeveler hem öğrenciler hem de eğitmenler için rehberlik sağlamakta ve klinik görüşmelerde iletişim becerilerinin değerlendirilmesi ile geri bildirim verilmesi için standart bir yöntem sunmaktadır. Modellerin çoğu, klinik karşılaşmanın ilerleme aşamalarındaki anahtar adımları ve

gözlemlenebilir, ölçülebilir bileşenleri sıralayarak, bu süreçlerin izlenmesine ve değerlendirilmesine olanak tanır. Farklı modellerin kullanımda olması nedeniyle, yukarıda belirtilen beş modelin temsilcilerinden oluşan bir grup, klinik görüşmelerdeki temel adımları belirleyen bir uzlaşma modeli geliştirmiştir. Bu model, Kalamazoo Uzlaşma Beyanı olarak bilinir (61).

Tıp öğrencileri ve hekimler, bir veya daha fazla modelin adımlarını takip ederek klinik görüşme sürecini öğrenmeye başlayabilir. Ancak, nihayetinde her hekim, tüm temel unsurları kapsayan, kendi profesyonel yaklaşımını geliştirmelidir. Bu yaklaşım, bir protokole mekanik bağlılık yerine, hekimlerin doğal mesleki davranışları olarak ortaya çıkmalıdır.



## KLİNİK GÖRÜŞMELERDE İLETİŞİM MODELLERİ

Model, Yıl	Doktor-hasta etkileşimlerinin temel unsurları ve bileşen davranışlar/eylemler
<b>BIHC* İletişimi</b>	1. (Engage) Katılım Sağlamak/Bağ Kurmak
<b>E4 Modeli</b>	2. (Empathize) Empati Kurmak
<b>(1994)</b>	3. (Educate) Eğitim Vermek
	4. (Enlist) Katılımı Teşvik Etmek
<b>Hasta Merkezli Klinik Yöntem</b>	1. Hastanın sağlık hizmetine dair bütünsel deneyiminin değerlendirilmesi
<b>(1995)</b>	2. Hastalık ve hastalık kavramlarının tüm kişi anlayışıyla entegrasyonu
	3. Hasta ile ortak zemin bulma
	4. Sağlık teşviki ve hastalık öncesini vurgulama
	5. Hasta-sağlık hizmeti-pratisyen ilişkisini vurgulama
	6. Gerçekçi olma
<b>Calgary-Cambridge Gözlem Rehberi</b>	1. Görüşmeyi başlatma
<b>(1996)</b>	• Başlangıçta ilişki kurma: selamlaşma, tanıtma, saygı gösterme
	• Görüşme nedenini belirleme: dinleme, problem listesi belirleme
	2. Bilgi toplama
	• Hastanın sorunlarını biyomedikal bakış açısını (hastalık) keşfetmek için keşfetme, gerekli geçmiş öykü, hastanın bakış açısını (hastalık): hastayı cesaretlendirme, dikkatli dinleme, hastanın yanıtlarını sözlü ve sözsüz olarak kolaylaştırma, netleştirme, duyguları ifade etmesi için hastayı cesaretlendirme, açık uçlu ve kapalı uçlu sorular sorma, hastanın bakış açısını anlamak için sözlü ve sözsüz ipuçlarını alma
	3. Fiziksel Muayene
	4. Açıklama ve Planlama
	• Doğru miktarda ve türde bilgi sağlama
	• Doğru hatırlama ve anlamayı kolaylaştırma
	• Hastanın bakış açısını dahil etme: paylaşılan anlayışa ulaşma
	• Planlama: paylaşılan karar verme
	5. Görüşmeyi kapatma
	• Özetleme, kontrat, güvenlik ağı, son kontrol
<b>Üç İşlev Modeli</b>	1. Veri Toplama: Hastanın sorunlarını anlamak için veri toplama
<b>(2000)</b>	• Dikkatli dinleme, açık uçlu ve kapalı uçlu sorular, basit dil, kolaylaştırma, kontrol etme, netleştirme, özetleme vb.
	2. İlişki Kurma: Hasta ile ilişki kurma ve hastanın duygularına yanıt verme
	• Yansıtma, geçerlilik/meşrulaştırma, anlama, empati iletme, destek, ortaklık, saygı
	3. Eğitim ve motivasyon: Hasta eğitimi ve motivasyonu (davranış)
	• Mevcut görüşleri öğrenme, eğitim verme, müzakere etme, motive etme, pekiştirme

---

<b>SEGUE Çerçevesi</b> <b>(2001)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. (Set the stage): Sahneyi kurma</li><li>2. (Elicit information): Bilgi edinme</li><li>3. (Give information): Bilgi verme</li><li>4. (Understand the patient's perspective): Hastanın bakış açısını anlama</li><li>5. (End the encounter): Görüşmeyi sonlandırma</li><li>6. Yeni veya değiştirilmiş tedavi/önleme planı önerme</li></ol>
<b>Kalamazoo Uzlaşma Beyanı</b> <b>(2001)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tartışmayı başlatma<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın başlangıç açıklamasını tamamlamasına izin verme</li><li>• Hastanın tüm endişelerini öğrenme</li><li>• Kişisel bağlantı kurma/sürdürme</li></ul></li><li>2. Bilgi toplama<ul style="list-style-type: none"><li>• Açık uçlu ve kapalı uçlu soruları uygun şekilde kullanma</li><li>• Bilgiyi yapılandırma, netleştirme, özetleme</li><li>• Sözlü ve sözsüz tekniklerle aktif dinleme</li></ul></li><li>3. Hastanın bakış açısını anlama<ul style="list-style-type: none"><li>• Bağlamsal faktörleri keşfetme: aile, kültür, cinsiyet vb.</li><li>• İnançları keşfetme</li><li>• Hastanın düşüncelerine, duygularına, değerlerine saygı gösterme ve yanıt verme</li></ul></li><li>4. Bilgi paylaşma<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın anlayabileceği dil kullanma</li><li>• Anlamayı kontrol etme</li><li>• Soru sormaya cesaretlendirme</li></ul></li><li>5. Sorunlar ve planlar konusunda anlaşmaya varma<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastayı kararlara katılmaya teşvik etme</li><li>• Hastanın planı takip etme istekliliğini ve yeteneğini kontrol etme</li><li>• Kaynaklar ve destekleri belirleyip dahil etme</li></ul></li><li>6. Kapanış sağlama<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın başka bir sorusu veya endişesi olup olmadığını sorma</li><li>• Özetleme ve eylem planı ile anlaşmayı onaylama</li></ul></li></ol>

---

\*BIHC: Bayer Institute for Health Care.

#### **4.3.1.E4 MODELİ**

İlk çalışmalardan biri olan BIHC İletişimi Modeli katılım, empati, eğitim ve hasta katılımı unsurlarını vurgulamış ve temel iletişim davranışlarının dört ana bileşen üzerine kurulabileceğini göstermiştir. Bu model, hasta merkezli iletişim anlayışının erken bir örneğini oluşturmuştur. Özellikle hasta eğitimi konusuna odaklanarak, iletişim sürecinde hastanın aktif bir katılımcı olmasını desteklemiştir.

#### **4.3.2. ÜÇ İŞLEV MODELİ**

Bu model, klinik görüşmeyi üç temel amaca hizmet eden bir süreç olarak ele alır. Veri toplama aşaması hem açık uçlu hem de kapalı uçlu soruların kullanımını içerir. İlişki kurma aşamasında, empati ve aktif dinleme becerileri ön plandadır. Eğitim ve motivasyon aşamasında ise hastanın sağlıkla ilgili davranışlarını olumlu yönde değiştirmek hedeflenir.

#### **4.3.3. CALGARY-CAMBRİGE GÖZLEM REHBERİ**

Silverman ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu model, görüşmenin tüm aşamalarını yapılandırılmış bir şekilde tanımlar. Hasta-hekim görüşmesinde hem biyomedikal hem de hastalık deneyimi perspektifini kapsayan bilgi toplama teknikleri vurgulanır. Ayrıca açıklama ve planlama aşamasında hastanın bilgi ihtiyaçlarına uygun bir şekilde iletişim kurulması gerektiği belirtilir. Klinik eğitimlerde sıkça kullanılmakta ve öğrenci eğitiminde etkili olduğu bilinmektedir.

#### **4.3.4. HASTA MERKEZLİ KLİNİK YÖNTEM**

Bu yöntemin temel unsurları; hastanın bütüncül sağlık deneyimini değerlendirme, hastalık ve hastalık algısını entegre etme, ortak karar verme, sağlık teşviki ve hastalık öncesi önlemler ve hasta-sağlık hizmeti ilişkisinin güçlendirilmesidir. Yöntem hastanın sağlık deneyiminin bütüncül değerlendirilmesini önplana çıkararak yalnızca hastalık belirtilerine değil, hastalığın birey üzerindeki psikososyal etkilerine de odaklanır. Biyomedikal yaklaşımın sınırları aşarak, kişisel deneyimlerin ve sosyal bağlamların sağlık üzerindeki etkilerini dikkate alır. Bu yaklaşım, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastayla uzun süreli ve sürekli iletişim kurmayı kolaylaştırarak, bütüncül bakım anlayışının uygulanmasına önemli katkı sağlar.

#### **4.3.5. SEGUE ÇERÇEVESİ**

İletişim süreçlerinin yapılandırılması amacıyla geliştirilen SEGUE çerçevesi, klinik görüşmeleri beş temel aşamada düzenlemektedir. Bu çerçeve görüşmenin akışını sistematik hale getirerek hem hekimlerin hem hastaların iletişim sürecinden en yüksek faydaya sağlamlasını hedeflemektedir.

##### **Sahneyi Kurmak (Set the Stage):**

- Hasta ile ilişkiyi başlatmak için uygun bir ortam yaratılır.
- Tanıtım yapılır, gizliliğe vurgu yapılır ve hastaya zaman ayrılacağı belirtilir.

##### **Bilgi Edinmek (Elicit Information):**

- Hastanın şikayetleri, hastalık öyküsü ve sosyal bağlamı hakkında bilgi toplanır.
- Açık uçlu sorular, aktif dinleme ve özetleme teknikleri kullanılır.

##### **Bilgi Vermek (Give Information):**

- Tanı, tedavi seçenekleri ve hastanın durumu hakkında anlaşılır ve açık bilgi verilir.
- Bilginin hastanın anlayabileceği bir dilde sunulmasına özen gösterilir.

##### **Hastanın Bakış Açısını Anlamak (Understand the Patient's Perspective):**

- Hastanın duyguları, düşünceleri, beklentileri ve endişeleri keşfedilir.
- Hasta görüşlerine empatik yanıt verilir.

##### **Görüşmeyi Sonlandırmak (End the Encounter):**

- Görüşme özetlenir, tedavi planı gözden geçirilir ve hastanın ek soruları olup olmadığı öğrenilir.
- Sonraki adımlar açıklanır ve hasta ile güvenli bir kapanış sağlanır.

#### 4.3.6. KALAMAZOO UZLAŞI BEYANI

Klinik görüşmelerde etkili iletişim becerilerinin standardizasyonu amacıyla Amerikan Tıp Eğitim Konseyi'nin öncülüğünde oluşturulan “*Kalamazoo Uzlaşısı*” etkili klinik iletişimin temel bileşenlerini tanımlar. Bu beyan sistematik bir görüşmenin nasıl yürütülmesi gerektiğini adım adım açıklayarak, iletişimin hem insani hem de teknik boyutlarına eşit ağırlık verilmesini sağlamıştır.

##### **Görüşmeyi Başlatmak (Open the Discussion):**

- Hastanın açılış ifadesini tamamlamasına izin verilir.
- Hastanın tüm endişeleri ve beklentileri öğrenilir.
- Kişisel bağlantı kurularak güvenli bir iletişim ortamı oluşturulur.

##### **Bilgi Toplamak (Gather Information):**

- Açık uçlu ve kapalı uçlu sorular dengeli bir şekilde kullanılır.
- Bilgiler yapılandırılır, netleştirilir ve özetlenir.
- Sözlü ve sözsüz aktif dinleme teknikleri ile hasta dikkatle dinlenir.

##### **Hastanın Bakış Açısını Anlamak (Understand the Patient's Perspective):**

- Aile yapısı, kültürel değerler, cinsiyet rolleri gibi bağlamsal faktörler araştırılır.
- Hastanın inançları, düşünceleri ve duygusal tepkileri keşfedilir.
- Hastanın değerlerine ve duygularına saygı gösterilerek yanıt verilir.

##### **Bilgi Paylaşmak (Share Information):**

- Bilgiler hastanın anlayabileceği açık ve sade bir dille sunulur.
- Anlamanın gerçekleşip gerçekleşmediği kontrol edilir.
- Hastanın soru sorması teşvik edilir.

##### **Sorunlar ve Planlar Üzerinde Uzlaşmak (Reach Agreement on Problems and Plans):**

- Hasta karar sürecine aktif katılmaya teşvik edilir.
- Tedavi planının hastanın istek ve kapasitesine uygun olup olmadığı değerlendirilir.

- Gerekli kaynaklar ve destek sistemleri belirlenir ve sürece dahil edilir.

**Görüşmeyi Sonlandırmak (Provide Closure):**

- Hastaya başka bir endişesi veya sorusu olup olmadığı sorulur.
- Görüşme özetlenir ve belirlenen eylem planı hasta ile onaylanır.



## 5. GEREÇ ve YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, dahili ve cerrahi bilimlerdeki araştırma görevlilerinin etkili iletişim becerileri açısından karşılaştırılması amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer

#### 5.2.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi (MCBÜ) Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde yürütülmüştür.

#### 5.2.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri Ekim 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi hekimler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma tanımlayıcı türde olduğu için çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan maksimum hekim sayısına ulaşılması hedeflendi.

Dahili ve cerrahi bilimlerdeki araştırma görevlilerinin arasında HP-CSS-TR ölçek puanları bakımından farklılık olup olmadığının değerlendirilmesinde; 0,40 etki büyüklüğü ile 0,80 güç ve 0,05 hata payı göz önünde bulundurularak yapılan örneklem büyüklüğü hesabında çalışmaya her iki grupta en az 104'er kişi olmak üzere toplam 208 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü hesabı, G-Power 3.1.9.7 programı ile yapılmıştır. Toplamda 266 katılımcıya ulaşılmış olup eksik, yanlış işaretleme

yapan ve dahil olma kriterine uymayan 7 anket çalışma dışında tutulmuştur. Çalışma 259 kişi ile tamamlanmıştır.

