



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTALARIN KULLANDIKLARI DİLİN SAĞLIK
HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN İLETİŞİM ENGELLERİNE
ETKİSİ: YERLİ VE YABANCI HASTALARIN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Hüsna YILDIRIM

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuğba ALTINTAŞ

İSTANBUL 2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTALARIN KULLANDIKLARI DİLİN SAĞLIK
HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN İLETİŞİM ENGELLERİNE
ETKİSİ: YERLİ VE YABANCI HASTALARIN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Hüsna YILDIRIM

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuğba ALTINTAŞ

İSTANBUL 2020

ÖZET

HASTALARIN KULLANDIKLARI DİLİN SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN İLETİŞİM ENGELLERİNE ETKİSİ: YERLİ VE YABANCI HASTALARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışma, sağlık kuruluşlarında yerli hastalar ile yabancı uyruklu hastaların kullandıkları dilin hastaların karşılaştıkları iletişim engellerine etkisinin olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmanın örneklemini İstanbul ilinde faaliyet gösteren üç farklı özel sağlık kuruluşunda hizmet alan 100 yerli, 100 yabancı uyruklu hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği (HMEÖ) hastalara Türkçe ve İngilizce dilinde sunulmuştur. Verilerin analizinde betimleyici istatistikler, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular, yabancı uyruklu hastaların merak ve bilgi ihtiyacı ile ön yargı alt boyutlarının yerli hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla yabancı hastaların dil engeline daha fazla maruz kaldığı anlaşılmıştır. Ayrıca, hem yerli hem yabancı uyruklu hastaların bazı sosyodemografik özelliklerinin de iletişim engelleri alt boyutları ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, yerli ve yabancı uyruklu hastaların sağlık kuruluşlarında karşılaştıkları iletişim ve dil engellerine yönelik güvenlik personeli, sağlık çalışanı ve hasta boyutunda gereksinimler olduğu saptanmıştır. Bu gereksinimlerin giderilmesi için sağlık çalışanı ve güvenlik personeline yönelik yabancı dil eğitimi sağlanması ve dil ve iletişim problemlerine yönelik nicel ve nitel çalışmaların yaygınlaştırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Yerli Hastalar, Yabancı Uyruklu Hastalar, İletişim Engelleri, Dil Engelleri

ABSTRACT

THE EFFECT OF LANGUAGE USED BY PATIENTS ON THE COMMUNICATION BARRIERS ENCOUNTERED IN HEALTHCARE SERVICES: THE COMPARISON OF NATIVE AND NON-NATIVE PATIENTS

This research was conducted to study whether the language used by native and non-native patients has an impact on the communication barriers encountered in health institutions by patients. The sample of this study consisted of 100 native and 100 non-native patients getting services in three different private health institutions located in Istanbul. As a data collection tool, the personal information form and the Scale to Measure Patient-Determined Communication Barriers were presented to the patients in Turkish and English. Descriptive statistics, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test and Correlation Analysis were used to evaluate the data.

The findings showed that the need for curiosity and information and prejudice subscales of the non-native patients were significantly higher than those of native patients. Therefore, it was understood that non-native patients were more exposed to language barriers. Moreover, it was observed that some sociodemographic characteristics of both native and non-native patients were related to the sub-dimensions of communication barriers.

As a result, it has been concluded that there are needs in terms of security staff, healthcare professionals and patients regarding the communication and language barriers that native and non-native patients encounter in health institutions. It is recommended to provide foreign language education for healthcare professionals and security staff and to expand quantitative and qualitative studies on language and communication barriers to meet these needs.

Key Words: Native Patients, Non-native Patients, Communication Barriers, Language Barriers

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim konusunda beni teşvik eden, bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren Prof. Dr. Haydar Sur'a ve eğitimim boyunca her türlü desteği ve yardımı sağlayan, bana ışık olan değerli danışmanım Doç. Dr. Tuğba Altıntaş'a teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince beni destekleyen ve yardımını esirgemeyen aileme, değerli arkadaşlarım Elif Ardıç'a ve Nazlı Demir'e sonsuz teşekkür ederim.



BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

19.06.2020

Hüsna YILDIRIM

İmzası

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
BEYAN FORMU.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Dil ve Dilin Sağlık Kurumlarında Kullanımı ve Önemi.....	3
2.1.1. Dil Kavramı.....	3
2.1.1.1. Ana Dili ve Ana Dil Kavramı	4
2.1.1.2. Ana Dilinin Amacı ve Önemi.....	5
2.1.1.3. Yabancı Dil Kavramı.....	6
2.1.1.4. Yabancı Dilin Amacı ve Önemi.....	6
2.1.2. Sağlık Kurumlarında Dil Kullanımı ve Önemi.....	7
2.1.3. Sağlık Kurumlarında Dil Engelleri.....	8
2.1.3.1. Ortak Dil Konuşulmamasından Kaynaklanan Dil Engelleri.....	8
2.1.3.2. Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan Dil Engelleri.....	12

2.1.3.3. Medikal Dil Kullanımından Kaynaklanan Dil Engelleri.....	14
2.1.4. Sağlık Turizmi ve Yabancı Dil Kullanımının Önemi.....	17
2.1.5. Sağlık Turizmi ve Çeşitleri.....	17
2.1.5.1. Medikal (Tıp) Turizm.....	18
2.1.5.2. Termal Sağlık Turizmi.....	19
2.1.5.3. Yaşlı Turizmi.....	20
2.1.5.4. Engelli Turizmi.....	20
2.1.6. Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizminin Önemi.....	20
2.1.7. Türkiye’ye Gelen Sağlık Turisti ve Kullanılan Yabancı Dilin Önemi.....	21
2.1.8. Sağlık Personelinin ve Yabancı Hastaların Yabancı Dil Bilme Gerekliliği ve Yeterliliği.....	26
2.2. Sağlık Kurumlarında İletişim ve İletişim Engelleri.....	29
2.2.1. Sağlık Kurumu Kavramı.....	29
2.2.2. Sağlık Kurumlarında İletişim ve Önemi.....	29
2.2.3. Sağlık Çalışanı ve Hasta İletişimi.....	31
2.2.3.1. Hasta-Doktor İletişimi.....	31
2.2.3.2. Hasta-Hemşire İletişimi.....	34
2.2.3.3. Hasta-Diğer Sağlık Çalışanı İletişimi.....	35
2.2.3.4. Hasta-İdari Çalışan İletişimi.....	36
2.2.4. Sağlık Kurumlarında İletişim Engelleri.....	37
2.2.4.1. Sosyo-Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan İletişim Engelleri.....	38
2.2.4.2. Etnik Köken ve Irksal Faktörlerden Kaynaklanan İletişim Engelleri.....	39
2.2.4.3. Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan İletişim Engelleri.....	39

2.2.4.4. Medikal Dil Kullanımından Kaynaklanan İletişim Engelleri.....	40
2.2.4.5. Sağlık Okuryazarlığına Bağlı İletişim Engelleri.....	40
2.2.5. Sağlık Kurumlarında Yabancı Dilden Kaynaklı İletişim Engelleri.....	41
2.2.6. Sağlık İletişiminde Hasta Merkezli Beklentiler ve İhtiyaçlar.....	42
2.2.6.1. İlgiye Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar.....	43
2.2.6.2. Güvenliğe ve Güvensizliğe Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar.....	43
2.2.6.3. Korku ve Endişeye Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar.....	44
2.2.6.4. Merak ve Bilgiye Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar.....	45
2.2.6.5. Ön yargıya Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar.....	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1. Araştırmanın Tipi.....	46
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	46
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	46
3.4. Verilerin Toplanması.....	46
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	47
3.4.2. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği.....	47
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	48
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA.....	69
6. SONUÇ.....	75
7. ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR.....	78

EKLER.....	86
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Türkçe).....	86
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu (İngilizce).....	87
Ek 3. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği	88
Ek 4. Scale to Measure Patient-Determined Communication Barriers.....	90
Ek 5. Etik Kurul Onay Belgesi.....	92



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. 2012-2019 Yılları Arasında Türkiye'ye Sağlıkla İlgili ve Tıbbi Nedenlerle Giriş Yapan Sağlık Turistleri (1 Yılden Az).....	22
Tablo 2. 2018-2019 Yıllarında Türkiye'den Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Çıkış Yapan Uluslararası Hasta Sayısı (1 Yılden Az).....	23
Tablo 3. Medikal Turistlerin Önem Derecesine Göre Değerlendirdikleri Belirleyiciler.....	25
Tablo 4: Yerli ve Yabancı Uyruklu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	49
Tablo 5: Yerli ve Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorlarına Göre Dağılımı.....	50
Tablo 6: Yerli ve Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Uyrukları Arasındaki İlişki (N=200)	51
Tablo 7: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki (N=100)	52
Tablo 8: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki (N=100)	53
Tablo 9: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki (N=100)	54
Tablo 10: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki (N=100)	54
Tablo 11: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=100)	55
Tablo 12: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=100)	56
Tablo 13: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Meslekleri Arasındaki İlişki (N=100)	57
Tablo 14: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Meslekleri Arasındaki İlişki (N=100)	58

Tablo 15: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastaneye İlk Gelişleri Durumları Arasındaki İlişki (N=100)	59
Tablo 16: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastaneye İlk Gelişleri Durumları Arasındaki İlişki (N=100)	60
Tablo 17: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastane Ziyaret Sıklıkları Arasındaki İlişki (N=100)	61
Tablo 18: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastane Ziyaret Sıklıkları Arasındaki İlişki (N=100)	62
Tablo 19: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Yabancı Bir Dil Konuşabilme Durumları Arasındaki İlişki (N=100)	63
Tablo 20: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Yabancı Bir Dili Konuşabilme Seviyesi Arasındaki İlişki (N=78).....	64
Tablo 21: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Yabancı Bir Dili Konuşabilme Seviyesi Arasındaki İlişki (N=100)	65
Tablo 22: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Skorları Arasındaki İlişki.....	66
Tablo 23: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Skorları Arasındaki İlişki.....	67

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HMİEÖ: Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği

ARK: Arkadaşları

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SATURK: Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu

JCI: Joint Comission International

LEP: Limited English Proficiency

TDK: Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunlar arasında, sağlık hizmetlerine ulaşılmasını ve sağlığın kalitesini etkileyen dil farklılıkları ve buna bağlı olarak gelişen iletişim problemleri yer almaktadır. (Yağbasan ve Çakar, 2006) Çünkü anlama ve anlaşılma, bütün hastalar için sağlık hizmetlerinden yararlanılması noktasında önemli bir unsurdur. Farklı kültürel özelliklere sahip olan ve farklı dilleri konuşan hastaların hem sağlık çalışanları hem de doktorlarla kurdukları etkili iletişim, sağlık hizmetlerinin güvenilirliğini ve etkililiğini artırmakta ve sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanılmasında önemli bir rol oynamaktadır. (Ferguson ve Candib, 2002)

Küresel bağlamda sosyal, siyasi ve ekonomik gibi sebeplerle artan göçler ve sağlık turizmindeki gelişmeler, insanların daha fazla yer ya da ülke değiştirmelerine ve yabancı uyruklu hasta potansiyelinin artmasına sebep olmaktadır. Bu durum özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda değişikliklere yol açmış ve hasta ile sağlık personeli arasında iletişim aracı olarak kullanılan dilin önemini de artırmıştır. Sağlık personelinin ve yabancı uyruklu hastaların iletişim kurabilmesi ve sağlık kuruluşlarında bu hastalara sağlık hizmeti sunulabilmesi için yabancı bir dilin konuşuluyor olması bir ihtiyaç haline gelmiştir. Doğru ve kaliteli bir şekilde kurulacak iletişim, sağlık bakım kalitesini etkilemesi ve sağlık personeli ile hasta arasında anlaşılmayı sağlaması bakımından oldukça önemli bir boyuttur.

Aydoğan ve Metintaş (2017), Türkiye’de sağlık turizminin gelişmesi sebebiyle yabancı uyruklu hasta sayısındaki artış ve göçmen sayısının artması gibi nedenlerle, Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında konuşulan yabancı dilin öneminin her geçen gün daha da arttığını ifade etmektedir. Ertaş ve Kırac (2018, s:650), sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kapsamında Türkiye’ye gelen yabancı uyruklu hasta yakınlarıyla, hastalarla ve hastayı getiren aracı kurumlarla en çok sorun yaşadıkları durumun iletişim noktasında olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, yerli ve yabancı uyruklu hastaların kullandıkları dilden kaynaklanan ve sağlık kuruluşlarında hastaların karşılaştıkları çeşitli iletişim problemlerine yol açan sebeplerin ortaya çıkarılması, sağlık hizmetlerinin

hastalara daha iyi sunulmasına katkı yapacak ve hastalarla daha iyi iletişim kurulmasını sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, günümüzde özellikle sağlık hizmetlerinde ve sağlık kurumlarında karşılaşılan, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve sağlığın kalitesini etkileyen hasta ve sağlık personelleri arasındaki dil farklılıklarına ve dil engellerine ve buna bağlı olarak gelişen iletişim problemlerine yönelik olarak planlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, sağlık kuruluşlarında yerli hastalar ile yabancı uyruklu hastaların kullandıkları dilin hastaların karşılaştıkları iletişim engellerine etkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1.3.1.** Sağlık kuruluşlarında yabancı dil kullanımının önemi nedir?
- 1.3.2.** Sağlık kuruluşlarında ortaya çıkan iletişim problemleri nelerdir?
- 1.3.3.** Sağlık kuruluşlarında yerli ve yabancı uyruklu hastaların farklı dil kullanmaları sonucu ortaya çıkan iletişim engelleri nelerdir?
- 1.3.4.** Yerli ve yabancı uyruklu hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki durum, hastaneye ilk geliş durumu, hastane ziyaret sıklığı, yabancı bir dil konuşabilme durumu ve seviyesi) özelliklerine göre iletişim engelleri alt boyutları arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dil ve Dilin Sağlık Kurumlarında Kullanımı ve Önemi

Bu bölümde dil kavramı, sağlık kurumlarında dil kullanımı ve önemi, sağlık kurumlarında dil engelleri, sağlık turizmi ve yabancı dil kullanımının önemi, sağlık personelinin ve yabancı hastaların yabancı dil bilme gerekliliği ve yeterliliği başlıklarına yer verilmiştir.