#### **5.4. Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri**

MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi'nde araştırma görevlisi hekim olmak.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

#### **5.5. Araştırmanın Dışlama Kriterleri**

Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

Temel bilimlerde çalışmakta olan araştırma görevlisi olmak.

#### **5.6. Araştırma Hipotezleri**

H0: Dahili ve cerrahi bilimlerdeki araştırma görevlilerinin iletişim becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H1: Dahili ve cerrahi bilimlerdeki araştırma görevlilerinin iletişim becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

#### **5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Veri toplamak amacıyla iki bölümden oluşan anket formu uygulanmıştır. Birinci bölümde, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, branşı (dahili/cerrahi), nöbet sıklığı, sigara ve alkol kullanımı, iletişim eğitimi alma durumu gibi 17 soruluk sosyodemografik özellikleri yer almıştır. İkinci bölümde ise araştırma görevlisi hekimlerin iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği – Türkçe Versiyonu (Health Professionals Communication Skill Scale-TR, HP-CSS-TR) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Mendi ve ark. (2020) tarafından yapılmış ve geçerlik-güvenirlilik çalışmaları tamamlanmıştır. HP-CSS-TR, toplam 18 maddeden oluşmakta ve dört alt

boyutta iletişim becerilerini değerlendirmektedir: empati (madde 2, 4, 6, 11, 12), bilgilendirici iletişim (madde 5, 8, 9, 14, 17, 18), saygı (madde 1, 3, 15) ve sosyal beceri (madde 7, 10, 13, 16). Katılımcılar her bir maddeye 6'lı likert tipi ölçek üzerinden yanıt vermiştir (1= neredeyse hiçbir zaman, 6= neredeyse her zaman). Ölçekten alınan yüksek puanlar, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerinin yüksek olduğunu göstermektedir. HP-CSS-TR ölçeğinin alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa güvenilirlik kat sayıları 0,72 ile 0,79 arasında bulunmuştur.

Anket, çalışmaya katılmayı kabul eden 259 araştırma görevlisi hekime elektronik posta yöntemi ve yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Her katılımcıya araştırmanın kapsamı hakkında bilgi verilerek onam formu alındı. Katılımcı tekrarını önlemek amacıyla, anket uygulamasında elektronik posta adresleri ile dublikasyon kontrolü sağlanmıştır. Toplanan elektronik posta adresleri yalnızca bu amaçla kullanılmış ve veri gizliliği ilkeleri doğrultusunda hiçbir şekilde üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır.

## **5.8. Araştırmanın Veri Analizi**

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 27,0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı (s) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Grupların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Bağımsız kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında normal dağılım koşulu sağlanmadığından Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Bağımsız üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında normal dağılım koşulu sağlandığından Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin birbiri ile ilişkisinin test edilmesinde Spearman korelasyon testinden faydalanılmıştır. İstatistiksel alfa önemlilik seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **5.9. Araştırmanın Etik Kurul İzni**

Çalışma için etik kurul onayı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan alındı (Karar Tarihi: 02.08.2023; Karar No: 20.478.486/1940).



## 6. BULGULAR

Araştırma Ekim-Kasım 2023 tarihlerinde MCBÜ Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışmakta olan 259 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların %57,5'i (s=149) kadın, %44,0'ı (s=114) evlidir. Yaş ortalaması  $28,5\pm 2,9$  yıl olup, çocuk sayısı ortalaması  $0,23\pm 0,54$ 'tür.

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	s	%	Min	Maks
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	149	57,5		
Erkek	110	42,5		
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	114	44,0		
Evli Değil	145	56,0		
<b>Yaş (Ort±SS) (yıl)</b>	$28,5\pm 2,9$		23	43
<b>Çocuk Sayısı (Ort±SS)</b>	$0,23\pm 0,54$		1	3

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum, s=sayı, %=yüzde

Katılımcıların branşlara göre demografik özellikleri karşılaştırıldığında, cinsiyet ve medeni durum açısından istatistiksel olarak önemli fark saptanmamıştır (sırasıyla  $p=0,058$ ;  $p=0,140$ ). Cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin yaş ve çocuk sayısı ortalaması, dahili branştaki araştırma görevlilerine göre önemli düzeyde yüksektir ( $p<0,001$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Katılımcıların Branşlara Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Dahili Branş s (%)	Cerrahi Branş s (%)	p
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	96 (62,3)	53 (50,5)	0,058*
Erkek	58 (37,7)	52 (49,5)	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	62 (40,3)	52 (49,5)	0,140*
Evli Değil	90 (59,7)	53 (50,5)	
<b>Yaş (Ort±SS) (yıl)</b>	$28,0\pm 2,8$	$29,3\pm 2,9$	<0,001**
<b>Çocuk Sayısı (Ort±SS)</b>	$0,08\pm 0,32$	$0,45\pm 0,71$	<0,001**

Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma, \*Ki-kare Testi, \*\*Mann Whitney U Testi

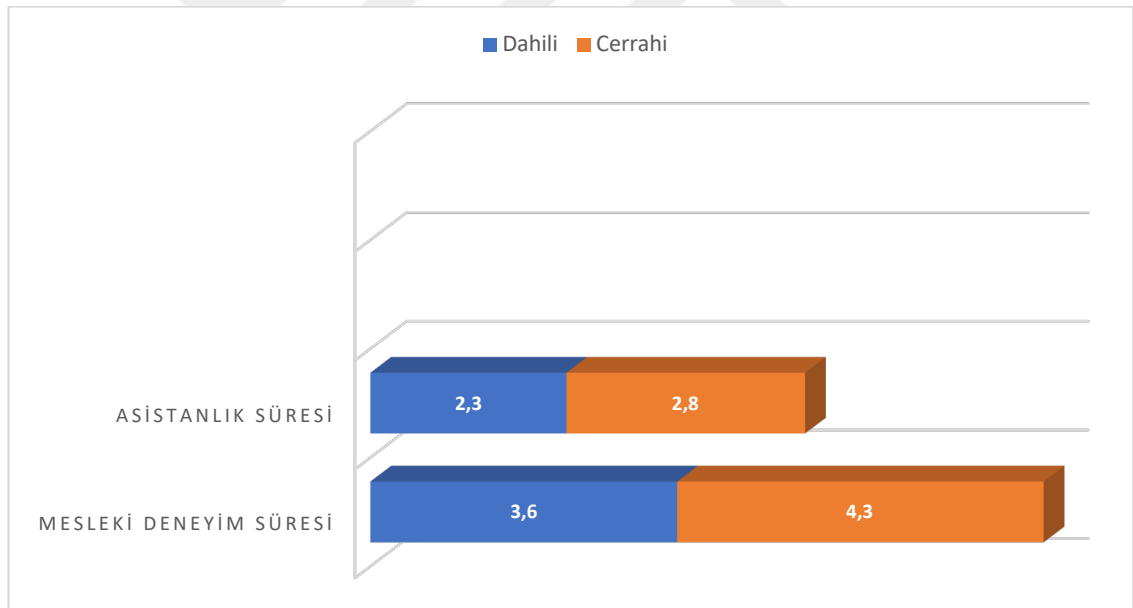
Katılımcıların mesleki deneyimleri Tablo 3'te özetlenmiştir. Araştırma görevlilerinin mesleki deneyim süre ortalaması  $3,9 \pm 2,5$  yıl iken, asistanlık süresi ortalaması  $2,5 \pm 1,4$  yıldır.

**Tablo 3.** Katılımcıların Mesleki Deneyimleri

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Min	Maks
Mesleki Deneyim Süresi (yıl)	3,9	2,5	1	19
Asistanlık Süresi (yıl)	2,5	1,4	0	7

Min: Minimum; Maks: Maksimum

Katılımcıların branşlara göre mesleki deneyimleri karşılaştırıldığında, cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin mesleki deneyim süresi ve asistanlık süresi ortalamaları dahili branştaki araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,006$ ) (Şekil 1).



**Şekil 1.** Katılımcıların Branşlara Göre Mesleki Deneyimlerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların çalışma koşulları Tablo 4'te verilmiştir. Araştırma görevlilerinin %35,5'i (s=92) ayda 4-6 nöbet tutarken, %23,6'sı (s=61) 7 ve üzeri, %21,2'si (s=55) 1-3 nöbet tutmaktadır. Nöbet tutmayanların yüzdesi ise %19,7'dir (s=51). Maddi durum sorgulandığında, yarısından fazlası (%53,3) gelirin giderden az olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.** Katılımcıların Çalışma Koşulları

<b>Değişkenler</b>	<b>s</b>	<b>%</b>
<b>Nöbet Sıklığı (Ayda)</b>		
Hiç	51	19,7
1-3	55	21,2
4-6	92	35,5
7 ve üzeri	61	23,6
<b>Maddi Durum</b>		
Geliri Giderinden Az	138	53,3
Geliri Giderine Eşit	113	43,6
Geliri Giderinden Fazla	8	3,1

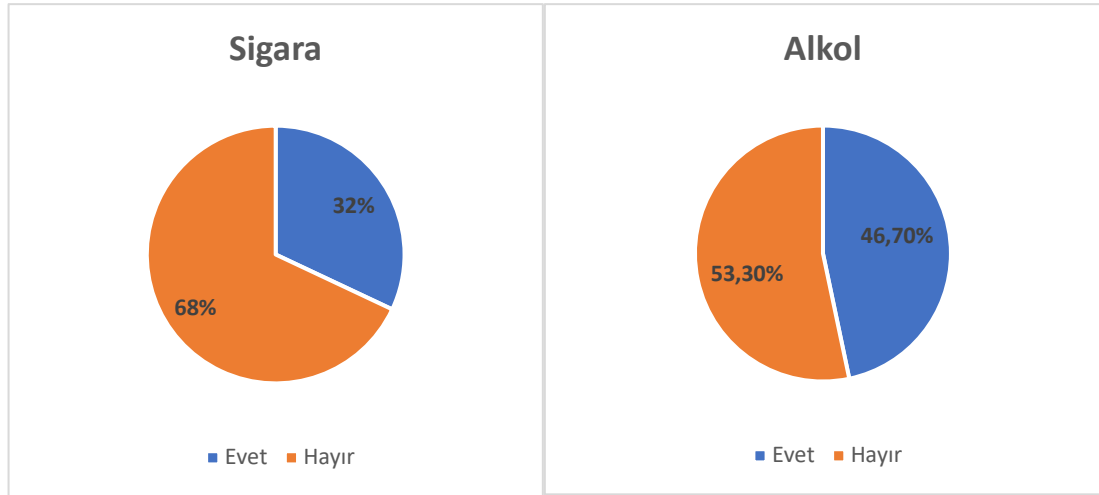
Katılımcıların branşa göre çalışma koşullarının karşılaştırılmasına bakıldığında, nöbet sıklığı ve maddi durum açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır ( $p<0,001$ ). Nöbet sıklığı 7 ve üzeri olanların yüzdesi cerrahi branştaki araştırma görevlilerinde önemli düzeyde yüksektir. Maddi durumda ise geliri giderinden az olduğunu belirtenlerin yüzdesi dahili branştaki araştırma görevlilerinde, cerrahi branştakilere göre daha fazladır (Tablo 5).

**Tablo 5.** Katılımcıların Branşa Göre Çalışma Koşullarının Karşılaştırılması

<b>Değişkenler</b>	<b>Dahili Branş</b>	<b>Cerrahi Branş</b>	<b>p</b>
	s (%)	s (%)	
<b>Nöbet Sıklığı (Ayda)</b>			
Hiç	42 (27,3) <sup>a</sup>	9 (8,6) <sup>b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
1-3	35 (22,7) <sup>a</sup>	20 (19,0) <sup>a</sup>	
4-6	49 (31,8) <sup>a</sup>	43 (41,0) <sup>a</sup>	
7 ve üzeri	28 (18,2) <sup>a</sup>	33 (31,4) <sup>b</sup>	
<b>Maddi Durum</b>			
Geliri Giderinden Az	93 (60,4) <sup>a</sup>	45 (42,9) <sup>b</sup>	<b>&lt;0,001</b>
Geliri Giderine Eşit	61 (39,6) <sup>a</sup>	52 (49,5) <sup>a</sup>	
Geliri Giderinden Fazla	0 (0,0) <sup>a</sup>	8 (7,6) <sup>b</sup>	

\*Ki-kare Testi, Not: Satırlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.

Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları Şekil 2’de gösterilmiştir. Araştırma görevlilerinin %32,0’ı (s=83) sigara kullanırken, %46,7’si (s=121) alkol kullanmaktadır.



**Şekil 2.** Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları

Katılımcıların branşa göre sigara ve alkol kullanım durumlarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. Cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin sigara kullanma yüzdesi (%42,9), dahili branştaki araştırma görevlilerinin sigara kullanma yüzdesinden (%24,7) istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ( $p=0,002$ ). Alkol kullanımını açısından gruplar arasında önemli bir fark saptanmamıştır ( $p=0,810$ ).

**Tablo 6.** Katılımcıların Branşa Göre Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması

	<b>Dahili Branş</b>	<b>Cerrahi Branş</b>	<b>p*</b>
<b>Değişkenler</b>	<b>s (%)</b>	<b>s (%)</b>	
<b>Sigara Kullanımı</b>			
Evet	38 (24,7)	45 (42,9)	<b>0,002</b>
Hayır	116 (75,3)	60 (57,1)	
<b>Alkol Kullanımı</b>			
Evet	71 (46,1)	50 (47,6)	0,810
Hayır	83 (53,9)	55 (52,4)	

\*Ki-kare Testi

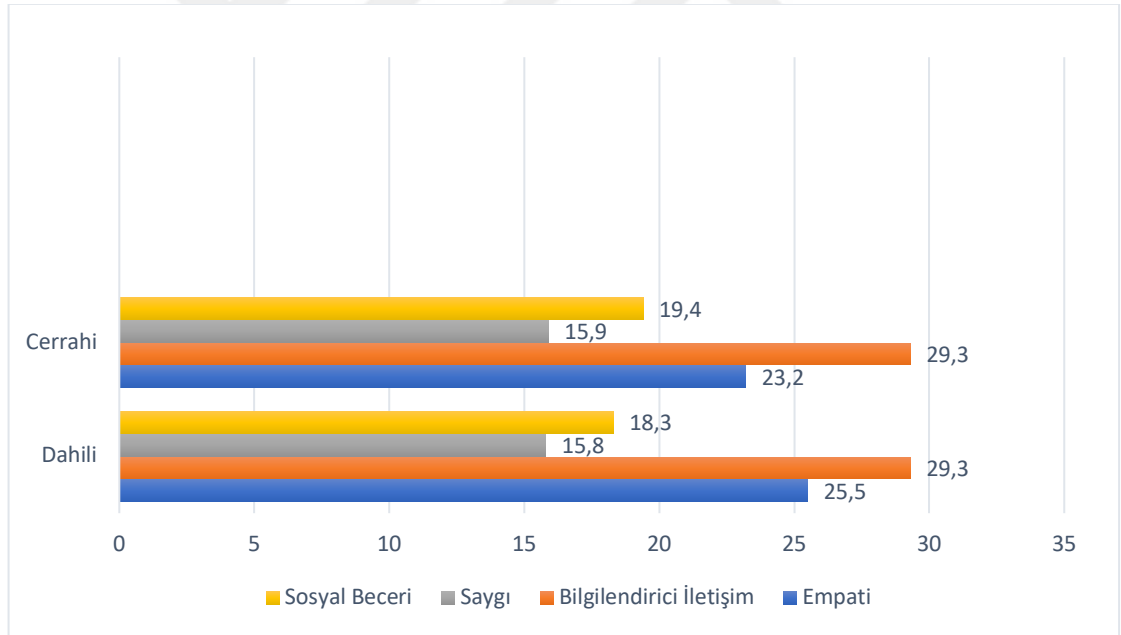
Katılımcıların HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 7’de verilmiştir. Ölçeğin Empati alt boyutundan ortalama  $24,6\pm 4,1$ ; Bilgilendirici İletişim alt boyutundan ortalama  $29,3\pm 3,0$ ; Saygı alt boyutundan ortalama  $15,8\pm 1,9$  ve Sosyal Beceri alt boyutundan  $18,7\pm 2,7$  puan alınmıştır. Toplam puan ortalaması ise  $88,4\pm 8,6$  olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 7.** Katılımcıların HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

SPİBÖ Boyutlar	Ortalama	Standart Sapma	Min	Maks
Empati	24,6	4,1	9	30
Bilgilendirici İletişim	29,3	3,0	22	36
Saygı	15,8	1,9	9	18
Sosyal Beceri	18,7	2,7	9	24
<b>Toplam Puan</b>	<b>88,4</b>	<b>8,6</b>	<b>65</b>	<b>108</b>

Min: Minimum; Maks: Maksimum

Katılımcıların branşa göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Şekil 3’de gösterilmiştir. Dahili branştaki araştırma görevlilerinin Empati alt boyutu puan ortalamaları cerrahi branştaki araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksekken ( $p<0,001$ ), Sosyal Beceri alt boyutu puan ortalaması cerrahi branştaki araştırma görevlilerinde yüksektir ( $p<0,001$ ). Bilgilendirici İletişim, Saygı alt boyutu ile ölçek toplam puanı açısından gruplar arasında önemli fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Şekil 3.** Katılımcıların Branşa Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların yaş gruplarına göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8.** Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Yaş Grupları		p*
	25 Yaş ve Altı	25 Yaş Üstü	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	24,5±5,0	24,6±4,0	0,607
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,3±2,9	29,3±3,0	0,854
<b>Saygı</b>	15,5±2,5	15,9±1,8	0,777
<b>Sosyal Beceri</b>	18,3±3,1	18,8±2,6	0,448
<b>Toplam Puan</b>	87,7±10,8	88,5±8,2	0,810

\*Mann Whitney U Testi

Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin yaş gruplarına göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Yaş Gruplarına Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Yaş Grupları		p*	Yaş Grupları		p*
	25 Yaş ve Altı	25 Yaş Üstü		25 Yaş ve Altı	25 Yaş Üstü	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,3±4,2	25,5±2,8	0,738	22,4±6,4	23,2±4,8	0,748
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,5±2,8	29,2±2,9	0,509	28,9±3,1	29,3±3,2	0,637
<b>Saygı</b>	15,7±2,4	15,8±1,7	0,906	15,2±2,7	15,9±1,9	0,560
<b>Sosyal Beceri</b>	18,0±3,3	18,3±2,5	0,694	19,2±2,5	19,4±2,6	0,738
<b>Toplam Puan</b>	88,5±10,4	88,9±7,5	0,919	85,8±12,5	89,7±9,1	0,618

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların cinsiyete göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 10’da gösterilmiştir. Ölçeğin Empati alt grubundan kadınların aldığı ortalama puan, erkek katılımcılardan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ( $p=0,039$ ). Diğer alt ölçekler ve toplam puan ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10.** Katılımcıların Cinsiyete Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Cinsiyet		p*
	Kadın	Erkek	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	25,2±3,2	23,7±5,0	<b>0,039</b>
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,4±2,8	29,0±3,2	0,210
<b>Saygı</b>	15,9±1,6	15,8±2,2	0,414
<b>Sosyal Beceri</b>	18,7±2,6	18,8±2,8	0,792
<b>Toplam Puan</b>	89,2±7,4	87,3±9,9	0,158

\*Mann Whitney U Testi

Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin cinsiyete göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, cerrahi branşta çalışan kadın araştırma görevlilerinin Empati ölçek alt boyutundan ve ölçek toplam boyutundan erkek araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek puan aldıkları görülmektedir (sırasıyla p=0,014; p=0,030) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Cinsiyete Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Cinsiyet		p*	Cinsiyet		p*
	Kadın	Erkek		Kadın	Erkek	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,6±2,6	25,3±3,7	0,954	24,4±3,9	21,9±5,6	<b>0,014</b>
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,3±2,9	29,3±3,0	0,969	29,8±2,7	28,7±3,5	0,078
<b>Saygı</b>	15,8±1,7	15,8±2,1	0,304	16,0±1,6	15,8±2,3	0,922
<b>Sosyal Beceri</b>	18,3±2,6	18,3±2,7	0,733	19,5±2,4	19,3±2,8	0,774
<b>Toplam Puan</b>	88,9±7,5	88,7±8,8	0,845	89,7±7,3	85,7±10,9	<b>0,030</b>

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların medeni duruma göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 12’de özetlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 12.** Katılımcıların Medeni Duruma Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Medeni Durum		p*
	Evli	Evli Değil	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	24,4±4,1	24,6±4,1	0,773
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,5±3,0	29,1±3,0	0,193
<b>Saygı</b>	15,8±1,8	15,9±2,0	0,530
<b>Sosyal Beceri</b>	18,8±2,5	18,7±2,8	0,992
<b>Toplam Puan</b>	88,5±8,0	88,3±9,0	0,749

\*Mann Whitney U Testi

Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin medeni duruma göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 13’de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Medeni Duruma Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Medeni Durum		p*	Medeni Durum		p*
	Evli	Evli Değil		Evli	Evli Değil	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,7±2,9	25,4±3,2	0,549	23,0±4,8	23,4±5,1	0,729
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,4±2,9	29,2±2,9	0,655	29,6±3,1	28,9±3,2	0,192
<b>Saygı</b>	15,7±1,8	15,9±1,9	0,566	15,9±1,8	15,9±2,1	0,676
<b>Sosyal Beceri</b>	18,4±2,2	18,2±2,9	0,544	19,2±2,8	19,7±2,4	0,341
<b>Toplam Puan</b>	88,2±6,9	88,6±8,6	0,534	87,7±9,2	87,8±9,6	0,913

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların çocuk sahibi olma duruma göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 14’te verilmiştir. Çocuk sahibi olanların olmayanlara göre Sosyal Beceri ölçek alt boyutundan aldığı puanlar istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,045$ ). Diğer değişkenler arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14.** Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk Sahibi Olma Durumu		p*
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	23,6±4,6	24,8±3,9	0,144
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,8±2,7	29,2±3,0	0,120
<b>Saygı</b>	16,1±1,6	15,8±1,9	0,430
<b>Sosyal Beceri</b>	19,5±2,4	18,6±2,7	<b>0,045</b>
<b>Toplam Puan</b>	88,9±8,5	88,2±8,6	0,274

\*Mann Whitney U Testi

Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin çocuk sahibi olma duruma göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 15’de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Çocuk Sahibi Olma Durumu		p*	Çocuk Sahibi Olma Durumu		p*
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	24,9±3,2	25,6±3,0	0,603	23,1±4,9	23,2±5,0	0,927
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,7±2,7	29,2±2,9	0,419	29,8±2,8	29,0±3,3	0,224
<b>Saygı</b>	15,9±1,6	15,8±1,9	0,991	16,1±1,6	15,8±2,1	0,504
<b>Sosyal Beceri</b>	18,9±1,4	18,2±2,7	0,288	19,6±2,6	19,3±2,7	0,639
<b>Toplam Puan</b>	89,5±6,1	88,8±,1	0,656	88,7±9,1	87,2±9,5	0,272

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların gelir-gider durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 16’da verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16.** Katılımcıların Gelir-Gider Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Gelir-Gider Durumu		p*
	Geliri Giderine Az Olanlar	Geliri Giderine Eşit/Fazla Olanlar	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	24,6±4,0	24,6±4,2	0,902
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,3±2,8	29,2±3,2	0,946
<b>Saygı</b>	15,7±1,9	16,0±1,9	0,156
<b>Sosyal Beceri</b>	18,6±2,8	18,8±2,5	0,717
<b>Toplam Puan</b>	88,2±8,2	88,6±9,0	0,593

\*Mann Whitney U Testi

Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin gelir-gider durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Gelir-Gider Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Gelir-Gider Durumu		p*	Gelir-Gider Durumu		p*
	Geliri Giderine Az Olanlar	Geliri Giderine Eşit/Fazla Olanlar		Geliri Giderine Az Olanlar	Geliri Giderine Eşit/Fazla Olanlar	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,3±2,8	25,8±3,3	0,205	23,0±5,4	23,3±4,6	0,961
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,0±3,0	29,7±2,8	0,152	29,9±2,5	28,8±3,5	0,081
<b>Saygı</b>	15,5±1,9	16,2±1,6	0,065	16,0±1,7	15,8±2,2	1,000
<b>Sosyal Beceri</b>	18,0±2,7	18,6±2,5	0,250	19,9±2,8	19,1±2,5	0,068
<b>Toplam Puan</b>	87,9±7,8	90,3±8,0	0,069	88,8±9,1	87,0±9,6	0,294

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 18’de özetlenmiştir. Sigara kullanan katılımcılarda Saygı ve Sosyal Beceri ölçek alt boyutlarından alınan puanlar sigara kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir (sırasıyla  $p=0,018$ ;  $p=0,014$ ). Diğer değişkenler arasında önemli fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18.** Katılımcıların Sigara Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Sigara Kullanım Durumu		p*
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	24,0±5,1	24,8±3,5	0,482
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±3,3	29,3±2,9	0,868
<b>Saygı</b>	16,0±2,1	15,7±1,8	<b>0,018</b>
<b>Sosyal Beceri</b>	19,3±2,5	18,5±2,7	<b>0,014</b>
<b>Toplam Puan</b>	88,5±10,0	88,3±7,8	0,567

\*Mann Whitney U Testi

Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin sigara kullanım durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 19’de özetlenmiştir. Dahili branşlardaki sigara kullanan katılımcılarda Saygı ve Sosyal Beceri ölçek alt boyutlarından alınan puanlar sigara kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir (sırasıyla p=0,019; p=0,025). Diğer değişkenler arasında önemli fark tespit edilmemiştir (p>0,05).

**Tablo 19.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Sigara Durumu	Kullanım	p*	Sigara Durumu	Kullanım	p*
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,9±3,4	25,4±2,9	0,157	22,3±5,6	23,8±4,3	0,172
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,7±3,2	29,1±2,8	0,375	28,8±3,3	29,6±3,0	0,249
<b>Saygı</b>	16,3±1,8	15,6±1,8	<b>0,019</b>	15,8±2,4	15,9±1,6	0,402
<b>Sosyal Beceri</b>	19,1±2,5	18,0±2,6	<b>0,025</b>	19,5±2,5	19,4±2,7	0,747
<b>Toplam Puan</b>	91,0±8,7	88,1±7,6	0,056	86,5±10,7	88,7±8,3	0,389

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 20’de özetlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05).

**Tablo 20.** Katılımcıların Alkol Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Durumu		p*
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	24,0±5,1	24,8±3,5	0,901
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±3,3	29,3±2,9	0,338
<b>Saygı</b>	16,0±2,1	15,7±1,8	0,286
<b>Sosyal Beceri</b>	19,3±2,5	18,5±2,7	0,623
<b>Toplam Puan</b>	88,5±10,0	88,3±7,8	0,425

\*Mann Whitney U Testi

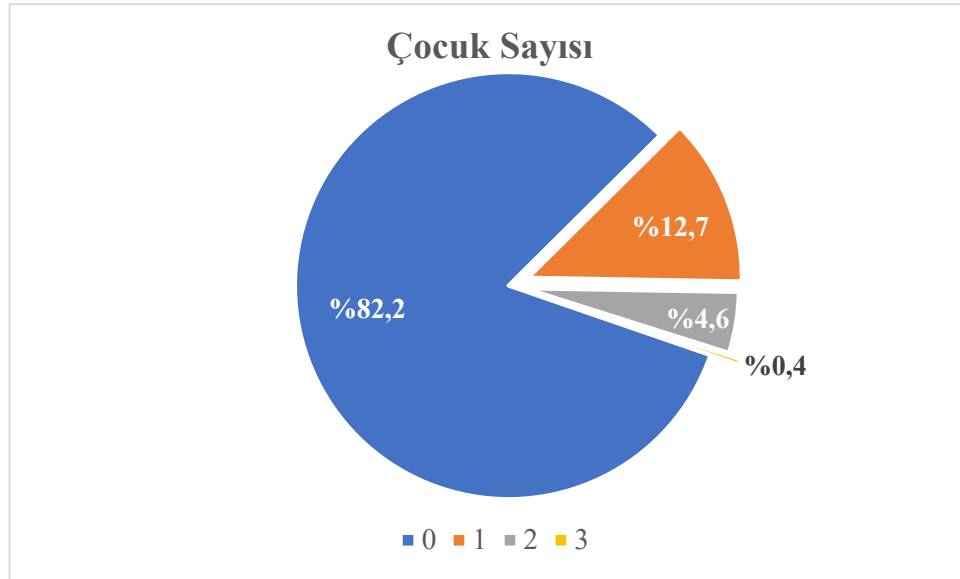
Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin alkol kullanım durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Alkol Kullanım Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Alkol Durumu	Kullanım	p*	Alkol Durumu	Kullanım	p*
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,9±3,4	25,4±2,9	0,908	22,3±5,6	23,8±4,3	0,790
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,7±3,2	29,1±2,8	0,724	28,8±3,3	29,6±3,0	0,298
<b>Saygı</b>	16,3±1,8	15,6±1,8	0,620	15,8±2,4	15,9±1,6	0,333
<b>Sosyal Beceri</b>	19,1±2,5	18,0±2,6	0,544	19,5±2,5	19,4±2,7	0,979
<b>Toplam Puan</b>	91,0±8,7	88,1±7,6	0,809	86,5±10,7	88,7±8,3	0,379

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların çocuk sayılarının dağılımı Şekil 4'te verilmiştir. Katılımcıların %82,2'si (s=213) çocuk sahibi değilken, %12,7'si (s=33) 1 çocuk, %4,6'sı (s=12) 2 çocuk ve %0,4'ü (s=1) 3 çocuk sahibidir.