2.1.1. Dil Kavramı

İsim olan dil kelimesi Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü'ne göre şöyle tanımlanmaktadır: 1. Ağız boşluğunda, tatmaya, yutkunmaya, sesleri boğumlamaya yarayan etli, uzun, hareketli organ, tat alma organı. 2. İnsanların düşündüklerini ve duyduklarını bildirmek için kelimelerle veya işaretlerle yaptıkları anlaşma, lisan, zeban. (<http://sozluk.gov.tr/>)

Bu temel anlamlar dışında, ulusal ve uluslararası alanda ünlü pek çok dilbilimcinin dil sözcüğünün tanımına yönelik olarak ortaya koyduğu “dil” kavramı, Amerikalı dilbilimci Edward Sapir (1921, s:7) tarafından “İsteyerek üretilen semboller sistemi vasıtasıyla duygu, düşünce ve istekleri bildirmekte kullanılan tamamen beşeri ve bilinçli bir yöntem” olarak tanımlanmıştır. Bir başka ünlü dilbilimci Noam Chomsky (2006, s:58) dili “sınırlı sayıdaki unsurlarla yapılmış, her biri uzunlukça sınırlı unsurlar, bir dilde kullanılan sesler ve kurallar” olarak tanımlamış; bir dili bilmeyi ise “daha önce hiç söylenmeyen sonsuz sayıda cümle üretebilmek ve daha önce hiç duyulmamış cümleleri anlamak” olarak ifade etmiştir. Prof. Dr. Muharrem Ergin (2009, s:3) ise dili, “insanlar arasındaki iletişimi sağlayan tabîî bir vasıta ve kendi kanunları içinde yaşayan ve gelişen canlı bir varlık” olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda “bir milleti birleştiren, koruyan ve onun ortak malı olan sosyal bir müessese, seslerden örülmüş muazzam bir yapı, temeli bilinmeyen zamanlarda atılmış gizli antlaşmalar ve sözleşmeler sistemi” olduğunu ortaya koymuştur. Bir başka dilbilimci Doğan Aksan (1990, s:55) ise dil kavramını “düşünce duygu ve isteklerin, bir toplumda ses ve anlam yönünden ortak olan öğeler ve kurallardan yararlanılarak başkalarına aktarılmasını sağlayan, çok yönlü, çok gelişmiş bir dizgedir” şeklinde ifade etmiştir.

Dil, insanları diğer varlıklardan ayıran ve onlardan üstün kılan en önemli olgulardan birisidir. Her insan, belirli bir kültürün ve yaşayış biçiminin içinde doğar ve parçası olduğu milletin dilini öğrenir. Ait olduğu milletin düşüncelerini, değerlerini, duygularını ve kültürünü içinde barındıran ve taşıyan dil, milletlerin tarih boyunca geçirdiği evreleri, yaşayış biçimlerini ve diğer toplumlarla ilişkilerini yansıtır. Bu nedenle, atasözleri ve deyimleri, benzetmeleri gibi dilsel özellikleri incelenen bir milletin nitelikleri ortaya çıkabilir. (Ünal, 2010, s:4-5)

2.1.1.1. Ana Dili ve Ana Dil Kavramı

Ana dili, Dil Bilim Terimleri Sözlüğünde “çocuğun ailesinden ve içinde yaşadığı topluluktan edindiği dil” olarak tanımlanmaktadır. (<http://sozluk.gov.tr/>) Doğan Aksan (1990, s:81) ana dilini “en başta anneden, sonra yakın aile çevresinden, sonra da ilişkide bulunulan çevrelerde öğrenilen, insanın bilinçaltına inen ve bireyin toplumla en güçlü bağlarını oluşturan dil” olarak ifade etmiştir. Bu bağlamda, “ana dili” kavramındaki “ana” sözcüğü doğrudan anne ile ilgilidir ve doğal yolla insanın ilk edindiği, öğrendiği dildir.

Ana dili kavramının yanı sıra anlamı ve kullanımı çokça karıştırılan “ana dil” kavramından da bahsetmek yerinde olacaktır. “Ana dil” kavramındaki “ana” sözcüğü “esas, temel, asıl, kaynak” anlamlarına gelmekte olup “ana dil”, Dil Bilim Terimleri Sözlüğünde “kendisinden başka diller veya lehçeler türemiş olan dil” olarak tanımlanmaktadır. (<http://sozluk.gov.tr/>) Dil Bilgisi Terimleri Sözlüğünde ise “aralarında akrabalık bulunduğu kabul edilen dillerin çıkış kaynağını oluşturan dil” olarak tanımlanmaktadır ve örnek olarak Latince Roman dillerinin, Altay dili Moğolca ve Türkçe dillerinin ana dili olarak verilmiştir.

Batı dillerindeki karşılıkları incelendiğinde: “Ana dili” kavramının sözcük karşılığı Almancada “Muttersprache”, Fransızca “langue maternelle”, İngilizcede “mother tongue, mother language” şeklinde; “ana dil” kavramının sözcük olarak karşılığı ise Almancada “Ursprache, Hauptsprache”, Fransızca “langue mère”, İngilizcede “primitive language, native language, main language” şeklinde karşılığını bulmaktadır. (Oruç, 2016)

Ana dili ile ana dil kavramlarının birbirlerinin yerine kullanılmasındaki sebep “ana” kelimesinin hem “anne” hem de “esas, temel, asıl” anlamlarını taşıyor olmasıdır. Bunu

bir örnekle açıklayacak olursak; Türkiye’de yaşayan etnik kökeni Arap olan vatandaşların ana dilleri (ana dili) Arapça fakat ana dilleri (ana dil) Türkçedir. Etnik kökeni Ermeni olan vatandaşların ana dilleri (ana dili) Ermenice, ana dilleri (ana dil) Türkçedir ve etnik kökeni Kürt olan vatandaşların ana dilleri (ana dili) Kürtçe, ana dilleri (ana dil) ise Türkçedir. Çünkü Türkiye’de resmi dil ve eğitim dili Türkçedir. Benzer şekilde, Almanya’da yaşayan Türk vatandaşlarının ana dilleri (ana dili) Türkçe, ana dilleri (ana dil) ise Almancadır. Bu kişiler, doğdukları andan itibaren aile içerisinde ve yakınlarından Türkçeyi birinci dil (ana dili) olarak öğrenirlerken, okullarda ve resmi kurumlarda Almanya’nın resmi dili olan Almancayı ikinci dilleri (ana dil) olarak öğrenmektedirler. Bu durumda, Almanca bu kişiler için yabancı bir dil değildir, onların ikinci dilleridir. Bu insanların hem ana diline, hem de ana dile sahip olmaları ve her iki dili de doğdukları andan itibaren doğal ortamında öğrenmeleri ve konuşmaları dil biliminde iki dillilik (bilingualizm) olarak tanımlanmaktadır.

Bu kavram karmaşasının açıklığa kavuşturulmasıyla birlikte, ana dilinin insanın içerisinde yaşadığı kültür ve çevreye sıkı bir şekilde bağlanmasını sağlaması açısından önemi büyüktür. İnsan varoluşunda doğuştan gelen bir özellik olan dil yeteneği ile bireylerin konuştukları ana dilleri arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. (Çavuşoğlu, 2006, s:38)

2.1.1.2. Ana Dilinin Amacı ve Önemi

Konuşulan her ana dili, ait olduğu milletin birikimlerini, değerlerini ve kültürel özelliklerini gelecek kuşaklara aktaran önemli bir araçtır. Bu nedenle, kendi ana dillerine sahip çıkan, yaşatmaya çalışan ve işlevlerini koruyan milletler, öz değerlerini ve kimliklerini koruyarak geleceklerine yatırım yaparlar. Ana dili, toplumların birbirleriyle bağ kurmalarının ve ayakta kalmalarının yanı sıra bireylerin de kişiliklerinin gelişmesinde, bilgi ve becerilerinin artmasında, yaşadıkları toplumun içerisinde var olmalarında ve diğer insanlarla birlikte yaşamalarında önemli bir yere sahiptir. Çünkü ana dili bir milletin kültürel özelliklerinin ve benliklerinin bir yansımasıdır. (Ünalın, 2010, s:6-7)

Ana dili, her ulus için kimlik anlamına gelir ve her milletin zengin kültürel mirasını, geleneksel değerlerini ve bütün bilgi ve birikimini korumak için önemli bir araçtır. Bu

nedenle, ana dilinin kültürel, bilişsel ve akademik her alanda desteklenmesi ve geliştirilmesi esastır. (Sinan, 2006)

Her insan konuşma yeteneğiyle dünyaya gelir ve çocuğun konuşmaya başladığı sırada ilk olarak annesinden daha sonra da çevresinden ve sosyal hayatındaki kişilerden öğrenmeye başladığı ana dili, ait olduğu milletin kültürüne sıkı sıkıya bağlıdır. Bir ülkede meydana gelen toplumsal, sosyal, teknolojik, akademik değişiklikler o milletin ana diline bir şekilde etki eder ve konuşulan ana dili ait olduğu toplumun özelliklerini ve değerlerini mutlaka yansıtır.

Ana dili; ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylerin kimlik bilinçlerinin oluşmasında; insanların birbirleriyle iletişim kurmalarında; bilgiyi üretme, biriktirme ve aktarmada; değer yargıları ve inançların gelecek nesillere aktarılmasında ve toplumun her kesimindeki bireylerin bütünleşmesinde mutlak bir role sahiptir. (Akdeniz, 2008, s:18)

2.1.1.3. Yabancı Dil Kavramı

TDK Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü, yabancı dil kavramı için “öğrencilere, akademik, toplumsal ve meslekle ilgili gelişmelerine katkıda bulunmak amacıyla ana dili dışında öğretilen dil” tanımını yapmıştır. (<http://tdk.gov.tr/index>)

Yabancı dil, bireylerin yaşadığı toplumda iletişim kurmak için kullandıkları ana dillerinin yanında okullarda, kurslarda, dil okullarında öğrendikleri bir diğer dildir. (Oruç, 2016)

Yabancı dil öğretimi, öğrenciye yabancı bir dilde bir yeterlilik kazandırmak için kullanılan yöntemlerle gerçekleşir. Yabancı dil, öğrenilen o dilde edebiyat veya teknik eserleri okuma ya da yabancı ziyaretçilerle, turistlerle iletişim kurmada yetkinlik sağlayan ve bütün dünyada öğrenimi gerçekleşen ortak bir araçtır.

2.1.1.4. Yabancı Dilin Amacı ve Önemi

Bilim, teknoloji, ekonomi gibi alanlarda hızla değişimlerin olduğu dünyada diller de etkilenmektedir ve değişmektedir. Ayrıca, bu değişimlerle birlikte insanların da çeşitli amaçlarla yabancı bir dili öğrenme gereksinimleri ortaya çıkmaktadır.

Küreselleşmiş dünyada siyasal, askeri, ekonomik, bilimsel, sanatsal, turistik nedenlerle yaşanan değişimler yabancı bir dil öğrenimini zorunlu kılmaktadır. İnsanların

başka insanlarla ortak bir dilde iletişim kurma istekleri ve çabaları, başka toplumlarda yaşamaya devam edebilme ve ayakta kalabilme zorunlulukları, kendi öz değerlerini ve kültürlerini başka toplumlara ya da milletlere açıklama arzuları, aynı zamanda başka toplumların ve insanların yaşam şekillerini tanıma, bilme ve yaşama merakı gibi faktörler, bireyleri bir yabancı dili bilmeye ve öğrenmeye itmektedir. (Şahin, 2007)

Ana dili dışında yabancı bir dili daha bilme ve konuşabilme, o kişiyi dünyada daha aktif bir birey haline getirir çünkü yabancı bir dili öğrenme ve konuşma insanların dünya görüşlerinin de gelişmesine ve bakış açılarının değişmesine olanak sağlar. Aynı zamanda, günümüzde yabancı dil bilmenin şirketlerde ve uluslararası alanda iş bulmada önemli bir etken ve aranan bir unsur olduğu ortadadır. Çünkü her geçen gün gelişen bilim ve teknolojiye ayak uydurabilmek ve küresel fırsatlardan faydalanabilmek için yabancı bir dil bilmek bir gereksinim haline gelmiştir.

Türkiye’de yabancı dil bilmek; çağın teknolojisini ve bilimini öğrenmek, anlamak ve üretmenin yanı sıra Avrupa Birliği üyesi olma hedefi nedeniyle de önemlidir. Tek bir yabancı dil bilmenin de yeterli olmadığı küreselleşmiş dünyada, jeopolitik ve coğrafi konumu ve doğal güzellikleri nedeniyle her yıl pek çok turistin ilgisini çektiği ve ziyaret ettiği ülkemizde, en az bir yabancı dili bilmek ve konuşmak ülkemizin çıkarlarına ve gelişimine de katkı sağlayacaktır.

2.1.2. Sağlık Kurumlarında Dil Kullanımı ve Önemi

Çeşitli sebeplerle dünya genelinde gerçekleşen göç ve sağlık turizmindeki gelişmeler, sağlık hizmetlerinin sunulmasında bir takım değişikliklere yol açmıştır ve bu değişikliklerin açık bir şekilde görüldüğü alanlardan birisi, hasta-sağlık personeli arasında kullanılan dil ve buna bağlı olarak iletişimdir. Çünkü hastalar ve sağlık çalışanları arasında kullanılan dil, tanılara ulaşmak için bilgi toplama, tedavi yöntemlerini açıklama, karşılıklı anlayış ve ortak karar verme gibi sağlık hizmetleri ve sağlık bakım kalitesinin önemli unsurlarını etkiler.