**Şekil 4.** Katılımcıların Çocuk Sayılarının Dağılımı

Katılımcıların çocuk sayısı duruma göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 22’de verilmiştir. Gruplar arasında Sosyal Beceri ölçek alt boyutunda istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ( $p=0,005$ ). Çocuk sayısı 2-3 olanların Sosyal Beceri ölçek alt boyutundan aldığı puanlar çocuk sahibi olmayanlar veya 1 çocuk sahibi olanlardan önemli düzeyde yüksektir. Diğer değişkenler arasında önemli bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 22.** Katılımcıların Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı			p*
	0	1	2-3	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPIBÖ Boyutlar</b>				
<b>Empati</b>	24,8±3,9	23,6±4,6	23,4±4,7	0,339
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±3,0	29,7±2,7	30,0±2,9	0,287
<b>Saygı</b>	15,8±1,9	16,0±1,6	16,4±1,7	0,477
<b>Sosyal Beceri</b>	18,6±2,7 <sup>a</sup>	18,9±2,4 <sup>a</sup>	20,8±1,6 <sup>b</sup>	<b>0,005</b>
<b>Toplam Puan</b>	88,3±8,6	88,2±8,4	90,6±8,6	0,292

\*Kruskal Wallis Testi, Not: Satırlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.

Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin çocuk sayısı durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 23’de verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 23.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş Çocuk Sayısı			p*	Cerrahi Branş Çocuk Sayısı			p*
	0	1	2-3		0	1	2-3	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>								
<b>Empati</b>	25,6±3,0	25,2±3,4	23,5±2,1	0,530	23,2±5,0	23,0±4,9	23,4±5,1	0,968
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±2,9	29,6±3,0	30,5±0,7	0,617	29,0±3,3	29,7±2,7	29,9±3,1	0,473
<b>Saygı</b>	15,8±1,9	15,8±1,6	16,5±2,1	0,873	15,8±2,1	16,0±1,6	16,4±1,7	0,633
<b>Sosyal Beceri</b>	18,2±2,7	18,7±1,4	20,0±1,4	0,419	19,3±2,7	19,0±2,7	21,0±1,7	0,051
<b>Toplam Puan</b>	88,8±8,1	89,2±6,4	90,5±6,4	0,861	87,2±9,5	87,8±9,2	90,6±9,2	0,335

\*Kruskal Wallis Testi

Kadın katılımcıların çocuk sayısı duruma göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24.** Kadın Katılımcıların Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı (Ort±SS)			p*
	0	1	2-3	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>Empati</b>	25,3±3,1	24,4±3,7	25,0±2,2	0,714
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,3±2,9	30,2±2,1	31,5±1,3	0,096
<b>Saygı</b>	15,9±1,7	15,8±1,6	16,0±1,4	0,988
<b>Sosyal Beceri</b>	18,6±2,6	18,5±2,4	21,3±1,7	0,115
<b>Toplam Puan</b>	89,1±7,4	88,8±7,6	93,8±5,3	0,315

\*Kruskal Wallis Testi

Dahili ve cerrahi branştaki kadın araştırma görevlilerinin çocuk sayısı durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 25'te özetlenmiştir. Gruplar arasında Sosyal Beceri ölçek alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark vardır ( $p=0,035$ ). Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur.

**Tablo 25.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Kadın Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş Çocuk Sayısı			p*	Cerrahi Branş Çocuk Sayısı			p*
	0	1	2-3		0	1	2-3	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>		<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>Empati</b>	25,7±2,6	25,8±1,9	23,5±2,1	0,443	24,5±3,9	23,9±4,1	26,5±0,7	0,642
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±2,9	29,6±3,2	30,5±0,7	0,674	29,4±3,0	30,4±1,6	32,5±0,7	0,166
<b>Saygı</b>	15,8±1,7	15,4±1,8	16,5±2,1	0,777	16,1±1,6	15,9±1,6	15,5±0,7	0,740
<b>Sosyal Beceri</b>	18,2±2,7	18,4±1,3	20,0±1,4	0,520	19,7±2,3	18,6±2,7	22,5±0,7	<b>0,035</b>
<b>Toplam Puan</b>	88,8±7,6	89,2±6,8	90,5±6,4	0,849	89,7±7,0	88,7±8,1	97,0±1,4	0,243

\*Kruskal Wallis Testi

Erkek katılımcıların çocuk sayısı duruma göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 26’da gösterilmiştir. Gruplar arasında Sosyal Beceri ölçek alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ( $p=0,029$ ). Çocuk sayısı 2-3 olanların Sosyal Beceri ölçek alt boyutu puanları çocuk sahibi olmayanlardan önemli düzeyde yüksektir. Diğer değişkenler arasında önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 26.** Erkek Katılımcıların Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı (Ort±SS)			p*
	0	1	2-3	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>Empati</b>	24,0±4,8	22,6±5,5	22,7±5,5	0,556
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,0±3,3	29,0±3,4	29,3±3,2	0,914
<b>Saygı</b>	15,7±2,3	16,2±1,6	16,6±1,8	0,378
<b>Sosyal Beceri</b>	18,5±2,9 <sup>a</sup>	19,4±2,3 <sup>a,b</sup>	20,7±1,7 <sup>b</sup>	<b>0,029</b>
<b>Toplam Puan</b>	87,1±10,0	87,3±9,7	89,2±9,7	0,664

\*Kruskal Wallis Testi, Not: Satırlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.

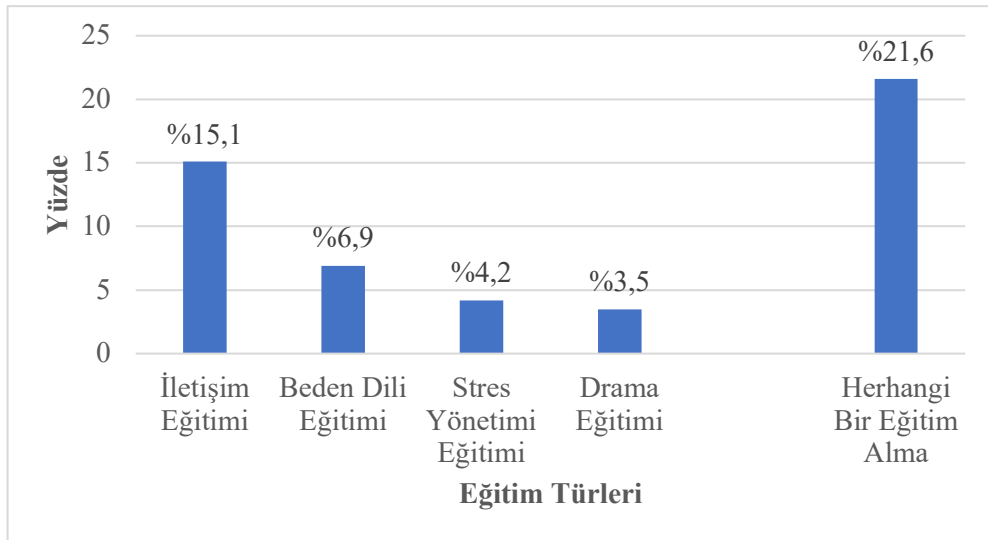
Dahili ve cerrahi branştaki erkek araştırma görevlilerinin çocuk sayısı durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 27.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Erkek Araştırma Görevlilerinin Çocuk Sayısı Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş			
	Çocuk Sayısı		p*	Çocuk Sayısı			p**
	0	1		0	1	2-3	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPIBÖ Boyutlar</b>							
<b>Empati</b>	25,4±3,6	24,5±5,0	0,779	21,7±5,7	21,9±5,8	22,7±5,5	0,833
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,3±3,0	29,5±3,1	0,646	28,5±3,6	28,8±3,6	29,3±3,2	0,774
<b>Saygı</b>	15,8±2,2	16,3±1,5	0,941	15,4±2,5	16,2±1,7	16,6±1,8	0,403
<b>Sosyal Beceri</b>	18,2±2,8	19,0±1,6	0,504	18,8±3,0	19,6±2,6	20,7±1,7	0,252
<b>Toplam Puan</b>	88,7±8,9	89,3±6,8	0,871	84,5±11,2	86,5±10,8	89,2±9,7	0,341

\* Mann Whitney U Testi \*\*Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların iletişim eğitimi alma durumları Şekil 5’de verilmiştir. Araştırma görevlilerinin %21,6’sı (n=56) herhangi bir eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim türlerinden ise katılımcıların %15,1’i iletişim eğitimi, %6,9’u beden dili eğitimi, %4,2’si stres yönetimi eğitimi, %3,5’u drama eğitimi almıştır.



**Şekil 5.** Katılımcıların İletişim Eğitimi Alma Durumu

Katılımcıların branşa göre iletişim eğitimi alma durumlarının karşılaştırılması Tablo 28’de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 28.** Katılımcıların Branşa Göre İletişim Eğitimi Alma Durumlarının Karşılaştırılması

	Dahili Branş	Cerrahi Branş	p*
	s (%)	s (%)	
<b>Eğitim Türü</b>			
İletişim	25 (16,2)	14 (13,3)	0,522
Beden Dili	8 (5,2)	10 (9,5)	0,179
Stres Yönetimi	7 (4,5)	4 (3,8)	1,000
Drama	6 (3,9)	3 (2,9)	0,743
Herhangi Bir Eğitim	32 (20,8)	24 (22,9)	0,690

\*Ki-kare Testi

Katılımcıların iletişim eğitimi alma durumuna göre iletişim becerisini yeterli bulma durumlarının karşılaştırılmasına bakıldığında, eğitim alanların %83,9'u (s=47) iletişim becerisini yeterli bulurken, eğitim almayanların %71,4'ü (s=145) iletişim becerisini yeterli bulmaktadır. Yüzdeler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (p=0,059) (Tablo 29).

**Tablo 29.** Katılımcıların İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre İletişim Becerisini Yeterli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Alma Durumu		p*
	Evet	Hayır	
	s (%)	s (%)	
<b>İletişim Becerisi Yeterli Mi?</b>			
Evet	47 (83,9)	145 (71,4)	0,059
Hayır	9 (16,1)	58 (28,6)	

\*Ki-kare Testi

Katılımcıların branşa göre iletişim eğitimi alma durumuna göre iletişim becerisini yeterli bulma durumlarının karşılaştırılması Tablo 30'da verilmiştir. Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin iletişim eğitimi alma durumları ile iletişim becerisini yeterli bulma arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0,085; p=0,217).

**Tablo 30.** Katılımcıların Branşa Göre İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre İletişim Becerisini Yeterli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması

	Dahili Branş		p	Cerrahi Branş		p*
	Eğitim Durumu	Alma		Eğitim Durumu	Alma	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
	s (%)	s (%)	s (%)	s (%)		
<b>İletişim Becerisi Yeterli Mi?</b>						
Evete	30 (93,8)	99 (81,1)	0,085	17 (70,8)	46 (56,8)	0,217
Hayır	2 (6,3)	23 (18,9)		7 (29,2)	35 (43,2)	

\*Ki-kare Testi

Katılımcıların iletişim eğitimi alma durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 31’de özetlenmiştir. İletişim eğitimi alan katılımcıların Empati ve Saygı ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar iletişim eğitimi almayan katılımcıların puanlarından istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,018; p=0,019). Diğer değişkenler arasında önemli bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 31.** Katılımcıların İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	İletişim Eğitimi Alma Durumu		p*
	Evete	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	25,6±3,3	24,3±4,2	<b>0,018</b>
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,6±2,7	29,2±3,1	0,324
<b>Saygı</b>	16,4±1,7	15,7±1,9	<b>0,019</b>
<b>Sosyal Beceri</b>	18,4±2,4	18,8±2,8	0,230
<b>Toplam Puan</b>	90,0±7,0	87,9±8,9	0,055

\*Mann Whitney U Testi

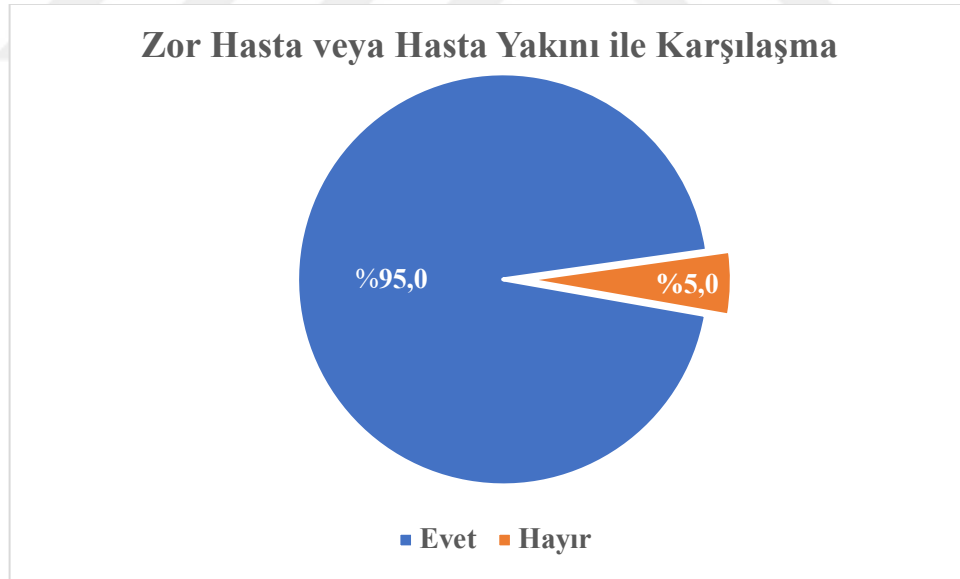
Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin iletişim eğitimi alma durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 32’de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 32.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin İletişim Eğitimi Alma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Branş					
	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	İletişim Eğitimi Alma Durumu		p*	İletişim Eğitimi Alma Durumu		p*
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	26,2±2,4	25,3±3,2	0,133	24,9±4,2	22,7±5,0	0,055
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,5±2,8	29,2±3,0	0,507	29,7±2,7	29,1±3,3	0,416
<b>Saygı</b>	16,4±1,3	15,6±1,9	0,054	16,3±2,1	15,8±1,9	0,130
<b>Sosyal Beceri</b>	17,7±2,1	18,4±2,7	0,192	19,3±2,5	19,4±2,7	0,667
<b>Toplam Puan</b>	89,8±5,8	88,6±8,4	0,204	90,2±8,6	87,0±9,6	0,125

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların zor hasta veya hasta yakını ile karşılaşma durumları Şekil 6'da verilmiştir. Araştırma görevlilerinin %95,0'ı (s=246) zor hasta veya hasta yakını ile karşılaştığını belirtmiştir.