Hasta ve sağlık personeli arasındaki kültürel farklılıklar, sağlık personelinin medikal dil kullanımı ya da ortak bir dili konuşamamalarından kaynaklanan sebepler, hem sağlık hizmetlerinin sunumunda hem de bu hizmetlerden faydalanılmasında sorunlar doğurabilmektedir. Dil kullanımına yönelik bu sorunların belirlenmesi ve buna yönelik

çözümler sunulması, sağlık kurumlarında ortaya çıkan iletişim problemlerinin ve engellerinin önüne geçen ve bu iletişimi etkileyen önemli bir adım olacaktır.

2.1.3. Sağlık Kurumlarında Dil Engelleri

Sağlık kurumlarında sisteme, sağlık personeline ve hastaya bağlı olarak ortaya çıkan ve sağlık hizmetlerinin sunumunu etkileyen engeller mevcuttur ve bunlardan birisini de hasta ve sağlık personelinin iletişimine yönelik olarak dil engelleri oluşturmaktadır.

Farklı dilleri konuşan bireylerden kaynaklanan ve etkili iletişimin önünde bir set olan dil engellerinin, sağlık kurumlarında bakımın kalitesi için bir tehdit oluşturduğu bilinmektedir. Hasta güvenliği, iyi bir bakım kalitesi için ön koşuldur ve dil engellerinin hasta güvenliği için bir tehdit olabileceği, hastaların dil yetersizliklerinin hasta kayıtlarında belirtilmesi gerektiği ve dil engellerinin tercihen profesyonel tercümanlar kullanılarak ortadan kaldırılması gerektiği önem arz etmektedir. (Rosse ve ark., 2016)

Yabancı uyruklu hastalarla yaşanan iletişim sorunlarının sebepleri arasında; hastaların kontak kuracak ana dili ve yaşadığı ülkenin ya da toplumun kültürünü bilmemesi, sağlık personelinin de yabancı uyruklu hastaların kültür ve etnik kökenlerine ait farklılıklara yönelik farkındalıklarının olmaması olarak gösterilmektedir. (Valero-Garcez, 2010) Dil engellerinin özellikle ortak dili konuşamayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşmalarını, anlama ve anlaşılmasını, sağlığın kalitesini, hasta ve sağlık personeli etkileşimini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmış bir durumdur. (Jacobs ve ark., 2006) Bu nedenle hastalarla etkili iletişim, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenilirliği için hayati bir önem taşımaktadır. Bu iletişimi etkileyen dilsel faktörler; farklı dil kullanımlarından, kültürel farklılıklardan ve medikal dil kullanımından kaynaklanan engeller olarak sınıflandırılmıştır.

2.1.3.1. Ortak Dil Konuşulmamasından Kaynaklanan Dil Engelleri

Etkili iletişim, sağlık bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Hastalar ve sağlık personeli arasında konuşulan ortak dil, teşhis için bilgi toplanmasını, tedavi stratejilerinin açıklanmasını, ortak karar verilmesini ve anlaşılmayı sağlar. Neredeyse her gün, sağlık kuruluşlarında bazı ölümcül sonuçlara yol açan tıbbi hatalar, zayıf veri aktarımı veya bilgi alışverişinden ziyade çok daha geniş bir kapsamda gerçekleşen etkisiz hasta-sağlık

personeli iletişimi nedeniyle olmaktadır. Bu durum, hastalar ve sağlık profesyonellerinin aynı dili konuşmadıklarında iletişimdeki başarısızlığı ve hasta sağlığına yönelik riskleri ortaya koymaktadır.(Partida, 2012) Lee (2003), dil farklılıklarının, randevu atamaları, takip bakımı gibi sağlık sisteminin içinde bulunan her türlü noktayı etkileyerek, hastalarla sağlık personeli arasındaki iletişimi ve sağlık hizmetlerinin sunumunu engelleyebildiğini ifade etmektedir.

İspanya sağlık sistemini temel alan, doktorlar ve yabancı uyruklu hastaların iletişimindeki problemlere yönelik bir araştırmada, yabancı uyruklu hastaların İspanyolca konuşamamaları nedeniyle hasta-doktor iletişiminin genellikle tek taraflı ilerlediği görülmüştür. Aynı şekilde, doktorların yönelttikleri soruların çoğunlukla cevapsız kaldığı, doktor ve hastaların kendilerini ifade edebilmek için mimik ve el hareketleri kullandıkları, doktorların daha çok gündelik dil kullanmak zorunda kaldıkları, sürekli aynı soruyu tekrarladıkları ve dilbilgisi açısından doğru olmayan cümleler kurdukları da saptanmıştır. Yabancı uyruklu hastalarla iletişim kurmaya çalışan ve ortak dil olarak İngilizce konuşan doktorlarda ise; akıcılık, tonlama, aksan farklılıkları, kelime kullanımı yetersizliği gibi doktor-hasta iletişimini zorlaştıran dil problemleri ortaya çıkmıştır. (Valero-Garcez, 2010) Bu durum, hasta-doktor arasındaki iletişimin sağlanması için ortak konuşulan bir dilin önemini, konuşma ve anlaşılmanın karşılıklı olmasının gerekliliğini göstermektedir. Özellikle de sağlık gibi hayati bir konuda dil farklılıklarından dolayı hasta ve doktor iletişiminin olumsuz yönde etkilenmesi, karşılıklı anlaşılmaya yönelik tatminsizliğe, tedavi sürecini etkileyebilecek risklere ve sağlık hizmetlerinin etkili sunumunun gerçekleşmemesine neden olacaktır.

Günümüzde, sağlık kurumlarında görülen bu dil farklılıklarının temel sebeplerinden birisi de göçtür ve göç küresel sağlık ve sosyal kalkınmanın en önemli belirleyicilerinden birisi haline gelmiştir. İdeal şartlar altında bile, göçmen insanların yer değiştirmesi ve yeniden yerleştirilmesi - ister gönüllü ister gönülsüz olsun - birtakım zorluklar doğurmaktadır. Göçün; yer değiştirenler, geride kalanlar ve göçmenleri barındıranlar için etkileri olduğu bilinen bir gerçektir. Göç alan toplumların ve ülkelerin sağlık hizmeti sistemleri açısından bakıldığında da bu etkinin geniş kapsamlı olduğu görülmektedir. (Carballo ve ark., 1998)

Küreselleşme ve göç nedeniyle artan dilsel ve kültürel farklılıklar, sağlık sistemlerinde bazı zorluklar ortaya çıkarmaktadır çünkü çoğu göçmen gittikleri ülkenin dilini konuşamamaktadır. (Brisset ve ark., 2013) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2019 yılı istatistiklerine göre dünya genelinde 258 milyon uluslararası göçmen olduğu bilinmektedir. (<http://www.who.int/migrants/en/>) Schwei ve ark., (2016), ülkelerin çeşitli nedenlerle göçmenlere ev sahipliği yaptıklarını ve bu ülkelerin sağlık sistemlerinde kullanılan dilleri konuşmayan ve gittikçe artan sayıda göçmen olduğunu ifade etmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık' ta göçmen sayısının iş bulma, eğitim ve ailevi faktörler gibi sebeplerle arttığı ve Avrupa vatandaşı olmayan göçmen artışının 2004 yılından beri en yüksek seviyede olduğu ifade edilmiştir. (The Office for National Statistics) 2018 Uluslararası Göç İstatistiği (International Migration Outlook), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) Avrupa Birliği ülkelerinin ailevi, eğitim, iş bulma gibi çeşitli sebeplerle 2017 yılında beş milyondan daha fazla kalıcı göç aldığını göstermektedir.

Ülkemizde de bu durumun farklı olmadığı görülmektedir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR)'nin 30 Nisan 2019 tarihli verisinde, Türkiye'ye toplamda 3.9 milyon insanın çeşitli sebeplerle göç ettiği ve bu sayıyı en çok Suriye, Afganistan ve Irak ülkelerinden gelen insanların oluşturduğu görülmektedir. 2010 yılından bu yana Suriye'de yaşanan savaştan dolayı pek çok insan ülkesinden kaçmış ve bu insanların 3.6 milyonu Türkiye'ye sığınmıştır.

Yaşanan göçlerin göç alan ülkelerde eğitim, işsizlik, barınma, çevre ve alt yapıyla ilgili problemlerle birlikte sağlıkla ilgili sorunları da beraberinde getirdiği ve yaşanan sağlıkla ilgili problemlerden birinin de dil ile ilgili olduğu ve bu durumun da sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir. (Aydoğan ve Metintaş, 2017)

Dilsel ve kültürel farklılıklar, dünyada pek çok ülkede yaşayan göçmen grupları için sağlık hizmetlerine erişimi daha da zorlaştırmakta ve bu durum da sağlık bakım kalitesinin düşük olmasına neden olmaktadır. Çeşitli sebeplerle başka ülkelere göç etmek zorunda kalan ya da başka bir ülkede yaşamını sürdürmek isteyen insanların gittikleri ülkenin ana dilini bilmemeleri ya da yeterli derecede konuşamamaları sağlık hizmetlerinin sunumunda bir dil sorunu ortaya çıkarmaktadır.

Ortak dilin konuşulamaması problemine karşı, pek çok ülke çeşitli çözümlerle bu durumla başa çıkmaya çalışmaktadır. Örnek olarak, Meeuwesen (2012), Hollanda'nın devlet tarafından ödenen mükemmel bir tercümanlık hizmetine sahip olduğunu, her sağlık kuruluşunun profesyonel bir tercümana telefonla iki dakika içinde erişebildiğini ve bu şekilde yılda yaklaşık 200.000 çağrı alındığını ifade etmektedir. İsrail hükümetinin ise yasal olarak her hastanın sorununu kendi ana dilinde konuşma hakkına sahip olduğuna karar verdiğini belirtmektedir.

Yabancı uyruklu hasta ve doktorların ortak dil konuşamamalarından kaynaklanan iletişim engellerinin ortadan kaldırılması için sağlık kuruluşlarında başvuru alan yöntemlerden birisi de hasta-doktor iletişimi sırasında bir tercümandan yardım alınmasıdır. Tercümanların, sağlık personelinin sorularını ve önerilerini hastaya aktarmanın yanı sıra, hastanın da sağlık personeline verdiği yanıtları aktararak doğru iletişimi kurmada rolü vardır. Tercümanlık hizmetlerinin yabancı uyruklu hastalara yönelik sağlık bakım hizmetlerini ve sonuçlarını iyileştirdiği görülmektedir. (Green ve ark., 2005) Eğitimli tercümanların bakım kalitesine ve hasta güvenliğine katkıda bulunduğuna dair kanıtlara rağmen, elverişli tercüman hizmetlerinin sağlık personeli tarafından kullanılma oranı genellikle düşük olduğu tespit edilmiştir. (Hudelson ve Vilpert, 2009) Yine, tercümanlar, genellikle doktorun hastaya soru sorma ve danışmanlık yapma rolünü üstlenerek, doktoru çeviri sırasında yalnızca gözlemleme veya denetleme konumunda bırakmaktadırlar. Ayrıca, doktora doğrudan sorular sorarak, yeni bilgiler vererek veya doktor tarafından verilen bilgilerin bir kısmını atlayarak hastanın da rollerini üstlenebilmektedirler. (Valero-Garcez, 2010)

Sağlık kuruluşlarında tercüman desteğinden faydalanılmasının yanı sıra, yabancı uyruklu hastayla doktor iletişiminin sağlanması için bir aile üyesi, kurumda çalışan herhangi bir personel, bazen de bekleme odasında bulunan herhangi bir kişi gibi bu konuda eğitimsiz insanlardan yardım alma yoluna da gidilebilmektedir. (Brisset ve ark., 2013)

Çoğu sağlık kuruluşunda önemli sayıdaki yabancı uyruklu hasta ortak olan dili akıcı olarak konuşamamasına rağmen, bu kuruluşlarda maaşlı ve profesyonel tercümanların rutin olarak mevcut olmadığı, sağlık personellerinin ağırlıklı olarak aile üyelerine, diğer hastane personeline ve gönüllü tercümanlara güvendikleri görülmektedir. Bu şekilde

eğitimsiz tercümanlara güvenilmesinin, çeviri sırasında hem sağlık personeli hem de hasta tarafından söylenenlerin atlanması, değiştirilmesi, kısaltılması ve söylenen cümlelere eklemeler yapılması gibi sıkça hatalara yol açtığı vurgulanmaktadır. (Baker ve ark., 1996)

2.1.3.2. Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan Dil Engelleri

TDK'ya ait Türkçe sözlükte kültürün tanımı şöyle yapılmıştır: “Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü, hars, ekin.” (<http://sozluk.gov.tr/>) Kültür, bir toplumda aile içi tutumlar, kişilik oluşumu, bir bireyin ne yediği ve nasıl yediği, nasıl düşündüğü, nasıl inandığı, bir dili nasıl konuşacağı, hastalarını nasıl tedavi edeceği gibi pek çok durumu etkiler. Ayrıca, bir toplumun kültürel özellikleri, o toplumun sağlık uygulamaları ve sağlıkla ilgili inançları üzerinde de bir etkiye sahiptir. (Polat ve Akcan, 2016)

Genellikle dil farklılıklarıyla ilişkilendirilen kültürel farklılıklar, etkili iletişimin önündeki engellerden biridir. Kültür, bir bireyin bir kelime veya cümleyi anlamasını ve hatta dünyayı algılamasını etkilemektedir. Bir dili öğrenmek, bir kültürü anlama ile aynı değildir; ortak bir ana dili konuşanlar bile ortak bir kültürü paylaşmayabilmektedirler. Aynı yerde doğup aynı dili konuşan herkes, ortak bir kültürün tüm özelliklerini yansıtmayabilmektedirler. Bu nedenle bireylerin kültürel farklılıklarının ya da basmakalıp değerlerinin önemsiz görülme riski ve dolayısıyla iletişimin etkilenmesi ortaya çıkabilmektedir. (Schyve, 2007)

Günümüzde, sağlık kuruluşlarında da sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişkiyi ve iletişimi etkileyen faktörlerden biri etnik köken ve buna bağlı olarak kültürel farklılıklardır. Çok kültürlü toplumlarda sağlık personelleri, farklı kültürel değerlere ve etnik kökene sahip yabancı uyruklu hastalarla her geçen gün daha fazla karşılaştıkları için, yabancı uyruklu hastalar ve sağlık personelleri arasındaki dil kullanımının ve iletişimin önemi daha da artmaktadır. (Schouten ve Meeuwesen, 2005)

Sağlık kurumlarında hastayla sağlık personelinin iletişimini etkileyen bir diğer faktör de pek çok doktorun farklı etnik kökene ve kültüre sahip hastalarla konuşma ve iletişim

kurma noktasında yetersiz kalmasıdır. Örneğin; doktorlar, etnik olarak çoğunlukta olan hastalara göre azınlıkta olan hastalarla iletişim kurarken daha az etkili olmaktadır ve daha az konuşmaktadırlar. Yine benzer olarak, etnik olarak azınlıkta olan hastalar, etnik olarak çoğunlukta olan hastalara göre sağlık hizmeti alırlarken kendilerini sözel olarak daha az ifade etmekte ve daha az konuşmaktadırlar. (Paternotte ve ark., 2015) Böyle durumlarda sağlık kurumlarında kullanılan dilin sosyo-kültürel önemi daha çok ortaya çıkmaktadır ve kullanılan dil sağlık kurumlarında çalışan personelin hastalarla olan ilişkilerini etkilemektedir.