**Şekil 6.** Katılımcıların Zor Hasta veya Hasta Yakını ile Karşılaşma Durumları

Katılımcıların branşa göre zor hasta veya hasta yakını ile karşılaşma durumlarının karşılaştırılmasına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (p=0,114) (Tablo 33).

**Tablo 33.** Katılımcıların Branşa Göre Zor Hasta veya Hasta Yakını ile Karşılaşma Durumlarının Karşılaştırılması

	Dahili Branş	Cerrahi Branş	p*
	n (%)	n (%)	
<b>Zor Hasta veya Hasta Yakını ile Karşılaşma Durumu</b>			
Evet	149 (96,8)	97 (92,4)	0,114
Hayır	5 (3,2)	8 (7,6)	

\*Ki-kare Testi

Katılımcıların zor hasta ile karşılaşma durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, zor hasta ile karşılaşan katılımcıların Bilgilendirici İletişim alt ölçek puanından aldığı puanlar karşılaşmayan hastalara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde düşüktür ( $p=0,044$ ). Diğer değişkenler arasında önemli bir fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 34).

**Tablo 34.** Katılımcıların Zor Hasta ile Karşılaşma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Zor Hasta ile Karşılaşma Durumu		p*
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	24,5±4,1	26,0±4,4	0,062
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±3,0	30,8±2,1	<b>0,044</b>
<b>Saygı</b>	15,8±1,9	16,5±1,6	0,142
<b>Sosyal Beceri</b>	18,7±2,6	19,2±3,4	0,451
<b>Toplam Puan</b>	88,2±8,5	92,5±8,4	0,064

\*Mann Whitney U Testi

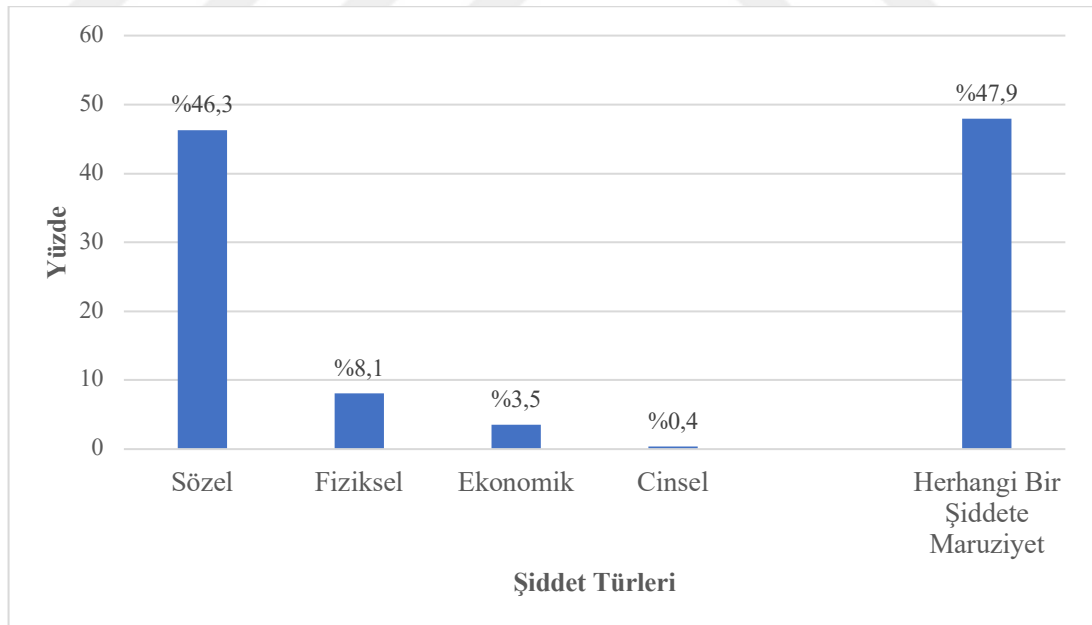
Dahili ve cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin zor hasta ile karşılaşma durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 35'te gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 35.** Dahili ve Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Zor Hasta ile Karşılaşma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş			Cerrahi Branş		
	Zor Hasta ile Karşılaşma Durumu		p*	Zor Hasta ile Karşılaşma Durumu		p*
	Evet	Hayır		Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,4±3,1	27,8±2,0	0,057	23,0±4,9	24,9±5,2	0,195
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±2,9	30,2±1,9	0,310	29,1±3,2	31,1±2,3	0,077
<b>Saygı</b>	15,7±1,8	17,0±1,4	0,109	15,9±2,0	16,3±1,7	0,631
<b>Sosyal Beceri</b>	18,2±2,6	20,2±2,8	0,145	19,5±2,5	18,6±3,9	0,592
<b>Toplam Puan</b>	88,6±7,9	95,2±6,9	0,058	87,5±9,4	90,9±9,2	0,331

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların şiddete maruz kalma durumları Şekil 7’de verilmiştir. Herhangi bir şiddete maruz kalanların yüzdesi %47,9’dur (s=124). Şiddet türlerine bakıldığında; araştırma görevlileri %46,3 sözel, %8,1 fiziksel, %3,5 ekonomik ve %0,4 cinsel şiddet yaşadığını belirtmiştir.



**Şekil 7.** Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları

Katılımcıların branşa göre şiddete maruz kalma durumlarının karşılaştırılması Tablo 36’da gösterilmiştir. Cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin fiziksel şiddet görme oranları (%12,4), dahili branştaki araştırma görevlilerinin fiziksel şiddet görme

oranlarına (%5,2) göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,038). Diğer şiddet türleri ve herhangi bir şiddete maruz kalma açısından gruplar arasında önemli fark saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 36.** Katılımcıların Branşa Göre Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması

	<b>Dahili Branş</b>	<b>Cerrahi Branş</b>	p*
	s (%)	s (%)	
<b>Şiddet Türü</b>			
Sözel	79 (51,3)	41 (39,0)	0,052
Fiziksel	8 (5,2)	13 (12,4)	<b>0,038</b>
Ekonomik	5 (3,2)	4 (3,8)	1,000
Cinsel	0 (0,0)	1 (1,0)	0,405
Herhangi Bir Şiddete Maruziyet	81 (52,6)	43 (41,0)	0,065

\*Ki-kare Testi

Katılımcıların şiddete maruz kalma durumuna göre HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 37’de verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 37.** Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumuna Göre HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	<b>Şiddete Maruz Kalma</b>		p*
	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>			
<b>Empati</b>	24,6±4,0	24,5±4,2	0,885
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,4±3,0	29,1±3,0	0,408
<b>Saygı</b>	15,9±1,7	15,8±2,1	0,953
<b>Sosyal beceri</b>	19,0±2,6	18,5±2,8	0,152
<b>Toplam Puan</b>	89,0±8,4	87,8±8,8	0,497

\*Mann Whitney U Testi

Katılımcıların branşa göre şiddete maruz kalma durumu ve HP-CSS-TR Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; gruplar arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05) (Tablo 38).

**Tablo 38.** Katılımcıların Branşa Göre Şiddete Maruz Kalma Durumu ve HP-CSS-TR Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Dahili Branş		p*	Cerrahi Branş		p*
	Şiddete Maruz Kalma			Şiddete Maruz Kalma		
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>						
<b>Empati</b>	25,8±3,0	25,2±3,1	0,371	22,6±4,7	23,6±5,1	0,186
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,7±3,0	28,8±2,8	0,057	28,9±3,1	29,5±3,2	0,386
<b>Saygı</b>	15,9±1,8	15,7±1,9	0,625	15,9±1,6	15,9±2,2	0,614
<b>Sosyal beceri</b>	18,7±2,5	17,8±2,7	0,066	19,6±2,6	19,3±2,6	0,514
<b>Toplam Puan</b>	90,0±8,0	87,5±7,7	0,113	87,0±8,7	88,2±9,9	0,354

\*Mann Whitney U Testi

Mesleki deneyim süresi ile HP-CSS-TR Ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 39’da verilmiştir. Değişkenler arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 39.** Mesleki Deneyim Süresi ile HP-CSS-TR Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	SPİBÖ Boyutlar				
	Empati	Bilgilendirici İletişim	Saygı	Sosyal Beceri	Toplam Puan
<b>Mesleki Deneyim Süresi (yıl)</b>	r=0,053 p=0,400	r=0,043 p=0,492	r=0,049 p=0,434	r=0,038 p=0,538	r=0,074 p=0,238

Spearman Korelasyon Testi

Dahili branştaki araştırma görevlilerinin mesleki deneyim süresi ile HP-CSS-TR Ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 40’da gösterilmiştir. Değişkenler arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 40.** Dahili Branştaki Araştırma Görevlilerinin Mesleki Deneyim Süresi ile HP-CSS-TR Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	SPİBÖ Boyutlar				
	Empati	Bilgilendirici İletişim	Saygı	Sosyal Beceri	Toplam Puan
<b>Meslek Deneyim Süresi (yıl)</b>	r=-0,006 p=0,944	r=-0,015 p=0,858	r=-0,050 p=0,537	r=0,021 p=0,798	r=-0,008 p=0,922

\*Spearman Korelasyon Testi

Cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin mesleki deneyim süresi ile HP-CSS-TR Ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, mesleki deneyim ile Empati ve Saygı alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $r=0,229$ ;  $p=0,019$  &  $r=0,207$ ;  $p=0,034$ ). Diğer değişkenler arasında önemli bir ilişki mevcut değildir (Tablo 41).

**Tablo 41.** Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Mesleki Deneyim Süresi ile HP-CSS-TR Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	SPİBÖ Boyutlar				
	Empati	Bilgilendirici İletişim	Saygı	Sosyal Beceri	Toplam Puan
<b>Meslek Deneyim Süresi (yıl)</b>	$r=0,229$ $p=0,019$	$r=0,107$ $p=0,279$	$r=0,207$ $p=0,034$	$r=-0,017$ $p=0,865$	$r=0,188$ $p=0,055$

Spearman Korelasyon Testi

Katılımcıların nöbet sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 42’de gösterilmiştir. Nöbet sıklığı ile Empati alt boyutu arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır ( $p=0,039$ ). Diğer değişkenler arasında önemli fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 42.** Katılımcıların Nöbet Sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Nöbet Sıklığı				p*
	Hiç	1-3	4-6	7 ve Üzeri	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>					
<b>Empati</b>	25,6±3,0	24,3±3,6	25,0±4,0	23,2±5,0	<b>0,039</b>
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±2,7	29,3±3,3	29,5±3,2	28,9±2,6	0,600
<b>Saygı</b>	15,9±2,1	15,9±2,0	16,1±1,6	15,3±1,9	0,119
<b>Sosyal Beceri</b>	18,3±2,5	19,1±2,5	18,9±2,6	18,4±3,0	0,215
<b>Toplam Puan</b>	89,1±7,6	88,6±8,4	89,6±8,4	85,8±9,4	0,132

\*Kruskal Wallis Testi

Dahili branştaki araştırma görevlilerinin nöbet sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 43’de verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 43.** Dahili Branştaki Araştırma Görevlilerinin Nöbet Sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Nöbet Sıklığı				p*
	Hiç	1-3	4-6	7 ve Üzeri	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>					
<b>Empati</b>	25,9±2,8	24,8±3,2	25,9±2,7	25,1±3,7	0,395
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±2,6	29,4±3,6	29,4±2,9	28,9±2,4	0,945
<b>Saygı</b>	16,2±1,9	15,5±2,1	15,9±1,6	15,5±1,8	0,197
<b>Sosyal Beceri</b>	18,0±2,5	18,8±2,6	18,6±2,4	17,3±3,0	0,112
<b>Toplam Puan</b>	89,3±7,2	88,5±9,2	89,8±7,1	86,8±8,8	0,447

\*Kruskal Wallis Testi

Cerrahi branştaki araştırma görevlilerinin nöbet sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 44’de özetlenmiştir. Nöbet sıklığı ile Saygı alt boyutu arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır ( $p=0,008$ ). Nöbet sıklığı 1-3 olan araştırma görevlilerinin Saygı alt boyutu puanları, 7 ve üzeri olanlardan önemli düzeyde yüksektir. Diğer değişkenler arasında önemli fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 44.** Cerrahi Branştaki Araştırma Görevlilerinin Nöbet Sıklığı ile HP-CSS-TR Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Nöbet Sıklığı				p*
	Hiç	1-3	4-6	7 ve Üzeri	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>SPİBÖ Boyutlar</b>					
<b>Empati</b>	24,4±3,7	23,4±4,2	24,0±4,9	21,5±5,5	0,182
<b>Bilgilendirici İletişim</b>	29,2±3,1	29,1±2,7	29,7±3,6	28,9±2,8	0,637
<b>Saygı</b>	14,8±2,6 <sup>a,b</sup>	16,7±1,6 <sup>a</sup>	16,3±1,7 <sup>a,b</sup>	15,2±2,1 <sup>b</sup>	<b>0,008</b>
<b>Sosyal Beceri</b>	19,4±2,2	19,7±2,4	19,3±2,7	19,4±2,8	0,975
<b>Toplam Puan</b>	87,9±9,7	88,8±7,0	89,3±9,8	85,0±9,9	0,261

\*Kruskal Wallis Testi, Not: Satırlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.