Ferguson ve Candib (2002); etnik köken, kültürel farklılıklar, ırk ve kullanılan dilin doktor-hasta ilişkisinin kalitesini etkilediğini ortaya koymaktadırlar. Etnik olarak azınlıkta olan hastaların, özellikle de İngilizce bilmeyenlerin, doktorlardan empatik tepkiler almalarının, doktorlarla yakın ilişki kurmalarının, sağlık durumlarıyla ilgili yeterli bilgi edinmelerinin ve tıbbi karar alma sürecine katılmalarının daha az muhtemel olduğu görülmektedir. Ayrıca, azınlıkta olan hastaların daha çok azınlık durumunda olan hekimleri seçtikleri, dil kullanımı ve doktoru anlama noktasında kendilerine kültürel ve etnik olarak daha yakın gördükleri doktorlarla ortak karar vermede daha iyi hissettikleri ve bu doktorlara karşı kendilerini daha iyi ifade ettikleri ortaya çıkmıştır.

Kültürel farklılıkların hasta-hekim ilişkisinde önemli tıbbi sonuçlara neden olduğu ve hasta-sağlık personeli ilişkisini ve iletişimini etkilediği ortadadır. Bir hastanın kültürel ve dilsel durumunu dikkate almamak; yanlış anlaşılmaya, bilginin yanlış aktarılmasına, yanlış hasta geçmişi edinmeye, yanlış tedaviye, sağlık bakımından memnun kalmamaya ve sağlık hizmetlerine ulaşamamasına neden olabilmektedir. (Welch, 2000) Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sisteminde sınırlı dil konuşma yeterliliğinin ve kültürel yabancılığın tıbbi bakıma erişimde hem engelleyici hem de kısıtlayıcı olduğu görülmektedir. Genellikle, sağlık sistemlerinde kültürün etkileri dilin etkilerinden kolay bir şekilde ayırt edilemediği için dil ve kültür birbirini etkileyen ve iç içe geçmiş iki olgudur. Buna ek olarak, bir dilde yeterliliğin kültürel olarak yakınlığı ve yetkinliği mutlaka beraberinde getirmediği görülmektedir. Örneğin, ABD doğumlu beyaz tenli bir doktor, yabancı bir dil olarak Vietnamca öğrenmeyi seçebilir ve hem Vietnamca'yı hem İngilizceyi akıcı ve yetkin bir şekilde konuşabilir. Fakat sağlık ve hastalık hakkındaki değerler ve inançlar, geleneksel sağlık tedavileri ve ABD'de bir göçmen olarak yaşam

düşünüldüğünde bu doktor, Vietnam kültürüne tam anlamıyla sahip olmayabilir. Bu durumda dil engelini aşmak, bahsi geçen doktorun Vietnamca konuşan hastalarıyla etkili iletişim kurması için önemli bir adımdır, ancak kültürel farklılıkların hasta-doktor ilişkisini yine de etkileyebildiği görülmektedir. (Lee, 2003, s:5-6)

Amerika’da Southern Illinois Üniversitesi Carbonale Kampüsü’nde, yabancı uyruklu öğrencilerle Öğrenci Sağlığı Merkezi (Student Health Program) personelinin dil ve iletişim sorunlarına yönelik olarak araştırmacı Ruth A. Frank (2000) tarafından gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda, sağlık çalışanlarının öğrencilerin sahip olduğu belirli kültürel farklılıklara yönelik algılarının iletişim sorunlarına neden olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık personelleri, kültürel olarak var olan beklentilerin ve değerlerin farkında olduklarını ifade etseler de, yine de hastalarla sağlık çalışanları arasındaki kültürel farklılıklara dair bir takım bilgi eksikliği olduğu görülmüştür.

Son dönemlerde yaşanan göç ya da sağlık turizmi gibi sebeplerle Türkiye’de bulunan sağlık kurumlarında da buna benzer durumlar yaşanmaktadır. Hem Türkçeyi hem İngilizceyi akıcı bir şekilde konuşabilen bir sağlık personeli, yine İngilizce bilen yabancı uyruklu bir hastayla iletişime geçebilir ve bu hastaya sağlık hizmeti sunabilir fakat sağlık çalışanının hastanın sağlıkla ilgili değerlerine ve inançlarına tam olarak hâkim olmaması, sağlık hizmetlerine erişimde kültürel farklılıklardan kaynaklanan bir engel olarak görülmektedir.

2.1.3.3. Medikal Dil Kullanımından Kaynaklanan Dil Engelleri

Standart bir dilin fonksiyonel olarak iyi kullanılması ve akademik veya mesleki alanlarda kullanılması her zaman çok kolay olmayabilmektedir. Çok geniş bir kelime hazinesine sahip olan ve aynı zamanda herhangi bir dili iyi konuşabilen bireyler, belirli bir alana özgü veya teknik bir dili anlama ve konuşma konusunda zorluk yaşayabilmektedirler.

Medikal dil, dilin ayrı bir varyasyonudur ve standart bir dilin gelişmiş halidir. Tıbbi terminolojik kelimelerin ve dil yapılarının kullanımını içeren medikal dil, sağlık kurumlarında hasta-sağlık personeli iletişiminin bir parçasıdır. Tıbbi terminoloji ise; tıp, sağlık bilimleri, anatomi, fizyoloji, farmakoloji gibi alanlarda kullanılan teknik, spesifik, standartlaştırılmış belirli kelimeleri, terimleri ve cümleleri içermektedir. Alternatif

olarak, medikal dil, bir hastanın durumu hakkında bilgi alışverişinde bulunmak, diğer çalışma arkadaşlarının görüşlerini almak ve hastalarla tedavi ve tedavi yöntemleri hakkında iletişim kurmak için kullanılan kelimeler, kısaltmalar, terimler, ifadeler ve jargondan oluşmaktadır. (Hull, 2013a)

Medikal dil, sağlık hizmetlerinde sağlık personellerinin ortak dilidir. Fonksiyonu standart dilden önemli ölçüde farklı olan medikal dil; kendi içinde gelişmiş, belirli bir alana özgü, teknik ve kültürel açıdan sınırları olan ve sağlık alanında iletişimi ve anlaşılmayı sağlayan önemli bir unsurdur.

Hasta ve sağlık personellerinin ya da çalışanların kendi aralarında kurdukları iletişimde, her iki tarafın da konuştukları ortak bir dil bu fonksiyonu sağlayabilmektedir. Fakat sağlık ve tıp gibi alanlarda standart bir dilin akıcı ya da etkili konuşulması her zaman karşılıklı anlaşılmayı mümkün kılmamaktadır. Çünkü medikal bir dil, sağlık ya da tıp alanına özgü dilsel kullanımları, öğeleri, terminolojik kelimeleri, kısaltmaları içermekle birlikte, aynı zamanda değişen katılımcılarla dilin ne zaman, nerede ve en etkili ve uygun şekilde kullanılacağına karar verme becerisini de içermelidir. (Hull, 2016)

Medikal dil kullanımının öncelikle hastalar ve sağlık personelleri ve daha sonra sağlık personellerinin kendi aralarındaki iletişimde önemi oldukça fazladır. Hastalarla doktorlar ya da hemşirelerin iletişimine bakıldığında, aralarındaki iletişim dili ortak olup her iki taraf da bu dili etkili bir şekilde konuşsa bile, doktor ya da hemşirenin hastaya yönelteceği medikal bir terim, kullanım, ifade ya da kısaltma hastanın kendisine söyleneni anlamasına engel olabilmektedir. Purnell (2014), bir hastanın dil uyumsuzluğu nedeniyle aynı dilde yeterliliği olmayan veya tıbbi jargon kullanmasından dolayı anlaşılması zor olan bir sağlık personeliyle iletişim kurmak için çabaladığında, hastanın tanı, tedavi ve takip bakımını iyi anlamadığı bir durumla baş başa kalabileceğini veya iletişimden kopabileceğini ifade etmektedir. Bu durum da sağlık hizmetlerinin, sağlık kurumunun alıcısı olan hastalara etkili ve uygun bir şekilde sunumunu etkilediğini ortaya koyarak hasta-sağlık personeli arasındaki iletişimin medikal dil kullanımından dolayı etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Bu durumun aksine, ana dili çalıştığı sağlık kurumunda konuşulan dilden farklı olan fakat ortak bir dili konuşabilen bir sağlık personelinin medikal dil kullanımının da hasta-

sağlık personeli iletişimini engelleyebildiğinden bahsetmek gerekmektedir. Bu durumda, sağlık personeli konuşulan ortak dil konusunda yetkin değilken hasta bu konuda daha iyi olabilmektedir. Örneğin, Finch (2014), Birleşik Krallık ve ABD’de çalışan Koreli hemşirelerin İngilizcenin çalıştıkları sağlık kurumunda konuşulan birinci dil olmasından dolayı bu tür ikili etkileşimlerde zorlandıklarını öne sürmektedir. Benzer şekilde, Arumugam ve Kaur (2011), Malezya’da İngilizce dilinin konuşulduğu bir ortamda çalışan ya da İngilizcenin birinci dil olarak konuşulduğu ülkelere göç eden sağlık personelleri için aynı sorunları ve zorlukları ifade etmektedirler. Bu durum göstermektedir ki; sağlık personeli standart bir dilde işlevsel bir yetkinlik derecesine ulaşmış olup hasta ile aynı seviyede iletişim kurabilirken, hasta ile sağlık durumunu konuşabilecek ve hastaya bilgi verebilecek kadar medikal dile hâkim olmayabilmektedir. Sağlık personelinin, hasta ile görüşmesinde ve sağlık çıktılarını değerlendirmesinde kullanılabilecek kadar basit tıp diline sahip olmaması da sağlık hizmetlerinin sunumunu ve etkililiğini belirleyebilmektedir.

Bu bilgilere ek olarak, medikal dil kullanımının sağlık personellerinin kendi aralarındaki iletişimi de etkileyebileceğinden bahsetmek gerekir. Örnek olarak, çok kültürlü bir hastane ortamında ana dili çalıştığı sağlık kurumunda konuşulan dilden farklı olan fakat ortak bir dili konuşabilen bir sağlık personeli gösterilebilir. Bu personelin diğer çalışma arkadaşlarıyla hastaların durumu hakkında, tedavi yöntemi ve tanısı gibi önem arz eden ve mesleki bilgi kullanımı gerektiren durumlarda medikal dil kullanabilmesi, sağlık personellerinin kendi aralarındaki iletişimini etkileyebilen bir durumdur. Çünkü bir mesleğe asimilasyon ve kültürleşme de dil yeterliliği ile mümkündür. Bir meslekte doğru iletişim kurma, tüm katılımcıların dilsel olarak aynı derecede yetkin olduğu varsayımına dayanmaktadır fakat bu her zaman böyle olmayabilmektedir. İlaç ve tedavi hataları, yanlış uygulama ve ihmal, yanlış anlama gibi sorunlar sağlık personellerinin medikal dil yetersizliğinden kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle sağlık personellerinin tıbbi dil bilgisi, kullanımı ve yeterliliğine sahip olmaları, hem kendi aralarında düzgün iletişim kurmalarını ve karşılıklı bilgi alışverişinin etkili ve doğru bir şekilde olmasını sağlamakta, bunun tabii sonucu olarak hem de hasta sağlığının negatif yönde etkilenmesini engellemekte ve sağlık hizmetlerinin sunumunu geliştirmektedir. (Hull, 2013b)

2.1.4. Sağlık Turizmi ve Yabancı Dil Kullanımının Önemi

Bu kapsamda, sağlık turizminin tanımına, önemine, nedenlerine ve çeşitlerine değinilerek, Türkiye’de sağlık turizminin neden önem kazandığına ve artan hasta sayısı ile birlikte kullanılan yabancı dilin önemine değinilecektir.