## 7. TARTIŞMA

Bu araştırmada dahili ve cerrahi bilimlerde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin iletişim becerileri, Sağlık Profesyionellerine Yönelik İletişim Becerileri leği (HP-CSS-TR) aracılığıyla değerlendirilmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre, HP-CSS-TR toplam puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu durum, temel iletişim becerilerinin tüm tıp uzmanlık alanlarında belirli bir düzeyde geliştiğini ve belki de tıp eğitiminde verilen genel iletişim eğitiminin branş farkı gözetmeksizin ortak bir temel oluşturduğunu düşündürmektedir. Ancak, alt boyut analizleri branşlara özgü farklı iletişim eğilimlerini ortaya koymuştur.

Empati alt boyutunda, dahili branş hekimleri cerrahi branştaki meslektaşlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır ( $p<0,001$ ). Bu bulgu, dahili branşların genellikle uzun süreli hasta takibi, kronik hastalık yönetimi ve psikososyal etkileşim yoğunluğu gibi faktörlerle daha empatik bir iletişim ortamı sunduğunu düşündürmektedir. Silverman ve arkadaşları, etkili iletişimin yapılandırılmış bir yaklaşımla öğretilebileceğini ve bu becerilerin hasta memnuniyeti ve tedavi uyumu üzerinde belirleyici rol oynadığını vurgulamışlardır. Bu bağlamda hasta merkezli iletişimin daha yaygın olarak benimsendiği dahili disiplinlerde olduğu gibi cerrahi bilimlerde de empati becerisinin gelişiminin daha güçlü desteklenebileceği düşünülmektedir (13). Benzer şekilde Chauhan ve arkadaşları, empati ve destek becerilerinin tıp eğitiminde genellikle zayıf geliştiğini ancak sistematik eğitimle geliştirilebileceğini ortaya koymuştur (62). Shapiro ise biyomedikal yaklaşımın baskın olduğu öğrenme ortamlarında empatik iletişimin geri planda kalabileceğini ve bu durumun hekim-hasta ilişkisinde duygusal bağ kurma kapasitesini olumsuz etkileyebileceğini ifade etmektedir. Dolayısıyla empati becerilerinin yalnızca tıp eğitiminin erken dönemlerinde değil, uzmanlık eğitimi süresince de yapılandırılmış biçimde desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir (63).

Sosyal beceri alt boyutunda cerrahi branşlarda görev yapan araştırma görevlilerinin daha yüksek puan alması ( $p<0,001$ ), bu disiplinlerde sıklıkla karşılaşılan hızlı karar alma, ekip içi koordinasyon, zaman baskısı altında iletişim kurma ve operasyon öncesi bilgilendirme gibi iletişim gereksinimlerinin bir yansıması olabilir. Misseri ve arkadaşları, cerrah ve yoğun bakım uzmanları arasında yüksek riskli klinik kararlarda, etkili iletişimin hasta güvenliği ve tedavi başarısı açısından kritik önemde olduğunu vurgulamışlardır (64). Benzer şekilde Kennedy ve arkadaşları, bireyselleştirilmiş iletişim eğitimi uygulamalarının hekimlerin sosyal becerilerini ve empatik yaklaşımlarını güçlendirdiğini göstermiştir (65). Bu bulgular cerrahi branşta görev yapan hekimlerin yüksek tempolu, hızlı ve çok aktörlü klinik ortamlarda daha fonksiyonel sosyal iletişim becerileri geliştirme gerekliliğine işaret etmektedir.

Rider ve arkadaşlarının önerdiği Kalamazoo modeli de etkili iletişimin çok boyutlu doğasına dikkat çekerken yapısal iletişim, sözel olmayan ipuçları ve etkileşim yönetimi gibi boyutları öne çıkarmaktadır. Bu modelin doğrudan, yapılandırılmış ve zamanla sınırlı hasta-hekim iletişiminin yoğun olduğu cerrahi branşlara daha uygun bir iletişim çerçevesi sunduğu düşünülebilir (66). Öte yandan Gubbins ve Nixon, zaman baskısı ve aciliyetin ön planda olduğu ortamlarda empatik tutumun geri plana itilebileceğini belirtmiş, bu bağlam cerrahi branşlarda empati puanlarının daha düşük bulunmasını açıklayan bir zemin sunmuştur (67).

Çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin cinsiyetine göre iletişim becerileri karşılaştırıldığında; kadın katılımcıların empati alt boyutunda erkek meslektaşlarına kıyasla anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı saptanmıştır ( $p=0,039$ ). Ayrıca cerrahi branşta çalışan kadın hekimlerin hem empati alt boyutunda hem de iletişim becerileri toplam puanında erkek meslektaşlarına göre daha yüksek skorlar elde ettiği görülmüştür (sırasıyla  $p=0,014$  ve  $p=0,030$ ). Bu bulgular kadın hekimlerin hasta ile kurdukları iletişimde daha empatik ve ilişki odaklı bir yaklaşım benimseme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Bununla birlikte, bu çalışmada kadın ve erkek hekimlerin branşlara göre dağılımı benzer olmasına rağmen, empati düzeylerinin dahili branşta anlamlı olarak daha yüksek bulunması; bu farkın yalnızca cinsiyet etkisiyle açıklanamayacağını düşündürmektedir. Bu durum, dahili branşlarda daha yaygın olan uzun süreli hasta takibi, psikososyal değerlendirme yükü ve hasta ile sürdürülebilir duygusal temas gibi branşa özgü etkenlerin, empati düzeyini artırıcı

yönde etki etmiş olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla empati, sadece bireysel özelliklerin değil; aynı zamanda çalışılan branşın iletişimsel bağlamı ve uygulama kültürünün de şekillendirdiği çok boyutlu bir beceri olarak ele alınmalıdır. Cinsiyete dayalı iletişim farklılıkları literatürde de sıklıkla vurgulanmaktadır. Andersen ve ark., kadın tıp öğrencilerinin duygusal farkındalık ve empatik becerilerinin erkek meslektaşlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ve bu becerilerin hem hasta ilişkilerini hem de tedaviye uyumu olumlu etkilediğini belirtmiştir (68). Hashim hasta merkezli iletişimin temel bileşenlerinden birinin empati olduğunu vurgulamış ve empatik becerilerin, özellikle hastanın duygularını adlandırma, anlama ve destekle ilişkilendirme yolu ile yapılandırılabilmesini ifade etmiştir (26). Kadın hekimlerin hasta perspektifini anlama ve duygusal ifade biçimlerine daha fazla duyarlılık gösterdiklerine dair bulgular, bu çalışmanın empati alt boyutu sonuçlarıyla örtüşmektedir. Udawatta ve arkadaşlarının farklı uzmanlık alanlarından 33 asistan hekimin hasta memnuniyet verilerine dayanan çalışmasında, kadın asistanların iletişim becerileri açısından erkek meslektaşlarına göre daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Bu farkın, özellikle açıklık, empati ve hasta ihtiyaçlarına duyarlılık alanlarında yoğunlaştığı ifade edilmiştir. Bununla birlikte tüm branşlar değerlendirildiğinde cinsiyete göre “genel iletişim”, “tıbbi yeterlilik” ve “bakım kalitesi” gibi daha bütüncül değerlendirme başlıklarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (69). Öte yandan, empati gibi iletişim becerilerinin yalnızca bireysel eğilimlerle değil, eğitim müdahaleleriyle de gelişebileceği ortaya konmuştur. Berlachar ve arkadaşları, tıp fakültesi eğitiminde erken dönemde verilen iletişim eğitiminin, öğrencilerin hasta merkezli yaklaşımlarını belirgin şekilde arttırdığını ve bu etkinin özellikle kadın öğrencilerde daha kalıcı olduğunu vurgulamışlardır (70). Bu bağlamda uzmanlık eğitimi süresinde de bu tür eğitimlerin sürdürülmesi, iletişim becerilerinin cinsiyet farkı gözetmeksizin güçlendirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, cerrahi branşlarda görev yapan araştırma görevlilerinde mesleki deneyim süresi arttıkça empati ve saygı alt boyutunda önemli bir artış gözlemlenmiştir (sırasıyla  $r=0,229$ ;  $p=0,019$  ve  $r=0,207$ ;  $p=0,034$ ). Bu bulgu, mesleki kıdemin iletişim becerilerini olumlu etkilediğini ve klinik uygulamalar yoluyla edinilen deneyimin iletişimsel yetkinlikleri pekiştirdiğini göstermektedir. Literatürde de benzer biçimde, deneyimin iletişim becerileri üzerinde yapıcı bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır.

Shamaskin-Garroway ve arkadaşları uzmanlık eğitim süresi devam eden hekimlere yönelik uygulanan iletişim koçluğu programında deneyimle birlikte öz farkındalığın arttığını, bu farkındalığın da empati ve profesyonellik alanlarında gelişim sağladığını göstermiştir. Programın yalnızca beceri kazandırmakla kalmayıp, aynı zamanda tükenmişlik belirtilerini azaltıcı etkisi de olduğu belirtilmiştir (71). Benzer şekilde Moreci ve arkadaşlarının cerrahi uzmanlık eğitimi bağlamında uyguladığı yetkinlik temelli pilot programda, yapılandırılmış gözlem ve geri bildirim süreçlerinin etkisiyle iletişimsel yeterliklerde belirgin artış saptanmıştır. Çalışmada doğrudan empati ve saygı alt boyutları değerlendirilmemiş olmakla birlikte katılımcıların klinik karar verme süreçlerinde daha açık iletişim kurdukları ve hasta-hekim etkileşiminde kendilerine daha fazla güven duydukları belirtilmiştir (72). Bu bulgular, karar alma baskısının yüksek olduğu cerrahi branşlarda mesleki deneyimin belirli iletişim alt boyutlarının gelişimine katkı sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Ancak bu gelişimin tüm iletişim boyutlarına genellenemeyeceği, ayrıca benzer ilişkinin dahili branşlarda gözlemlenmediği unutulmamalıdır. Bu nedenle, empati ve saygı gibi iletişim boyutlarında deneyime bağlı olarak ortaya çıkabilecek potansiyel gelişimin, ancak yapılandırılmış eğitim programları ve sürekli geri bildirim mekanizmalarıyla daha güçlü ve sürdürülebilir hale getirilebileceği düşünülmektedir.

Mesleki deneyim yılına ek olarak; bu çalışmada nöbet sıklığı da iletişim becerileri ile ilişkili bir değişken olarak değerlendirilmiştir. Tüm katılımcılar düzeyinde nöbet sıklığı arttıkça empati alt boyut puanlarında anlamlı bir düşüş gözlenmiştir ( $p=0,039$ ). Cerrahi branş özelinde ise ayda 1-3 nöbet tutan hekimlerin saygı alt boyut puanları, 7 ve üzeri nöbet tutanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,008$ ). Bu durum artan nöbet yükünün, yalnızca fiziksel değil aynı zamanda iletişimsel düzeyde de bir yıpranma etkisi yarattığını düşündürmektedir. Li ve arkadaşlarının gece nöbetinde görev yapan hekim ve hemşirelerle yürüttüğü niteliksel çalışmada da zihinsel yorgunluk, zamanlama sorunları ve dikkat dağınıklığı gibi etkenlerin etkili iletişimi sekteye uğrattığı gösterilmiştir. Özellikle empati ve açıklık gerektiren durumlarda, bu koşulların iletişimi belirgin şekilde zorlaştırdığı belirtilmiştir (73).

Araştırma görevlilerinin çocuk sahibi olma durumları ile iletişim becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde çocuk sahibi olan katılımcıların, olmayanlara kıyasla

sosyal beceri alt boyutundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ( $p=0,045$ ). Bu fark, özellikle 2–3 çocuk sahibi olan katılımcılarda belirginleşmiş, bu grubun sosyal beceri puanları hem çocuk sahibi olmayanlara hem de yalnızca 1 çocuk sahibi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ( $p=0,005$ ). Bu verilere dayanarak çocuk yetiştirmenin; empati, sabır, dinleme ve duyguların düzenleme gibi kişilerarası iletişimde işlevsel becerilerin gelişimine katkı sağlayabileceği yorumu yapılabilir. Özellikle sağlık profesyonelleri için iş yaşamında önemli olan anlayışlı, dikkatli ve açık iletişim tarzı, ebeveynlik deneyimi ile doğal biçimde şekillenebilir. Nitekim klinik uygulamalarda karşılaşılan stresli ya da karmaşık durumlarda hasta ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurabilme yetisi ebeveynlik ile kazanılan sosyal ve duygusal yeterlilikten beslenebilir. Ayrıca bu ilişkinin cinsiyet farkı gözetmeksizin hem kadın hem erkek katılımcılarda gözlenmiş olması, çocuk sahibi olmanın biyolojik cinsiyetten çok sosyal rol ve deneyim temelli olduğunu işaret etmektedir. Bununla birlikte özellikle kadın cerrahların 2-3 çocuk sahibi olduklarında sosyal beceri puanlarının en yüksek değerlere ulaştığı da dikkat çekmektedir ( $p=0,035$ ).

Bu çalışmada iletişim eğitimi almış araştırma görevlilerinin empati ve saygı alt boyutlarında, eğitim almayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek puanlara sahip oldukları saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu bulgu yapılandırılmış bir iletişim eğitiminin kişilerarası duyarlılık ve profesyonel tutuma katkı sağlayabileceğini yansıtmaktadır. Literatürde bu durumu destekleyen çeşitli bulgular mevcuttur. Patel ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde, tıp eğitiminde empati ve şefkati geliştirmeye yönelik iletişim programlarının %75'inin öğrenenlerde anlamlı gelişim sağladığı belirtilmiştir. Özellikle rol yapma, gözlem ve yapılandırılmış geribildirim yöntemlerinin bu etkiyi artırdığı vurgulanmıştır. Ancak derlemede yer alan çalışmaların yöntemsel çeşitliliği ve etki ölçüm sürelerinin kısa oluşu, uzun vadeli kazanımlar konusunda sınırlılık oluşturmaktadır (74). Mendez ve arkadaşlarının yoğun bakım ortamlarına yönelik sistematik derlemesinde ise, simülasyon ve gözlem temelli iletişim eğitimlerinin kısa vadede hekimlerin iletişim becerilerini artırdığı, özellikle duyguya yanıt verme ve zor etkileşimleri yönetme konularında belirgin gelişim sağladığı bildirilmiştir ancak çalışmalarda uzun dönemli takip verilerinin azlığı, bu kazanımların kalıcılığı hakkında yorum yapmayı zorlaştırmaktadır (75). Cerrahi alan özelinde yürütülen karma yöntemli bir araştırmada, Zucker ve arkadaşları, cerrahların

iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik programların mevcut olduğunu, ancak bu müdahalelerin hasta bakımına olan doğrudan etkisini ölçen çalışmaların sayıca az ve yöntemsel açıdan sınırlı olduğunu belirtmiştir. Bu durum, eğitim müdahalelerinin etkililiğini değerlendirmek için daha kapsamlı araştırmalara olan ihtiyacı vurgulamaktadır (76).