2.1.5. Sağlık Turizmi ve Çeşitleri

Küreselleşmeyle birlikte, insanların seyahat etme olanakları artmış, ulaşım ve teknolojiye yaşanan gelişmeler başka bir ülkeye seyahati kolaylaştırmıştır. Bu duruma ek olarak, ülkeler arası sağlıkla ilgili işbirliklerinin yaygınlaşması, sağlıkla ilgili hizmet kalitesinin ve sunumunun gelişmesi ve finansman kaynaklarına yönelik kişi ya da kurum temelli zorlukların ön plana çıkması dünya genelinde sağlık turizminin giderek önem kazanmasını sağlamıştır.

Sağlık turizminin ne olduğuna dair pek çok tanım ve açıklama bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şöyledir:

- Sağlık turizmi, T.C. Sağlık Bakanlığı (2017) tarafından kısaca; “bireylerin hem koruyucu hem tedavi edici hem rehabilite edici hem de sağlığı geliştirici hizmetleri almaları amacıyla yaşadıkları ülke dışında bir ülkeye ziyaretleridir. Aynı zamanda, uluslararası sağlık amaçlı hareketlilik potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine imkân veren bir sektördür.” şeklinde tanımlanmaktadır.
- Bir ülkede yaşayan insanların, kendi ülkelerinde alabilecekleri sağlık hizmetine eşit ya da bundan daha fazla olacak şekilde tıbbi, dental ve cerrahi bakım almak, daha uygun fiyatla ve daha kolay erişilebilirlikle daha iyi bakım kalitesine ulaşmak amacıyla başka ülkelere yaptıkları seyahatlerdir. (Medical Tourism Association, 2016)
- Sağlık turizmi, bireyin tedavi görmek amacıyla bulunduğu yerden başka bir yere en az 24 saat en fazla 1 yıl süreyle seyahat etmesidir. (Altsoy, 2018, s:1)

Sağlık turizminin gelişmesinin bazı nedenleri T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2007) tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

- “Sağlık kuruluşlarında bekleme sürelerinden kurtulmak,
- Daha hızlı ve aynı zamanda daha kaliteli sağlık hizmeti almak,
- Güncel ve daha yüksek sağlık teknolojilerine ulaşmak,
- Sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmak,
- Özellikle yaşlı insanların, engelli bireylerin ve kronik hastalığı olan insanların başka ortamlarda ve sağlık kuruluşlarında tedavi olma istekleri,
- Madde kullanımı ya da bağımlılığı olan insanların daha farklı ve uygun yerlerde ve ortamlarda bulunma istekleri,
- Tedavi olma amacıyla gidilmesinin yanı sıra bireylerin kültürel ve turistik olarak gezme arzuları,
- Bireylerin yaşama daha sıkı tutunma ve daha güzel yaşama istekleridir.”

Sağlık turizmi, T.C. Sağlık Bakanlığı resmi kaynaklarına (2017) göre genel çerçeveleriyle şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

1. Medikal (Tıp) Turizm
2. Termal Sağlık Turizmi
3. Yaşlı Turizmi
4. Engelli Turizmi

2.1.5.1. Medikal (Tıp) Turizm

Medikal turizm tanımlarının çoğu, sağlığın iyileştirilmesi amacıyla yurtdışı seyahatlerinin önemli bir parçası olan ve sağlık turizminin daha pasif süreçlerinden ziyade sağlık kontrolleri ya da daha yaygın tıbbi prosedürleri içeren bir şemsiye terim olarak kullanılmaktadır. (Connell, 2013)

Tıp turizmi olarak da bilinen medikal turizm, insanların tıbbi tedavi ya da operasyonlar amacıyla farklı sebeplerle başka ülkelere giderek bir çeşit hasta hareketliliği oluşturmaktadır. Bu hareketlilik zamanla daha da önemli bir pazar haline gelmiştir ve dünya çapında oldukça hızlı bir şekilde gelişmektedir. Yaşadıkları ülkelerde tedavi

cretlerinin yüksek olmasından ya da bekleme sürelerinin uzun olmasından dolayı pek çok insan deniz aşıırı ülkelere seyahatlerle medikal turizmin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Her geçen gün daha da gelişen tıp teknolojileri, ulaşımın kolaylaşması ve olanakların artması, reklam ve sosyal medya etkisi hastaların başka ülkelerdeki sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırmaktadır.

Medikal turizmin gelişmesini etkileyen faktörler sırasıyla; artan cepten harcamalar, koroner ve onkolojik ameliyatlar, kalça/diz gibi özellikle cerrahi operasyonlara yönelik ülkeler arası fiyat farklılıkları, hastaların uzun bekleme listeleri, sağlık kurumlarının akreditasyon ile kalite güvencelerini sağlamaları, aracı kurumların devreye girerek hastaların daha kolay seyahat etmelerinin sağlanması, kozmetik, diş ve estetik amaçlı operasyonların sağlık sigortası kapsamında bulunmamasından kaynaklanan kapsam dışı tedaviler, uluslararası anlaşmalar, yaşıllara yönelik medikal turizm, insanların sağlıklı yaşıam felsefesini daha çok benimseye başlamaları, emekli insanlara yönelik ayrılan emeklilik fonları olarak gösterilmektedir. Medikal turizmin gelişmesini kısıtlayan etkenler ise; daha gelişmiş ülkelerdeki tıbbi düzey ve kalitenin gelişmekte olan ülkelerde henüz tam olarak mevcut olmaması ve bundan kaynaklı güven kalite problemi, kendi ülkeleri dışıında tedavi görmüş hastaların lkelerine geri döndüklerinde hastalıklarına yönelik olası komplikasyon, kontrol ve takip sürecinde sağlık sigortalarının bu masrafları karşılamıyor olması, hastaların yeterli ekonomik refah içerisinde olmamaları, hastaların gittikleri ülkenin dilini ya da uluslararası dil olan İngilizceyi konuşamamaları ya da anlamamaları, ortaya çıkabilecek vize sorunları, kurumların yaşıadıkları akreditasyon problemleri ve bunun kamuoyu tarafından duyulması, sağlık personeli dışıında alıştıırılan personelin işgücü eksikliği ve bunun tüm kuruma yansması olarak ifade edilmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2017)

2.1.5.2. Termal Sağlık Turizmi

Termal sağlık turizmi, sağlık turizmi kapsamında yer alan mineralli maden sularının insanların dinlenmelerine, tedavi olmalarına ve kendilerini zinde hissetmelerine yönelik olarak kullanılmasıdır. İçerisinde SPA ve Wellness terimlerini de barındıran termal turizm; turizmin sadece belirli mevsimlerde artmasının önüne geçerek bunu her mevsime yayması, otel ve işletmelere giden insan sayısını artırması, turizmi eşıtlendirmesi,

turistik bölgelerin daha da gelişmesini sağlaması ve istihdam yaratması gibi ekstra avantajlar da sağlamaktadır.

2.1.5.3. Yaşlı Turizmi

Düşük doğum oranları ve yaşam sürelerinin uzaması nedeniyle, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde artması ve bunun sonucunda çalışan nüfusun orantısız olarak azalması bazı sorunlara neden olmaktadır. Yaşlı nüfusun giderek artması, aile ortamında verilemeyen bakım hizmetlerinin başka kurumlar tarafından sağlanmasının önünü açmış ve bu konuda profesyonel yaşlı bakım hizmetlerinin gelişmesini tetiklemiştir.

Gelişmiş ülkelerde tedavi ve yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin pahalı olması ve yaşlanan nüfusun kaçınılmaz olarak sahip oldukları hastalıklarının artmasının aksine çok uzun süren bekleme listeleri nedeniyle, yaşlı nüfus destekleyici farklı bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Özellikle genç nüfusun yoğunlukta olduğu Türkiye, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Tayland gibi ülkeler yaşlılara yönelik bakım hizmetlerini sağlama noktasında var olan ülkeler olarak değerlendirilmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2017)

2.1.5.4. Engelli Turizmi

Günümüzde, engelli insanların bütün bireyler gibi eşit haklardan yararlanmaları ve her türlü olanaktan faydalanmalarına yönelik çalışmalar her geçen gün daha da artmaktadır. İyileştirilen ve geliştirilen bu alanlardan birisi de turizmin önemli parçalarından olan ulaşım ve konaklama gibi olanaklardır. Bu şekilde imkânların iyileştirilmesiyle birlikte yurt içinde ve yurt dışında engelli bireylerin de yararlanabilecekleri bir turizm sektörü oluşmuştur. Özellikle, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde engelli turizminin oldukça gelişmiş olduğuna yönelik çalışmalar yapılmış ve bu turistlerin normalden daha fazla harcama yaptıkları ve daha uzun süre konakladıkları görülmektedir.

2.1.6. Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizminin Önemi

Türkiye’nin coğrafi konumu, turizm potansiyeli, sağlık hizmeti sunan özel ve devlet kurumlarının kalitesi ve altyapısı, diğer ülkelere göre maliyet düşüklüğü, eğitilmiş ve genç

insan gücü ülkemizde sağlık turizminin gelişmesini sağlayan bazı avantajlar olarak sayılabilir. Bunun yanı sıra, sağlık turizminin bir sektöre dönüştürülmesi için devlet destekli bir takım hamleler de yapılmış ve de yapılmaya devam edilmektedir. Özellikle son 10 yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında pek çok reformun hayata geçirilmesiyle birlikte, sağlık turizminin geliştirilmesi amacıyla 2011 yılında Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kurulmuştur. 6 Şubat 2015 tarihli başbakanlık genelgesi ile Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu'nun (SATURK) kurulması, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından sağlık turizmine yönelik hastanelerin faaliyete geçirilmesi ve şehir hastanelerinin kurulması bu alanda atılan önemli adımlardan bazıları olarak gösterilebilir. Ayrıca, sağlık turizminin geliştirilmesi, Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) öncelikli dönüşüm programları arasında yer alarak bu konuya verilen önem ortaya koyulmuştur. (Sağlık Bakanlığı, 2017)

Türkiye'nin öne çıkan bir başka önemli özelliği ise akredite olmuş kuruluş sayısının fazlalığı ve Joint Comission International (JCI) tarafından Tayland'dan sonra en fazla akredite edilmiş sağlık kuruluşuna sahip ülke durumunda olmasıdır. Akredite olmuş sağlık kuruluşlarının daha kaliteli ve güvenilir özelliklere sahip olması nedeniyle her yıl pek çok uluslararası hasta medikal turizm kapsamında Türkiye'yi ziyaret etmektedir. (<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr>, 2017)

Türkiye'de sağlık turizmine yönelik hizmetler kamu hastanelerinden ziyade özel hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Bunun temel nedeni ise uluslararası hastaların JCI akreditasyonuna sahip sağlık kuruluşlarını daha çok tercih etmek istemesidir. Ayrıca, Türkiye'de çoğunlukla diş tedavisine, göz ameliyatlara, estetik cerrahisine, kardiyovasküler operasyonlara, infertilite operasyonlarına ve termal kaplıcalara yönelik hizmetler sunulmaktadır. (Acar ve Turan, 2016)

2.1.7. Türkiye'ye Gelen Sağlık Turisti ve Kullanılan Yabancı Dilin Önemi

Sağlık Bakanlığı (2017) tarafından uluslararası hasta sınıflaması farklı şekillerde yapılmaktadır:

- Medikal Turist: Yaşadığı yerden bir başka yere sağlığını korumak ya da iyileştirmek için giden kişilerdir.

- Turistin Sağlığı Kapsamında Hizmet alan Hasta: Tatillerini sürdürürlerken başına gelen ani ve acil olaylardan ötürü sağlık hizmeti alan kişilerdir.
- Sağlık Alanında İkili Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hasta: Bazı ülkelerle yapılan ikili anlaşmalara istinaden Türkiye’ye gelen kişiler.
- Sosyal Güvenlik Kurumuyla Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hasta: Sosyal güvenlik kuruluşlarının aralarında yaptıkları anlaşmalar kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmak için gelen hastalardır.

Aynı zamanda, gezme ve dinlenme gibi aktivitelerin yanı sıra cerrahi müdahale gibi tedavi amaçlı başka ülkelere seyahat eden kişiler “sağlık turisti” olarak adlandırılmaktadır. (Mugomba ve Caballero-Danell, 2007)

Tablo 1. 2012-2019 Yılları Arasında Türkiye’ye Sağlıkla İlgili ve Tıbbi Nedenlerle Giriş Yapan Sağlık Turistleri (1 Yıldan Az)

Yıllar	Sağlık Turistleri Sayısı
2012	216.228
2013	267.461
2014	414.658
2015	360.180
2016	377.384
2017	433.292
2018	551.748
2019	662.087

(Kaynak: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=74&locale=tr>, 15.04.2020, 12.58).

Türkiye, sağlık turistleri tarafından tercih edilen ülkeler arasında yerini almaktadır. Tablo 1’de 2012-2019 yılları arasında Türkiye’ye sağlıkla ilgili ve tıbbi nedenlerle gelen yıllık turist sayısı gösterilmiştir ve 2015 ve 2016 yılları dışında Türkiye her geçen yıl sağlık turizmi açısından gelişim göstermiştir. 2019 yılında ülkemize gelen sağlık turisti sayısının 662.087 olduğu ve yine artış gösterdiği görülmektedir.