Çalışmada elde edilen dikkat çekici bulgulardan biri, sigara kullanan araştırma görevlilerinin saygı ( $p=0,018$ ) ve sosyal beceri ( $p=0,014$ ) alt boyutlarında, kullanmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almış olmalarıdır. Ağırlıklı olarak dahili branşta görev yapanlar arasında sigara kullananların saygı ve sosyal beceri skorlarının anlamlı düzeyde yüksekliği bu ilişkinin yalnızca cerrahi ortamlara özgü olmadığını göstermekte; sigara kullanımının iletişim becerileriyle ilişkisini belirleyen daha genel davranışsal ya da psikososyal faktörlerin rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Bu durumun altında yatan olası nedenler çok boyutlu değerlendirilebilir. Sigara kullanımı bazı bireyler için stresle baş etme aracı olarak işlev görebilmekte; bu da sosyal ortamda daha dışa dönük ya da etkileşimde daha esnek davranışlarla sonuçlanabilmektedir. Ayrıca bazı klinik ortamların, özellikle nöbet ve yoğunluk açısından daha yüksek taleplerde bulunan branşların, sigara kullanımına daha yatkın hekim profili ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir. Nitekim bu çalışmada cerrahi branşta görev yapan hekimlerin %42,9'unun sigara kullandığı, bu oranın dahili branşlara göre (%24,7) anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,002$ ). Sağlık profesyonellerinin örnek oluşturma sorumluluğu göz önünde bulundurulduğunda, sigara kullanımının iletişim becerileri üzerindeki olası dolaylı etkileri dikkatle yorumlanmalıdır. Bulguların doğrudan nedensel bir ilişki kurmadığı yalnızca ölçülen puan ortalamaları üzerinden bir fark gösterdiği unutulmamalıdır. Bu bağlamda sigara kullanımının sosyal beceri ya da saygı düzeyini artırdığı yönünde bir çıkarım yapmak yerine, bu bireylerin daha sosyal ya da daha açık iletişim profillerine sahip olmalarının ölçümlenen sonuçlara yansımış olabileceği düşünülmelidir.

Zor hasta ve hasta yakını ile daha sık karşılaştığını belirten araştırma görevlilerinin, bilgilendirici iletişim alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir ( $p=0,034$ ). Bu bulgu, stresli hasta etkileşimlerinin özellikle bilgi aktarımı gibi bilişsel yük ve duygu regülasyonu gerektiren iletişim

süreçlerinde zayıflamaya yol açabileceğini göstermektedir. Bilgilendirici iletişim yalnızca tıbbi verilerin paylaşımı değil aynı zamanda hasta ve yakınlarının anlamasını kolaylaştıran açık, yapılandırılmış ve empatik anlatım becerilerini içerdiğinden, bu becerilerin stres altında sekteye uğraması muhtemeldir. Wittenberg ve arkadaşlarının geliştirdiği COMFORT iletişim modeli, bu tür zorlayıcı klinik senaryolarda sağlık profesyonellerinin bilgilendirici ve destekleyici iletişim kurabilmesi için dikkatli dinleme, duygusal farkındalık ve yapılandırılmış açıklama becerilerini ön plana çıkarır. Modelin “mindful communication” ve “relating” başlıkları, özellikle hasta ve yakınlarıyla zorlu kararlar veya belirsizliklerin paylaşıldığı durumlarda bilişsel açıklık ve duygusal haasasiyetin birlikte yönetilmesi gerektiğini vurgular (77). Benzer biçimde Guttman ve arkadaşları, sağlık sistemindeki iletişim bariyerlerini tanımladıkları çalışmada; duygusal yüklenme, çevresel stres, bilişsel tükenmişlik ve konuşma güveni eksikliği gibi faktörlerin, karmaşık hasta etkileşimlerinde iletişim kalitesini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Özellikle bilgi verme sürecinde, sağlık profesyonellerinin zihinsel kaynakları tükenme eğiliminde olduğunda, açıklayıcı ve bütüncül iletişim tarzı yerine daha yüzeysel ya da savunmacı tepkilerin öne çıkabileceği ifade edilmiştir (38). Bu çerçevede değerlendirildiğinde, zor hasta ve hasta yakınlarıyla sık karşılaşan hekimlerin bilgilendirici iletişim performansında gözlemlenen düşüş, iletişim becerilerinin doğrudan yetkinlikten ziyade çevresel, duygusal ve mesleki stresörlerle şekillenen bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Uzmanlık eğitimi sürecinde, özellikle stres altındaki iletişim senaryolarına özel yapılandırılmış eğitim programlarının planlanması, yalnızca empatik değil, aynı zamanda bilgiye dayalı net iletişimi de sürdürülebilir kılmak açısından önem taşımaktadır.

Cerrahi branşta görev yapan araştırma görevlilerinin fiziksel şiddete maruz kalma oranı (%12,4), dahili branşta görev yapanlara kıyasla (%5,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,038$ ). Bununla birlikte, şiddete maruz kalma durumuna göre iletişim becerilerinin alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu durum, sağlık çalışanları için oldukça yıpratıcı bir deneyim olan şiddetin, iletişim becerileri üzerindeki etkilerinin karmaşık, dolaylı ve zamana yayılan süreçlerle şekillenebileceğini düşündürmektedir. Cerrahi branşların hızlı karar alma baskısı, yüksek tempolu klinik dinamikleri ve doğrudan hasta teması içeren yapısı, bu alanlardaki hekimleri şiddete karşı daha savunmasız hale getirebilir.

Tieu ve Mukherjee, cerrahların yalnızca şiddete uğrayan hastaların klinik bulgularını tanımakla kalmayıp, aynı zamanda bu vakalara yönelik iletişimsel sorumluluk taşıdıklarını vurgulamıştır. Travmaya bağlı baş, yüz ve karın yaralanmaları gibi durumlarda, cerrahların güven inşa eden, açık uçlu ve yargılayıcı olmayan bir iletişimle süreci yönetmeleri gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada, cerrahların bizzat iş yerinde şiddet veya duygusal baskıya maruz kalabilecekleri, bu durumun ise mesleki dayanıklılıklarını ve kişilerarası etkileşimlerini olumsuz etkileyebileceği ifade edilmiştir (78). Bu çerçevede değerlendirildiğinde, şiddete maruz kalan ve kalmayan araştırma görevlileri arasında iletişim becerileri açısından ölçülebilir bir fark saptanmamış olması; mesleki alışkanlıklar, duyarsızlaşma eğilimleri ya da çeşitli başa çıkma stratejilerinin bu etkiyi yüzeyde görünmez kılmış olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu durum, iletişim becerilerinin gerçekten korunabildiği anlamına gelmeyebilir; tersine, şiddetin yol açtığı olumsuz etkiler davranış düzeyinde hemen fark edilmeyen, ancak zamanla mesleki tükenmişlik ve kişilerarası uzaklaşma gibi biçimlerde ortaya çıkabilecek daha derin sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, görünürde sürdürülebilir iletişim performansına rağmen, sağlık çalışanlarının psikososyal dayanıklılığını destekleyecek yapısal müdahalelerin ihmal edilmemesi gerekmektedir.

Tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde, araştırma görevlilerinin iletişim becerilerinin yalnızca bireysel özellikler ve eğitim geçmişiyle değil; aynı zamanda klinik ortam, iş yükü, stres düzeyi ve duygusal deneyimlerle de şekillendiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle, iletişim becerilerinin sürdürülebilirliği için bireysel kapasite geliştirme çabalarının ötesine geçilerek, yapısal, eğitimsel ve kurumsal düzeyde çok katmanlı müdahale modellerine ihtiyaç duyulmaktadır.

## 8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu araştırma dahili ve cerrahi ilimlerde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin etkili iletişim becerilerini alt boyutlarıyla birlikte değerlendirmiş; bu becerilerin cinsiyet, deneyim süresi, nöbet sıklığı, ebeveynlik, iletişim eğitimi alma durumu ve zorlayıcı klinik koşullarla nasıl ilişkilendiğini ortaya koymuştur. Bulgular, iletişim becerilerinin yalnızca bireysel özellikler ve eğitimsel geçmişle değil; aynı zamanda çalışma ortamının yapısı, mesleki yük, stres düzeyi ve sosyal rollerle şekillendiğini göstermektedir.

Branşlar arasında toplam iletişim puanlarında anlamlı fark gözlenmemiş olması, tıp eğitiminde sunulan temel iletişim yaklaşımının belirli bir eşik sağlayabildiğini düşündürmektedir. Ancak alt boyutlardaki farklar, empati ve sosyal beceriler gibi iletişimsel boyutların branş dinamiklerinden, mesleki deneyim düzeyinden ve klinik bağlamın özelliklerinden önemli ölçüde etkilendiğini ortaya koymuştur. Cinsiyet farklılıkları, çocuk sahibi olma gibi yaşam deneyimleri ve eğitim müdahaleleri, iletişim kapasitesinin gelişiminde belirleyici sosyal ve eğitsel etkileri gözler önüne sermiştir.

Öte yandan nöbet sıklığı, zor hasta etkileşimleri ve fiziksel şiddet gibi stresörler, iletişim becerilerini doğrudan ya da dolaylı olarak zorlayabilmekte; bazı durumlarda davranış düzeyinde fark yaratmasa da uzun vadeli tükenmişlik, duyarsızlaşma veya duygusal mesafe gibi etkilerle iletişim kalitesini tehdit edebilmektedir. Bu çok katmanlı etkileşim ağı, iletişim becerilerinin dinamik bir yapıya sahip olduğunu ve hem bireysel hem kurumsal düzeyde sürekli desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çerçevede, uzmanlık eğitimi sürecinde yalnızca bilgiye ve teknik becerilere değil, iletişimsel yeterliliğin geliştirilmesine de sistematik biçimde odaklanan, yapılandırılmış, çok düzeyli ve sürdürülebilir programların hayata geçirilmesi gereklidir. Etkili iletişim becerileri yalnızca hasta ile kurulan ilişkinin kalitesini değil; sağlık profesyonelinin mesleki doyumunu, ekip içi iş birliğini ve hasta güvenliğini doğrudan etkileyen temel bir yetkinlik olarak değerlendirilmelidir.

Bununla birlikte, çalışmanın yalnızca Manisa Celal Bayar Üniversitesi'nde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerle sınırlı olması, elde edilen bulguların farklı kurumsal yapı ve eğitim ortamlarına genellenebilirliğini sınırlayabilir. Bu nedenle,

farklı branş dağılımlarına, eğitim modellerine ve kurumsal koşullara sahip merkezlerde yapılacak çok merkezli, karşılaştırmalı araştırmalar; iletişim becerilerinin gelişimini etkileyen yapısal ve kültürel faktörleri daha kapsamlı biçimde ortaya koyarak alana önemli katkılar sağlayacaktır.



## 9. KAYNAKLAR

- 1 Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2002;464-83.
- 2 Buckman R. Communications and emotions. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):672.
3. Rezaei F, Askari HA. Checking the relationship between physicians' communication skills and outpatients' satisfaction in the clinics of Isfahan Al-Zahra(S) Hospital in 2011. *J Educ Health Promot*. 2014 Aug 28;3:105.
4. Aarons D. Doctor-Patient Communication in Government Hospitals in Jamaica: Empiric and Ethical Dimensions of a Socio-Cultural Phenomenon. 2005.
5. Deveugele M. Communication training: Skills and beyond. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1287-91.
6. Laidlaw A, Hart J. Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No.51. *Med Teach*. 2011;33:6-8.
7. Al-Temimi M, Kidon M, Johna S. Accreditation Council for Graduate Medical Education Core Competencies at a Community Teaching Hospital: Is There a Gap in Awareness? *Perm J*. 2016 Fall;20(4):16-067.
8. Yükseköğretim Kurulu. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi-Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020. [Erişim tarihi:12.01.2025]. Erişim adresi: <https://yok.gov.tr>
9. Massa S, Wu J, Wang C, Peifer H, Lane-Fall MB. Interprofessional Training and Communication Practices Among Clinicians in the Postoperative ICU Handoff. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2021 Apr;47(4):242-9
10. Kim SJ, Kwon OD, Kim KH, Lee JE, Lee SH, Shin JS, Park SM. Investigating the effects of interprofessional communication education for medical students. *Korean J Med Educ*. 2019;31:135–45.
11. Przymuszała P, Marciniak-Stępak P, Cerbin-Koczorowska M, Borowczyk M, Cieślak K, Szlanga L et al. “Difficult conversations with patients”-A modified Group Objective Structured Clinical Experience for Medical Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5772.
12. Groene OR, Ehrhardt M, Bergelt C. Attitude and communication skills of German medical students. *BMC Res Notes*. 2022 Jan 10;15(1):11.
13. Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. Skills for Communicating with Patients. 3rd Edition. 2013.
14. Borowczyk M, Stalmach-Przygoda A, Doroszevska A, et al. Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland - the review and recommendations. *BMC Med Educ*. 2023;23(1):645.

15. Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life*. 2018;11:119–22
16. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015;69:1257–67.
17. Farooq S, Johal RK, Ziff C, Naeem F. Different communication strategies for disclosing a diagnosis of schizophrenia and related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;10:CD011707.
18. Bittner-Fagan H, Davis J, Savoy M. Improving patient safety: improving communication. *FP Essent*. 2017;463:27–33.
19. ATICI E. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;33(2):91-6.
20. King A, Hoppe R.B. Best Practice for patient-centered communication: A narrative review. *J. Grad. Med. Educ*. 2013;5:385–93.
21. J.D. Robinson, Nonverbal communication and physician–patient interaction, The SAGE handbook of nonverbal communication. Thousand Oaks, CA: SAGE. 2006.
22. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, et al. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 2006;21 Suppl 1:S28–34.
23. Boddaert M, Douma J, Dijkhoorn F, et al. Netherlands quality framework for palliative care. 2017 [Erişim tarihi: 28.02.2025]. Erişim adresi: <https://palliaweb.nl/publicaties/netherlands-qualityframework-for-palliative-care>.
24. Silverman J, Kinnersley P. Doctors’ non-verbal behavior in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract*. 2010;60:76-8.
25. Modi, J.N., Anshu, Chhatwal, J. et al. Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. *Indian Pediatr* 53. 2016;497–504
26. Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician*. 2017;95(1):29-34.
27. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(3):164-177
28. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient/physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100-6.
29. Griffith C, Wilson J, Langer S, Haist S. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2003;18(3):170–4.
30. Ong L, Haes J, Hoos A, Lammes F. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903–18.
31. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017 Aug;31(8):995-1004.

32. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Glob J Health Sci.* 2015 Sep 28;8(6):65-74.
33. Engel M, Kars MC, Teunissen SCCM, van der Heide A. Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliat Support Care.* 2023 Oct;21(5):890-913.
34. Back AL, Fromme EK, Meier DE. Training Clinicians with Communication Skills Needed to Match Medical Treatments to Patient Values. *J Am Geriatr Soc.* 2019 May;67(S2):S435-41.
35. Yıldız D, Uzun S. Sağlık çalışanlarının hasta iletişimde empatik eğilim ve iletişim becerileri düzeylerinin incelenmesi. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg.* 2021;10(1):27-40.
36. Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med.* 2005;20(3):267-70.
37. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* 1999;281(3):283-7.
38. Guttman OT, Lazzara EH, Keebler JR, Webster KLW, Gisick LM, Baker AL. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *J Patient Saf.* 2021;17(8):1465-71.
39. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns.* 2005 Sep;58(3):244-51.
40. Institute of Medicine. Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life. National Academies Press; 2015.
41. Mack JW, Smith TJ. Reasons why physicians do not have discussions about poor prognosis, why it matters, and what can be improved. *J Clin Oncol.* 2012;30(22):2715-17.
42. Serious Illness Care Program. Ariadne Labs. [Accessed January 25, 2025]. <https://www.ariadnelabs.org/areas-of-work/seriousillness-care>
43. Prober CG, Grousbeck HI, Meehan WF 3rd. Managing Difficult Conversations: An Essential Communication Skill for All Professionals and Leaders. *Acad Med.* 2022;97(7):973-6.
44. Yorgancıoğlu H. S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimler Arasında Kötü Haber Verme Konusundaki Farkındalık Ve Pratik Uygulamalar [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İzmir: S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi; 2022.

45. Sindwani G. Communicating unfavorable outcomes in living donor liver transplantation: breaking the bad news to the donor. *Clin Transplant Res.* 2025 Mar 31;39(1):84-6.
46. Dittmer K, Vitinius F, Hamm I, Däbritz T, Hänse S, Hoemberg M, Lorenz A, Misgeld R, Paul NW, Stamm W, Krieger T. Designing and maturing the OKRA-Compass for breaking bad news in the German pediatric oncology setting: A participatory action research study. *Patient Educ Couns.* 2025 May;134:108694.
47. Ersek M, Smith D, Griffin H, Carpenter JG, Feder SL, Shreve ST, et al. End-Of-Life Care in the Time of COVID-19: communication matters more than ever. *J Pain Symptom Manage.* 2020;62:213–22.
48. Gebhardt C, Mehnert-Theuerkauf A, Hartung T, Zimmermann A, Glaesmer H, Götze H. COMSKIL: a communication skills training program for medical students. *GMS J Med Educ.* 2021;38:Doc83.
49. Zimmermann A, Baerwald C, Fuchs M, Girbardt C, Götze H, Hempel G, et al. The Longitudinal Communication Curriculum at Leipzig University, Medical Faculty - implementation and first experiences. *GMS J Med Educ.* 2021;38:Doc58.
50. Kienle R, Freytag J, Lück S, Eberz P, Langenbeck S, Sehy V, et al. Communication skills training in undergraduate medical education at Charité - Universitätsmedizin Berlin. *GMS J Med Educ.* 2021;38:Doc56.
51. Benbassat J. Undesirable features of the medical learning environment: A narrative review of the literature. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013;18: 527-36.
52. Werner A, Holderried F, Schaffeler N, Weyrich P, Riessen R, Zipfel S, Celebi N. Communication training for advanced medical students improves information recall of medical laypersons in simulated informed consent talks—a randomized controlled trial. *BMC Med Educ.* 2013;13:15.
53. Skye E, Wagenschutz H, Steiger J, Kumagai A. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ.* 2014;29(4):704–8.
54. Tavakoly Sany SB, Behzhad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2020 Jan 23;20(1):60.
55. Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, et al. Improving patient-centered communication: results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2016;99(1):117-24.
56. Boissy A, Windover AK, Bokar, et al. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):755-61.
57. Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, et al. Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and

health care utilization in advanced cancer: The VOICE randomized clinical trial [published ahead of print September 9, 2016]. *JAMA Oncol.* <http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2551984> (subscription required). Accessed September 26, 2016.

58. Gleicher ST, Hurd CJ, Weisner PA, Mendelson AM, Creutzfeldt CJ, Taylor BL. Curriculum innovations: implementing a neuropalliative care curriculum for neurology residents. *Neurol Educ.* 2022;1(2):e200021. doi:10.1212/ne9.000000000200021

59. Goyal T, Berekenyei Merrell S, Weimer-Elder B, Kline M, Rassbach CE, Gold CA. A novel serious illness communication curriculum improves neurology residents' confidence and skills. *J Palliat Med.* 2023;26(9):1180-1187. doi:10.1089/jpm.2022.0371

60. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* Thousand Oaks, 3rd edn, London: Radcliffe Publishing Ltd;2014.

61. Modi JN, Anshu -, Chhatwal J, Gupta P, Singh T. Teaching and Assessing Communication Skills in Medical Undergraduate Training. *Indian Pediatr.* 2016;53(6):497-504. doi:10.1007/s13312-016-0879-z

62. Chauhan A, Begum J, Saiyad S. Validated checklist for assessing communication skills in undergraduate medical students: bridging the gap for effective doctor-patient interactions. *Adv Physiol Educ.* 2023 Dec 1;47(4):871-879. doi: 10.1152/advan.00140.2023. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37732370.

63. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med.* 2008 Mar 12;3:10. doi: 10.1186/1747-5341-3-10. PMID: 18336719; PMCID: PMC2278157.

64. Misseri G, Cortegiani A, Gregoretti C. How to communicate between surgeon and intensivist? *Curr Opin Anaesthesiol.* 2020 Apr;33(2):170-176. doi: 10.1097/ACO.0000000000000808. PMID: 31714271.

65. Kennedy DL, Olsen MK, Yang H, Gao X, Alkon A, Prose NS, Dunbar K, Jackson LR 2nd, Pollak KI. Communication Coaching in Cardiology (CCC): A study protocol and methodological challenges and solutions of a randomized controlled trial in outpatient cardiology clinics. *Contemp Clin Trials.* 2021 Jun;105:106389. doi: 10.1016/j.cct.2021.106389. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33798730; PMCID: PMC8172430.

66. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Med Teach.* 2006;28:127-34.

67. Gubbins, Karen and Nixon, Valerie (2013) *Consultation and Communication Skills.* In: Professional Practice in Paramedic, Emergency and Urgent Care. John Wiley & Sons, Ltd, pp. 22-49.

68. Andersen, F.A., Johansen, A.S.B., Søndergaard, J. *et al.* Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and

nationality: a systematic review. *BMC Med Educ* **20**, 52 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1964-5>

69. Udawatta M, Alkhalid Y, Nguyen T, Ong V, Woodard J, Sheppard JP, Duong C, Iyengar S, Migdal CW, Mosley V, Yang I. Patient Satisfaction Ratings of Male and Female Residents Across Subspecialties. *Neurosurgery*. 2020 May 1;86(5):697-704. doi: 10.1093/neuros/nyz281. PMID: 31432073.

70. Berlacher K, Arnold RM, Reitschuler-Cross E, Teuteberg J, Teuteberg W. The Impact of Communication Skills Training on Cardiology Fellows' and Attending Physicians' Perceived Comfort with Difficult Conversations. *J Palliat Med*. 2017 Jul;20(7):767-769. doi: 10.1089/jpm.2016.0509. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28437212.

71. Shamaskin-Garroway A, DeCaporale-Ryan L, Bell K, McDaniel S. Physician Communication Coaching: How Psychologists can Elevate Skills and Support Resident Education, Professionalism, and Well-being. *J Clin Psychol Med Settings*. 2022 Sep;29(3):608-615. doi: 10.1007/s10880-021-09808-x. Epub 2021 Aug 7. PMID: 34363568; PMCID: PMC8349146.

72. Moreci R, Spencer B, Fallon B, Harbaugh C, Zendejas B, Gray BW, Alaish S, Diaz-Miron J, Ehrlich P, Gadepalli S, Newman E, Sandhu G, Hirschl R. Implementation of a Competency-Based Training Program in Pediatric Surgery: A Pilot Study. *J Pediatr Surg*. 2025 May;60(5):162257. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2025.162257. Epub 2025 Feb 28. PMID: 40120395.

73. Li L, Hou Y, Kang F, Li S, Zhao J. General phenomenon and communication experience of physician and nurse in night shift communication: A qualitative study. *J Nurs Manag*. 2020 May;28(4):903-911. doi: 10.1111/jonm.13018. Epub 2020 May 6. PMID: 32255215.

74. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, Roberts BW. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One*. 2019 Aug 22;14(8):e0221412. doi: 10.1371/journal.pone.0221412. PMID: 31437225; PMCID: PMC6705835.

75. Mendez MP, Patel H, Talan J, Doering M, Chiarchiaro J, Sternschein RM, Steinbach TC, O'Toole J, Sankari A, McCallister JW, Lee MM, Carlos WG, Lyons PG. Communication Training in Adult and Pediatric Critical Care Medicine. A Systematic Review. *ATS Sch*. 2020 Jul 14;1(3):316-330. doi: 10.34197/ats-scholar.2019-0017RE. PMID: 33870298; PMCID: PMC8043309.

76. Zucker BE, Leandro L, Forbes K, Blazeby JM, Chamberlain C. Training surgeons to optimize communication and symptom management in patients with life-limiting conditions: systematic review. *BJS Open*. 2023 Mar 7;7(2):zrad015. doi: 10.1093/bjsopen/zrad015. PMID: 37104753; PMCID: PMC10129389.

77. Wittenberg E, Reb A, Kanter E. Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Semin Oncol Nurs*. 2018 Aug;34(3):264-273. doi: 10.1016/j.soncn.2018.06.007. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30100368; PMCID: PMC6156926.

78. Tieu E, Mukherjee P. Addressing domestic violence: the surgeon's role. ANZ J Surg. 2020 May;90(5):881-884. doi: 10.1111/ans.15826. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32270914.



## 10. EKLER

**EK-1:** MCBÜ Etik Kurul Karar



## EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

### TANITICI BİLGİ FORMU

- 1- Yaşınız: .....
- 2- Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
- 3- Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Evli değil
- 4- Çocuk sayısı: .....
- 5- Branşınız: .....
- 6- Meslekteki yılınız: .....
- 7- Asistanlıktaki yılınız: .....
- 8- Maddi durum:  
( ) Geliri giderinden az ( ) Geliri giderine eşit ( ) Geliri giderinden fazla
- 9- Ayda kaç gece nöbeti tutuyorsunuz?  
( ) 0 ( ) 1-3 ( ) 4-6 ( ) 7 ve üzeri
- 10- Sigara, alkol vb. kullanım durumunuz: (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)  
( ) Sigara ( ) Alkol ( ) Diğer.....
- 11- Hiç şiddete maruz kaldınız mı? (Cevabınız hayır ise 13. Soruya geçiniz.)  
( ) Evet ( ) Hayır
- 12- Cevabınız evet ise ne tür bir şiddete maruz kaldınız?  
( ) Fiziksel ( ) Sözel ( ) Ekonomik ( ) Cinsel
- 13- Zor hasta veya hasta yakını ile karşılaşılıyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır
- 14- Hasta ve hasta yakınları ile görüşmelerinizde iletişim becerilerinizi yeterli görüyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır
- 15- Belirtilen konularla ilgili eğitim aldıysanız işaretleme yapınız. (Herhangi bir eğitim almadıysanız 17. Soruya geçiniz.)  
( ) İletişim eğitimi ( ) Stres yönetimi eğitimi ( ) Beden dili eğitimi ( )  
Drama eğitimi
- 16- Aldığınız eğitimler sizce yeterli miydi?  
( ) Evet ( ) Hayır
- 17- İletişim eğitimi almak ister misiniz?  
( ) Evet ( ) Hayır

**EK-3: SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK İLETİŞİM BECERİLERİ ÖLÇEĞİ (HP-CSS-TR)**

	Neredeyse hiçbir zaman	Arada sırada	Bazen	Çoğunlukla	Çok sık	Neredeyse her zaman
	1	2	3	4	5	6
1. Hastaların kendilerini özgürce ifade etmeleri hakkına saygı duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hastalarımın duygularını öğrenmeye çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hastaların karar verme haklarına ve özgürlüklerine saygı duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta konuşurken, kendisiyle ilgilendiğimi beden hareketleriyle (başı sallama, göz teması, gülümseme...) gösteririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hastaları, endişe duydukları konularda (mesleki yeterlilik alanıma girdiği sürece) bilgilendiririm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hastaları, onların fiziksel görünüşlerine, kişisel özelliklerine, ifade biçimlerine bakmaksızın önyargısız dinlerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Görüş ve isteklerimi hastalara açıkça ifade ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hastalara bilgi verirken arada susarak hastaların söylediğim şeyleri iyice anlamalarına olanak sağlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hastalara bilgi verirken anlaşılır bir dil kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hasta doğru görünmeyen bir şey yaptığı zaman, hastaya kendisiyle farklı görüşte olduğumu veya bundan rahatsız olduğumu ifade ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hastaları dinlemek ve ihtiyaçlarını anlamak için zaman ayırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hastalarımın duygularını anlamaya çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hastalarla etkileşimde bulunurken düşüncelerimi açıkça ve kesin olarak ifade ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hastaların sağlıkla ilgili bilgi alma haklarının olduğuna inanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hastaların gereksinimlerine saygı duyduğumu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hastalardan istekte bulunmak bana zor gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hastaların verilen bilgiyi iyice anladıklarından emin olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hastalardan bilgi almak için soru sormak bana zor gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>