Türkiye’ye gelen sağlık turistlerinin ülkemizi seçmesinin nedenleri; coğrafi özellikleri, iklimi, doğası, termal kaynakları, ulaşım kolaylığı ve ulusal hava yolu firmalarının sunduğu kolaylıklar, gelişmiş eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları, eğitilmiş ve uzman hekim mevcudiyeti, özel kuruluşların yabancı

sağlık sigorta firmalarıyla yaptıkları anlaşmalar, özel hastanelerin medikal turizm fuarlarına katılmaları ve bünyelerinde yabancı hasta ve sağlık turizmi departmanları kurmaları, uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından akredite edilmiş pek çok özel sağlık kuruluşunun varlığı ve akredite kuruluşların sundukları kaliteli ve güvenilir sağlık hizmeti olarak gösterilmektedir. (<https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,23591/turkiyenin-saglik-turizmindeki-onemi.html>, s:1-5)

SATURK’e göre Türkiye’ye gelen sağlık turistlerini; akrabalık ilişkileri nedeniyle Bulgaristan, Yunanistan, Suriye gibi ülkelerden; Almanya, Hollanda, Fransa gibi Türk nüfusunun fazla olduğu ülkelerden; gelişmekte olup alt yapı ve doktor yetersizliğinden ötürü hizmet sorunu yaşanan Libya, Irak gibi ülkelerden; sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksek olduğu İngiltere, Amerika, Almanya gibi ülkelerden; uzun bekleme listeleri olan Hollanda, Kanada, İngiltere gibi ülkelerden; sağlık sigortası geri ödeme kapsamına girmeyen özellikle diş hastalıkları ve estetik cerrahi gibi hizmetlerin olduğu İrlanda, Almanya, İngiltere, Fransa gibi ülkelerden ve bunların dışında Orta Doğu ve Balkan ülkelerinden özellikle hizmetlerin alınmasına yönelik talepleri olan insanlar oluşturmaktadır. (<http://www.saturk.gov.tr/tyst.php>, 19.07.2019, 17:55)

Tablo 2. 2018-2019 Yıllarında Türkiye’den Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Çıkış Yapan Uluslararası Hasta Sayısı (1 Yılda Az)

Ülkeler	Yıl	Uluslararası Hasta Sayısı	Yıl	Uluslararası Hasta Sayısı
Almanya ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	35.956	2019	43.507
İngiltere ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	29.331	2019	50.149
Afrika Ülkeleri ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	17.505	2019	29.471
İran ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	15.057	2019	14.121
İspanya ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	14.747	2019	17.225
Hollanda ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	14.694	2019	12.409
Fransa ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	9.150	2019	13.220
Rusya Federasyonu ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	6.911	2019	9.306
ABD ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	5.856	2019	15.595
İtalya ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	4.793	2019	11.319

İsrail ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	3.584	2019	10.090
Suriye ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	2.776	2019	2.803
Kanada ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	2.748	2019	5.319
Ukrayna ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	2.635	2019	6.275
Avusturya ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	2.542	2019	6.249
Avustralya ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	1.522	2019	2.813
Danimarka ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	1.320	2019	5.322
Tunus ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	3.45	2019	928
İsveç ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	4.402	2019	5.843
İsviçre ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler	2018	3.236	2019	4.866

(Kaynak: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>, 15.04.2020, 14.18).

Tablo 2’de 2018 ve 2019 yıllarında Türkiye’ye gelerek sağlık ve tıbbi nedenlerle hizmet alan ve ülkemizden çıkış yapan hastaların sayıları görülmektedir. İran ve Hollanda dışındaki ülkelerden bu amaçla 2018 yılında Türkiye’ye gelen hasta sayısı, 2019 yılında daha da artış göstermiş ve Türkiye’nin sağlık turizmindeki potansiyeline katkı sağlamıştır.

Sağlık turistlerinin kendi ülkelerindeki sağlık hizmetlerinin yeterli ya da kaliteli olmaması ve sağlık masraflarının yüksek olması, sağlık sigortalarının bazı tedavi masraflarını karşılamıyor olması ya da ekonomik refah düzeyleri, başka bir ülkenin sağlık hizmetlerinden faydalanma isteklerini etkileyen nedenlerden bazılarıdır. Aynı zamanda, Yalçın (2013, s:27), sağlık turistlerinin hizmet almak istedikleri kuruluştaki doktorların kalitesi, başka hastaların yorumları, sağlık çalışanlarının dil yeterlilikleri, sağlık kuruluşunun sunduğu konaklama standartları, maliyet düşüklüğü, yaşadıkları yere göre mesafesi, akreditasyona sahip olup olmaması, tedavi sonuç verileri, rehberlik hizmetleri, operasyon sonrası enfeksiyon oranları, tedavi öncesi ve sonrası sunduğu hizmetler ve yazılı bir garanti istemesi ya da istememesinin sağlık turistlerinin başka bir ülkede sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmeti almalarını etkilediğini ifade etmektedir.

Tablo 3. Medikal Turistlerin Önem Derecesine Göre Değerlendirdikleri Belirleyiciler

Belirleyiciler	Hiç önemli değil	Önemli değil	Kararsız	Önemli	Çok önemli
Hekim Kalitesi	%0,00	%2,80	%0,93	%28,04	%68,22
Diğer Hastaların Değerlendirmeleri	%0,00	%0,96	%6,73	%50,00	%42,31
Çalışanların Dil Yeterliliği	%0,93	%1,85	%8,33	%57,41	%31,48
Sağlık İşletmesinin Konaklama Standartları	%0,00	%1,87	%14,95	%61,68	%21,50
Düşük Maliyet	%0,92	%2,75	%14,68	%52,29	%29,36
Yaşanılan Yere Uzaklık	%1,82	%3,64	%16,36	%52,73	%25,45
Sağlık İşletmesinin Akreditasyonu	%0,00	%1,87	%22,43	%39,25	%36,45
Sağlık İşletmesinin Tedavi Sonuç Verileri	%0,99	%4,95	%20,79	%47,52	%25,74
Rehberlik Hizmetleri	%0,95	%5,71	%21,90	%55,24	%16,19
Ameliyat Sonrası Enfeksiyon Oranları	%1,94	%10,68	%16,50	%50,49	%20,39
Tedavi Öncesi Ve Sonrası Hizmetleri	%0,94	%3,77	%26,42	%44,34	%24,53
Yazılı Bir Garanti	%0,94	%9,43	%40,57	%34,91	%14,15

Kaynak: YALÇIN B. (2013). Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması, Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Antalya, s. 27.

Tablo 3’te sağlık turistlerinin sağlık hizmeti almak istedikleri ülke seçimlerini, birinci derecede hekim kalitesi ve sonrasında daha önce aynı kuruluştaki hizmet almış hastaların yorumlarının etkilediği görülürken, üçüncü sırada ise çalışanların dil yeterliliğinin önemli bir etkisinin olduğu ortaya konulmuştur. (Yalçın, 2013, s:27)

Sağlık turistlerinin kendi dillerinin konuşulduğu ya da sağlık çalışanlarının uluslararası dil olan İngilizceyi konuşabilme yeterliliklerinin olduğu bir ülkeyi tercih etme potansiyelinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, bir ülkede konuşulan birinci dilin İngilizce olması o ülkenin sağlık turizmi gelişimine önemli derecede katkı sağlamaktadır. Sağlık hizmeti almak isteyen sağlık turisti ve sağlık hizmeti sunan sağlık

alışanlarının ortak bir dil bilmeleri ve konuşmaları ortaya çıkacak olan iletişim problemlerinin nne geçen bir unsurdur. Fakat yine de dünya genelinde uluslararası dil olan İngilizceyi konuşamayan ya da anlamayan pek çok hasta sağlık hizmeti almak maksadıyla başka ülkelere seyahatler gerçekleştirmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2017, s:13-18) Bu durumda, sağlık turisti ve sağlık çalışanları tarafından konuşulan yabancı dilin, sağlık kuruluşlarında ve özellikle de sağlık turizmi kapsamında yabancı uyruklu hastalarla iletişim kurma noktasındaki önemi büyüktür.

2.1.8. Sağlık Personelinin ve Yabancı Uyruklu Hastaların Yabancı Dil Bilme Gerekliliği ve Yeterliliği

Sağlık personelinin ve yabancı uyruklu hastaların iletişim kurabilmesi ve sağlık kuruluşlarında bu hastalara sağlık hizmeti sunulabilmesi için yabancı bir dilin konuşuluyor olması bir ihtiyaç haline gelmiştir. Doğru ve kaliteli bir şekilde kurulacak iletişim, sağlık bakım kalitesini etkilemesi ve sağlık personeli ile hasta arasında anlaşılmayı sağlaması bakımından oldukça önemli bir boyuttur. Çünkü hastalar ve sağlık çalışanları arasında kullanılan ortak bir yabancı dil; karşılıklı anlaşmayı, ortak karar vermeyi, tanılara ulaşmak için bilgi toplamayı, tedavi yöntemlerini açıklamayı ve buna benzer pek çok noktada doğru ve etkili iletişimi sağlamaktadır.

Çeşitli nedenlerle başka bir ülkede yaşayan ya da başka bir ülkeye sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere sağlık turisti olarak giden yabancı uyruklu hastaların karşılaştıkları problemlerden birisi de dil engelleridir. Tedavi gördükleri ülkenin dilini bilmeme ya da uluslararası dil olan İngilizceyi yeterli şekilde ya da hiç konuşamama, yabancı uyruklu hastaların sağlık kuruluşlarında kuracakları iletişimde engeller oluşturmaktadır. Bu durum özellikle başka bir ülkede yaşayan azınlık ya da mülteci insanları etkilerken, yabancı uyruklu hasta ile sağlık personelinin ortak bir dil konuşamamalarından kaynaklanmaktadır.

Cheng ve ark. (2015), Avustralya’da yapılan bir araştırmada, mültecilerin İngilizce dilindeki yetersizlikleri nedeniyle randevu almakta zorlandıklarını ve dil problemi nedeniyle rahat bir şekilde iletişim kuramadıklarını ortaya koymuşlardır. Amerika’da yaşayan 21 milyonun üzerindeki sınırlı İngilizce yeterliliği olan (Limited English Proficiency, LEP) bireylerin, İngilizce konuşabilen hastalarla karşılaştırıldığında sağlık bakımına daha zor ulaştıkları ve sağlık hizmetlerini daha olumsuz şekilde

değerlendirdikleri görülmektedir. Ayrıca, bu hastaların yabancı dili konuşamamalarının aldıkları tıbbi bakım kalitesini olumsuz yönde etkilediği, daha uzun süre hastanede kalmalarına neden olduğu, daha fazla tıbbi hataya sebebiyet vererek, daha düşük hasta memnuniyeti sağladığı saptanmıştır. (Ngo-Metzger ve ark., 2007)

Benzer şekilde, küreselleşmeyle birlikte ortaya çıkan gelişmeler, göçler ve özellikle de sağlık turizmi kapsamında deniz aşırı ülkelere seyahat ederek sağlık hizmetlerinden yararlanmayı isteyen yabancı uyruklu hastalarla kurulacak olan iletişimde, sağlık personelinin bildiği ve konuşabildiği yabancı dil daha da önem kazanmaktadır. Sağlık kuruluşlarına gelerek sağlık hizmetlerinden faydalanmayı isteyen yabancı uyruklu hastaların etnik ve kültürel çeşitliliği nedeniyle, sağlık kuruluşlarında çok farklı dilleri konuşabilen hastalarla karşılaşılabilir. Böyle bir durumda başvurulabilecek en iyi çözüm, şu an bütün dünyada ortak bir dil olarak konuşulan ve pek çok alanda anlaşmayı sağlayan yabancı bir dil olarak İngilizce bilmek ve bu dili etkili bir şekilde konuşabilmektir. İngilizce, inkâr edilemez bir şekilde, sağlık kuruluşlarında iletişimi sağlayan bir araçtır ve sağlık çalışanlarının hastalara daha kaliteli hizmet sunmak amacıyla yabancı dil becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. (Arumugan ve Kaur, 2011, s:76)

Sağlık personelinin bir yabancı dili ve özellikle de uluslararası ortak dil olan İngilizceyi etkili bir şekilde konuşmasının yanı sıra, yabancı uyruklu hastalarla iletişim noktasında İngilizce medikal dile yönelik terminoloji ve kullanımlara da hâkim olmaları beklenmektedir. Sağlık personeli tarafından İngilizce dilinde kullanılan tıbbi jargonlar, hastalara tedavi prosedürleriyle ilgili bilgileri açıklamaya yönelik olarak kullanılmaktadır. Sınırlı İngilizce yeterliliği (LEP), tıbbi dilin kullanımını daraltacağı gibi sağlık bakımına yönelik risklere de neden olabilmektedir. (Wilson ve ark., 2005) Bu profesyonel hizmetleri uygun bir şekilde yerine getirmek için, sağlık personelinin yabancı uyruklu hastalarla etkileşime girme ve bu hastaların sorularına cevap verme konusunda, aynı zamanda medikal İngilizce dinleme ve konuşma becerilerinde de yetkin olmaları beklenmektedir. (Arumugan ve Kaur, 2011, s:68)

Yabancı uyruklu hastaların ya da sağlık personelinin ortak bir dili konuşamamaları nedeniyle ortaya çıkacak iletişim problemlerini engellemeye yönelik olarak başvuru çözümlerinden birisi, sağlık kuruluşlarında tercümanlık hizmetlerinin sağlanmasıdır. Pek

çok sağlık kuruluşunda tercümanlar yardımıyla sağlık personeli ve hasta arasındaki dil problemi ortadan kalkmaktadır fakat yine de her durumda ve bağlamda bir tercümanın yardımı etkili olamamaktadır. Herrel ve ark. (2004), doğum esnasında tercüman kullanan kadın hastaların birçoğunun tercümanların tıbbi terminolojide yetkin olmadığını ifade ettiklerini ve bu kadın hastalardan birkaçının bazen hastaların tercümanlara kıyasla tıbbi terimler hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğunu öne sürdüklerini ortaya koymaktadır. Her sağlık kuruluşunda bir tercümanlık hizmetinin sunulmamasıyla birlikte, bu hizmetin iyi organize edilmiş ve güvenilir bir şekilde sunulduğu kuruluşlarda bazı hastaların hastanelerde kaldıkları süre boyunca tercümanlardan yoksun kaldıkları görölmektedir. (O'Donnell ve ark., 2007). Dolayısıyla, sağlık personeli ile yabancı uyruklu hastalar arasında etkili iletişimin sağlanabilmesi noktasında sağlık kuruluşlarında görevli olan tercümanların ya da hasta yakınları ve diğer sağlık personelleri gibi yardımda bulunmaya çalışan insanların, belli bir noktada eksik kalabileceği düşünölmelidir. Bu nedenle, hem sağlık personellerinin hem de yabancı uyruklu hastaların dil kullanımına önem vermeleri ve bu anlamda kendilerini geliştirmeleri önem arz etmektedir.

Ertaş ve Kırac (2018, s:650), sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kapsamında Türkiye'ye gelen yabancı uyruklu hasta yakınlarıyla, hastalarla ve hastayı getiren aracı kurumlarla en çok sorun yaşadıkları durumun iletişim noktasında olduğunu ortaya koymaktadır. Bu iletişim sorununu çözmek için, Buzcu ve Birdir (2019, s:322) Türkiye'de sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimlerin ve eğitim kurumlarıyla işbirlikleri sayesinde dil eğitimi sağlanmasının etkili olabileceğini ifade etmektedir. Altsoy ise (2018, s:133), yabancı dilin ölkelerine yayılmasını ve Türkiye'ye gelen yabancı turistlerle iletişimin kolaylaştırılmasını önermektedir.

Dolayısıyla, Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında bir ya da birden fazla yabancı dil ve özellikle de uluslararası ortak dil olan İngilizceyi bilen ve konuşabilen sağlık personelinin yabancı uyruklu hastaları anlama ve bu hastalara her türlü konuda bilgi verme konularında etkin olabilmeleri sağlanmalıdır. Bu durum, etkili bir iletişim kurulmasını sağlayacağı gibi yanlış anlaşılmayı da ortadan kaldıracak ve sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesini de artıracaktır. Bu amaçla, yabancı dil bilen ve konuşabilen sağlık personelinin sayısının ve niteliğinin artırılmasıyla sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının daha çok tercih edilmesi sağlanacaktır.

2.2. Sağlık Kurumlarında İletişim ve İletişim Engelleri

Bu bölümde sağlık kurumu ve kavramı, sağlık kurumlarında iletişim ve önemi, sağlık çalışanı ve hasta iletişimi, sağlık kurumlarında karşılaşılan ve yabancı dilden kaynaklı iletişim engelleri konularına yer verilmiştir.

2.2.1. Sağlık Kurumu Kavramı

Sağlık kurumları, insanların acil ve normal zamanlarda sağlık hizmeti alabilmeleri için var olan vazgeçilmez sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık kurumlarının en önemli parçalarından birisi olan hastaneler ise sağlık hizmetlerinin sunulduğu, sağlık sisteminin diğer birçok bölümünün etkinliğini tamamlayan ve artıran sağlık sistemlerinin yapıtaşlarıdır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hastaneler; “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmıştır.

Hastaneler, iç içe çalışan bireylerin ve ekiplerin olduğu kuruluşlar olduğu için etkili iletişimin ve dayanışmanın önem arz ettiği ve bu nedenle yönetiminin ve koordinasyonunun kolay olmadığı sağlık kurumlarıdır. Özellikle insanların yaşamsal ve sağlıkla ilgili konularda hizmet almaları esnasında ve olası acil durumlarda, sağlık personellerinin hastalarla ve kendi aralarında var olan iletişimleri, destekleri, sağduyuları ve anlayışları sağlık kurumlarında bulunması gereken en önemli unsurlardandır.

2.2.2. Sağlık Kurumlarında İletişim ve Önemi

TDK sözlüğüne göre iletişim, “duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, iletişim” anlamlarına gelmektedir. İletişim, başkalarını anladığımız ve akabinde onlar tarafından anlaşıldığımız dinamik ve sürekli değişen bir süreçtir. (Andersen, 1959) İletişim, toplumun ve sosyal hayatın her alanında var olan, insanların yaşamlarını daha da kolaylaştıran ve anlamlı kılan ve birbirleriyle anlaşma noktasında köprü vazifesi gören önemli bir araçtır. (Koç,

2017, s:5) Çünkü iletişim, insanların birbirleriyle kuracakları olumlu etkileşime katkı sağlayan sosyal ihtiyaçlar arasındadır. (Kolegarová ve Zitkov, 2006)

İş ortamı, aile hayatı, toplu taşıma, sınıf, sağlık kuruluşu gibi pek çok toplumsal alanda iletişim her zaman çok önemli bir araç olmuştur ve insanların birbirlerini anlamaları için bir gerekliliktir. İletişim, her alanda olduğu gibi kaliteli sağlık hizmetlerinin de anahtarıdır. Hastalar sorunlarını ve durumlarını sağlık personellerine iletirken ve sağlık personelleri de bulgularını ve önerilerini hastalara iletirken kullanılan dil ve iletişim çok önemli bir yere sahiptir. Hastalarla etkili iletişim kurma; tedaviye uyumu ve hasta memnuniyetini artırabilir, hatta daha iyi sonuçlara yol açabilir ve bu da toplum için daha iyi bir genel sağlık hizmeti sağlar.

Sağlık kurumlarında sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişim, ortak bir dil ve kültür var olsa bile her zaman kolay sağlanamamaktadır. Hastanın karmaşık tıbbi geçmişini almak ya da olağandışı bir hastalığı veya gerekli tedavi yöntemini açıklamak, en iyi koşullarda bile göz korkutucu olabilmektedir. Bir doktor ve hasta için ortak dil, birkaç kelime veya kelime öbeğinden ibaret olduğunda iletişim hiçbir zaman tatmin edici olmamaktadır. Bakım süreci yeterli görünse bile, başlangıçta alınan tıbbi geçmişin dil engelleri nedeniyle eksik veya yanlış olup olmadığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadan, bakımın kalitesini değerlendirmek imkânsızdır. (Baker ve ark., 1996)

Sağlık kurumlarında iletişim, sağlık sürecinin her aşamasında önemli bir unsurdur. Sağlık personeli arasında mevcut ve gelen hastaların nasıl tedavi edileceğinin tartışılması, hasta bilgilerinin doğru bir şekilde elde edilmesi, hastalara ne gibi sağlık problemlerinin olduğunun açıklanması, bilgi verilmesi, öneride bulunulması ve tedavi aşamalarının ifade edilmesi noktasında iletişim önemli bir yer teşkil etmektedir. Örneğin; bir doktor, hasta hakkında hangi verilerin toplanacağına karar vermek için eğitim ve öğretiminden, literatürden, deneyimlerinden yararlanarak mevcut bilgisini kullanır. Doktor ve sağlık ekibinin diğer üyeleri, bu verileri hasta ve hastanın ailesi ile konuşarak, hastanın gözlenmesi, fiziksel ve zihinsel muayene, laboratuvar testleri ve görüntüleme yoluyla toplar. Sağlık ekibi toplanan bu bilgileri; hastaya, hastanın ailesine, tedavi ekibinin diğer üyelerine, diğer profesyonel bakıcılara, eczacılara, sigorta şirketlerine ve diğer işbirlikçilere dağıtır. Bir sağlık kuruluşunda veri toplama, verilerin bilgiye dönüştürülmesi, verilerin ve bilgilerin depolanması ve bilginin yayılması, bilgi

yönetimini oluşturan kilit süreçlerdir. Bilgi yönetiminin büyük çoğunluğu, ekip üyeleri, hastalar ve hasta aileleri arasındaki iletişime dayanmaktadır. Hasta ve hasta ailesine yönelik hizmet ne kadar fazlaysa, hastanın bakış açısını anlamak ve hastayı tedavi ekibinin içine dâhil etmek için hasta ve hasta ailesi ile iletişim o kadar önemlidir ve sık görülmektedir. (Schryve, 2007)

Sağlık kurumlarında dil ve iletişim engelleri, hastalar ve sağlık görevlileri arasında karşılıklı yanlış anlaşılmalara sebebiyet verebilmektedir. Sağlık personeli ve hastalar arasında etkili olmayan iletişim, hastalar tarafından karşılaşılabilecek olumsuz sonuçlarla daha büyük risklere neden olabilmektedir. Hastalar tanıların sonuçlarını, tedavi ve önleme planlarının önemini anlamada başarısız olursa, nahoş ve hatta yaşamı tehdit edici olayları tecrübe etmek zorunda kalabilmektedirler. (Arumugam and Kaur, 2011, s: 69)

Dolayısıyla, güçlü iletişim politikalarına sahip sağlık kuruluşları hastalarına daha iyi hizmet sağlayabilirler ve hastalarının sağlığını daha da iyileştirebilirler. Fakat etkili iletişim politikaları olmayan kuruluşlar, hastalarının sağlığını ve refahını olumsuz yönde etkileyebilirler. Sağlık personelleri ve kurumları, gelişmek ve daha iyi hizmet sağlamak için sağlık hizmetlerinde iletişimin önemini kabul etmeli ve bu konuda gereken hassasiyeti ve ehemmiyeti göstermelidir.

2.2.3. Sağlık Çalışanı ve Hasta İletişimi

Sağlık kurumlarında çok farklı pozisyonlarda ve görevlerde bulunan sağlık çalışanları mevcuttur. Başta doktorlar ve hemşireler olmak üzere, çok sayıda sağlık çalışanı hastalarla direk ya da dolaylı yollarla iletişime geçerek sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı fonksiyonları gerçekleştirirler. Bu noktada sağlık çalışanlarının hem hastalarla hem de kendi aralarında kuracakları iletişim, sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen unsurlardan birisi olacaktır. Bu nedenle, çalışmanın bu bölümünde, sağlık çalışanı ile hasta iletişimine detaylı bir şekilde değinilerek; doktorlar, hemşireler, diğer sağlık çalışanları ve idari çalışanlar ile hastalar arasındaki iletişimden bahsedilecektir.

2.2.3.1. Hasta-Doktor İletişimi

Tıp uzmanları ve hasta hakları savunucuları, doktor ve hastanın görüşmesi esnasında hastalar ve aileleri ile iletişim kurmanın önemini vurgulayarak iletişimin önemli bir

doktor yetkinliği olduğunu ortaya koymaktadırlar. Doktorlar; hastalar, hastaların akrabaları, diğer sağlık ekibi üyeleri ve meslektaşları ile etkili iletişim yoluyla karşılıklı öğrenmenin gerçekleştiği bir ortam yaratmalıdırlar. Uluslararası Tıp Eğitimi Enstitüsü (Institute For International Medical Education, 2002, s:130-135), hastaların sağlık durumlarıyla ilgili daha uygun karar vermek ve hasta memnuniyetini arttırmak için, doktorların hastalarla iletişimleri konusunda şu noktalara dikkat etmeleri gerektiğini vurgulamaktadırlar:

- Tüm problemlerin ve içeriklerinin anlaşılması amacıyla bütün bilgileri ortaya çıkarmak ve sentezlemek için hastaları dikkatle dinlemek,
- Hastalarla ve hastaların aileleriyle anlaşılmayı kolaylaştırmak ve eşit şekilde ortak karar almayı sağlamak için iletişim becerilerini kullanmak,
- Diğer meslektaşlar, fakülteler, toplum, diğer sektörler ve medya ile etkili iletişim kurmak,
- Etkili ekip çalışması aracılığıyla hasta bakımı ile ilgili diğer sağlık personeliyle işbirliği yapmak,
- Başkalarına karşı öğretici olmaya ilişkin temel becerilere sahip olmak ve olumlu tutum göstermek,
- Hastalarla ve toplumla etkileşimi artıran kültürel ve kişisel faktörlere duyarlılığı göstermek,
- Sözlü ve yazılı olarak etkili iletişim kurmak,
- Tıbbi kayıtları eksiksiz bir şekilde oluşturmak ve sürdürmek,
- Tıp camiasının ihtiyaçlarına uygun bilgileri sentezlemek ve sunmak, bireye ve topluma yönelik öncelikli konuları ele alan ulaşılabilir ve kabul edilebilir eylem planlarını tartışmaktır.

Hasta ve doktor iletişiminde, hastanın endişe, fikir, beklenti, ihtiyaç, duygu ve işleyiş gibi çeşitli yönlerden anlaşılması; hastaya özgü psikososyal ve kültürel açılardan yaklaşılması, hasta sorunları ve hasta değerleriyle uyumlu tedavilere ortak bir noktada

buluşularak karar verilmesi ve bu kararların hastalara ifade edilmesi oldukça önemli noktalar. (Epstein and Street, 2007'den aktaran; King ve Hoppe, 2013)

Hasta ve doktor arasındaki iletişimin, hasta memnuniyetine olumlu katkı yaptığı ve hastaların aldıkları sağlık hizmetine ve kendilerine sunulan tıbbi uygulamalara yönelik daha olumlu görüşlere sahip olmalarına katkı sağladığı görülmektedir. (Paternotte ve ark., 2014) İyi bir hasta doktor iletişiminin, hasta tanılarının %70'nin doğru bir şekilde koyulmasını sağladığı ortaya çıkmıştır. (Akkoç ve Güldal, 2001, s:75)

Hastalara empatik yaklaşarak doğru ve etkili iletişimin kurulması ve bu bağlamda hastalara güven aşılması gerekmektedir. Ayrıca hastanın da iletişime katılımının sağlanmasıyla, hasta ve doktor arasında uyumlu etkileşim kurulabilmekte ve doktorun hastanın o anda içinde bulunduğu durumu anlaması sağlanabilmektedir. (Bellet ve Maloney, 1991, s:1831) Doktorun hastayla kuracağı iletişimin basit fakat anlaşılır bir dille olması, medikal dil ve jargonun kullanılmaması, hastanın durumu anlayabilmesi için yeterli şekilde tekrar ve yinelemelerin yapılması, hastanın durumu anladığının kontrol edilmesi gibi noktalara da dikkat edilmesi bu iletişimin etkililiğini artıracaktır. Çünkü hasta odaklı bir dil kullanımı ve iletişim, hem hasta memnuniyetini hem de sağlık çıktılarını olumlu yönde etkileyecektir. (King ve Hoppe, 2013)

Doktorun hastanın düşüncelerini, endişelerini, hislerini ve beklentilerini göz önünde bulundurarak hastanın sahip olduğu kişisel ve ailevi durumların hastayı nasıl etkilediğini anlaması, hastanın sağlık durumunun nedenleri, öncelikleri ve tedavinin amaçları noktasında hastayla anlaşması ve hastaların da karar sürecine dâhil edilmesi doktor ile hasta iletişimine katkı sağlayacak önemli faktörlerdir.

Tüm bu açıklamalara bakılarak hasta ve doktor iletişiminin etkili ve güçlü olması gerektiğine ek olarak, küreselleşen dünyada değişen hasta ve sağlık hizmetleri dinamikleri nedeniyle doktorların özellikle farklı bir dil konuşan ya da kültürel olarak farklılıklara sahip hastalara yaklaşımlarına özen göstermeleri, sağlık kuruluşlarının daha iyi hizmet sunmalarını sağlayacaktır. Bu nedenle, doktorların dil eğitimlerine önem vermeleri ve bu konuda kendilerini geliştirmeleri, özellikle ortak ve uluslararası dil olan İngilizceyi etkin bir şekilde konuşmaları ve kendilerini rahatça ifade etmeleri önem arz etmektedir. Aynı zamanda, tedavi edecekleri hastaların kültürel özelliklerini ve etnik

kökenlerini göz önünde bulundurmaları, doktorların mesleklerini daha iyi yapmalarını sağladığı gibi hasta tatmini ve sağlık çıktılarını da olumlu yönde etkileyecek ve de sağlık kuruluşlarının daha fazla gelişerek tercih edilmesine olanak tanıyacaktır.

2.2.3.2. Hasta-Hemşire İletişimi

O'Connell (2008), hemşirelerin hastaların tıbbi işleyiş ve fiziksel tepkileriyle ilgilenmekle birlikte, hastaların hastalıkları ya da tedavi süreçleriyle alakalı olarak onların duygularını, algılarını, beklentilerini ve kaygılarını da göz önünde bulunduran sağlık personelleri olduğunu ifade etmektedir. Sheppard (1993), hemşire ile hasta ilişkisinde, iletişimin bilgi aktarımından daha fazlasını içerdiğini, duyguları iletmeyi, bu duyguları tanımayı ve hastaya duygularının anlaşıldığına yönelik bildirimler iletilmesi gerektiğini ileri sürmektedir.

Sağlık ekibinin geneline bakıldığında özellikle hemşireler, diğer sağlık çalışanlarıyla ve hastalarla iletişimde kritik bir rol oynamaktadırlar ve böylelikle hasta bakım ve iyileşme sürecini kolaylaştırmaktadırlar. Diğer sağlık profesyonelleriyle karşılaştırıldığında, hemşirelerin hastalarla daha ciddi ve yakın ilişkileri ve hastalara bakım sağlamada önemli derecede koordine edici rolleri vardır. Bu nedenle hemşirelerin mesleki iletişim konusundaki bakış açıları ve fikirleri değerlendirilmeli ve dikkate alınmalıdır. (Vaismoradi ve ark., 2011)

İletişim, her meslekte ya da bireylerarası iletişimde işe yarayan önemli bir araç olduğu gibi, hemşirelerin hastaların günlük aktiveleriyle ilgili ihtiyaçlarına ve psikolojik durumlarına yönelik olarak onlarla gerektiği gibi iletişim kurmaları, onlarla konuşmaları, onları anlamaları ve rahatlatmaları son derece önemlidir. Bu nedenle de hemşirelerin iyi birer iletişimci olarak yetişmeleri ve çalışmaları hasta odaklı iletişimin bir parçası olmalıdır.

Tedavi sürecinde hastaların yakından ilgi ve alaka beklediği durumlar olacağı için, hemşirelerin kullanacağı dil ve kuracağı iletişim becerisi hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlayabilmekte ve onlara güven duygusu aşılayabilmektedir. Ayrıca, hastanın hastaneye yatması durumunda, hemşirelerin hastanın yakınlarına yönelik vereceği destek ve yardım da hemşire ve hasta iletişiminin etkin ve başarılı olmasını sağlayacak bir adımdır. (Kumcağz ve ark., 2011) Çünkü hemşirenin hastaya samimi ve

dostça yaklaşımı ve hastayı hem fiziksel hem psikolojik desteklemesinin, hastanın sahip olduğu ağrıyı hafiflettiği ve bu şekilde hemşirelerin ilgili yaklaşımının ve iletişiminin hastanın ağrısını kesecek ilaçlardan daha etkili olduğu saptanmıştır. (Erdal, 1993: 33'ten aktaran: Çelik; 2008: 36)

Ayrıca, küreselleşen dünyada insanların serbest dolaşımı nedeniyle, sağlık çalışanları ve hemşireler kültürel farklılıklara ve farklı dilleri konuşan hastalara karşı duyarlı olmalıdırlar. (Yakar ve Alpar, 2018) Kültürlerarası iletişim becerilerine sahip olmaları beklenen hemşirelerin, aynı zamanda yabancı bir dili konuşabilme ve kendilerini ifade edebilme konusunda da kendilerini yetiştirmeleri ve sağlık kuruluşlarının yapıtaşlarından olan hemşirelere bu desteğin verilmesi gerekmektedir. Özellikle uluslararası dil olan İngilizceyi konuşabilen hemşirelerin kültürel farklılıklara sahip yabancı hastalarla bu şekilde iletişime geçmeleri, hem hastaların hem de hemşirelerin kendilerini çok daha rahat hissetmelerini sağlayacak, hemşirelerin iş doyumlarına katkı sağlayacak ve de sağlık hizmetlerinin sunumunu olumlu yönde etkileyecektir.

2.2.3.3. Hasta-Diğer Sağlık Çalışanı İletişimi

Bir sağlık kuruluşunda doktorlar ve hemşirelerin yanı sıra sağlık teknisyenleri, ebeler, sosyal hizmet uzmanları, laboratuvar teknisyenleri gibi çok farklı görevleri olan sağlık çalışanları mevcuttur. Bu çalışanların yaptıkları görevlerin zorluklarıyla beraber hastalarla kuracakları iletişim de önemli bir yere sahiptir. (Çelik, 2008, s:37-38)

Sağlık personelinin hastalarla ve hasta yakınlarıyla kuracağı yakınlık ve onlara karşı açık olunması, hastaların iletişimden memnun kalmalarında önemli bir belirleyici olarak vurgulanmıştır. (Hall ve Dornan, 1988) Fakat hasta odaklı iletişimin sağlanması konusunda elinden geleni yapması gereken sağlık çalışanlarının, bazı durumlarda doğru ve etkili bir şekilde iletişim kurmaları zorlaşabilir. Bu durumla ilgili olarak;

- “Randevu almayan veya laboratuvar çalışmasını tamamlamayan hastaya yardımcı olunması gerektiğine,
- Üretici tarafından geri istenen kalp pili nedeniyle panik olan bir hastanın sakinleştirilmesine,
- Diğer sağlık çalışanlarının bir hastayı tedavi edemeyeceğini hastaya iletmesine,

- Yeni bir hastaya test sonuçlarını neden hemen alamayacağının açıklanmasına,
- Bekleme odasında olmasına rağmen resepsiyonist tarafından sıraya alınmayan ve gözden kaçan bir hastadan özür dilenmesine,
- Sinirli bir hastayla iletişim kurmanın ve onu yatıştırmanın zorluğuna” dair betimleyici örnekler sıralanmıştır.

Aynı zamanda, doktorlar ve hemşireler; ön büro ya da ofis çalışanları, diğer sağlık çalışanları ya da teknisyenlerinin hastaların sinirli ya da gergin anlarında hastalara nasıl yanıt vermeleri gerektiği ya da onları nasıl yatıştırmaları gerektiğiyle alakalı olarak net bir anlayışa sahip olmayabilmektedirler. Bazı durumlarda personel tarafından yapılan etkisiz iletişimden kaynaklanan hatalar, hastaları kızdırabilmekte ve bu da sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyebilmektedir. Bu nedenle, sağlık kuruluşları sağlık çalışanları için aylık 15 dakikalık iletişim seminerleri düzenlemelilerdir. Bu seminerler kısa rol yapma alıştırmaları (role playing) ve ilgili araştırmaların kısa tartışmaları şeklinde yürütülmelidir. Oturumlar, aylık personel toplantılarına dâhil edilmeli, böylece çalışanların karşılaştıkları durumlarla nasıl mücadele ettiklerini diğer meslektaşları gözlemlemeli, iletişim seçimlerini analiz etmeli ve iletişim becerilerini geliştirmenin eğlenceli ve stres giderici olduğunu öğrenmelilerdir. (Rowan, 2008, s:402-403)

2.2.3.4. Hasta-İdari Çalışan İletişimi

Bir sağlık kuruluşunda, kurumda çalışan personelin bilgi ve becerilerini ve kurumun kaynaklarını değerlendirerek kurumun çıkarları doğrultusunda kullanımını sağlayan yöneticiler ve idari çalışanlar mevcuttur. (Çelik, 2008, s:38) Bir hasta sağlık kuruluşuna geldiğinde, ilk temasını güvenlik, danışma ya da hasta kabul gibi departmanlardaki personelle yapmaktadır ve ilk andan itibaren kurulacak olan etkili iletişim hastanın kurumda kalacağı süre boyunca memnuniyetini etkileyebilmektedir.

Bir sağlık kurumunda idari süreçler; hastanın kabulü, kurumda kalışı, kurumdan çıkışı ve taburcu olma aşamasındaki prosedürleri içerir. Bu süre zarfında, hastanın sağlık hizmetine erişiminin iyileştirilmesi ve kolaylaştırılması durumunda, hastanın tedavilerden daha fazla memnun kalmaları sağlanacaktır. İdari süreçlerin önemli boyutlarından birisi de, hastanın sağlık kurumunda kalışının farklı aşamalarında

gerçekleşebilen gecikmelerdir ve bu durum hastanın memnuniyetsizliği ya da öfkelenmesi ile sonuçlanabilmektedir.

Studer (2003), hastalar için yapılan taburcu telefon konuşmalarının ve ziyaret sonrası aramaların iyi bir sonuç verdiğini vurgulamaktadır. Hasta taburcu olduktan sonra yapılan telefon görüşmelerinin; hastaya empati gösterilmesi, taburculuk talimatlarının izlendiğine dair hastaya güven sağlanması, hastanın hizmet algısı hakkında bilgi edinilmesi, personelin daha yakından izlenilmesi, bilgi toplanması, klinik sonuçlarının iyileştirilmesi ve diğer iyileştirme adımlarının atılması için fikirler üretilmesi gibi fırsatlar tanıdığı saptanmıştır. Bu nedenle, hastanın idari çalışanlar hakkında görüşlerini almak, hastanın sağlık hizmeti kalitesi konusundaki memnuniyetini anlamada önemli bir unsurdur. Bu durum göstermektedir ki; hastanın bir sağlık kurumunda ilk andan itibaren göreceği ilgi, alaka ve kendileriyle kurulacak etkili ve olumlu iletişim, hastanın memnuniyet düzeyini artıracak gibi, sağlık çalışanları ve idari personelin iş doyumunu artıracak ve sonuç olarak sağlık hizmetlerinin gelişmesine, iyileşmesine, kolaylaşmasına ve etkili bir şekilde sunulmasına katkıda bulunacaktır.

2.2.4. Sağlık Kurumlarında İletişim Engelleri

İyi iletişim becerileri, sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanları arasında güvenilir bir ilişki kurulmasında önemli bir etken olarak hastanın sorunlarının daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu durumun da teşhisin koyulmasına ve hastanın durumunun iyileştirilmesine yardımcı olduğu görülmektedir. (Ha ve ark., 2010)

Sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelleri arasında etkili iletişimi sağlayan hekim, hasta ve organizasyon ile ilişkili faktörler mevcuttur. Mevcut doktor ve hasta iletişiminin üç temel amacı; kişilerarası iyi bir ilişki oluşturmak, bilgi alışverişini kolaylaştırmak ve hastaları karar almaya dâhil etmektir. İyi bir doktor-hasta iletişimi; hastaların duygularını anlamada ve empati oluşturmada, tıbbi bilgilerin anlaşılmasını kolaylaştırmada ve hastaların ihtiyaçlarının, algılarının ve beklentilerinin daha iyi tanımlanmasına yardımcı olmada çok büyük bir öneme sahiptir. Doktorlarıyla iyi bir iletişime sahip olduğunu bildiren hastaların, tıbbi bakımlarından memnun olmaları ve özellikle sağlık sorunlarının doğru teşhisi için doktorlarla uygun bilgileri paylaşmaları, kendilerine iletilen tavsiyeleri takip etmeleri ve verilen tedaviye uymaları daha

muhtemeldir. Hastanın doktoru ile tedavi süreci ve takibi için ortak bir noktada anlaşması, hastanın iyileşmesini olumlu yönde etkileyen önemli bir unsurdur. (Ha ve ark., 2010) Bu nedenle, doktor, hasta ile iyi bir ilişki kurmak için çaba göstermeli ve hastanın beklentilerini etkili bir şekilde karşılamının yanı sıra endişelerini de gidermelidir. Hastaya, mahremiyetine saygı duyulduğunu hissettiği bir ortamda, duygu, düşünce ve bilgi konusunda kendisini tam olarak ifade etmesi için zaman ve fırsat verilmelidir. Bu şekilde karşılıklı anlayış ve ortak karar verme ile etkili iletişimin istenen sonuçlarına ulaşılabilir.

Bu durumun aksine, etkili olmayan iletişimin; sağlık kurumlarında bakımın yarıda kalması, hasta güvenliğini tehlikeye atma, kaynakların yetersiz kullanımı, hastalarda ve fazla çalışan doktorlarda memnuniyetsizlik gibi çeşitli olumsuz sonuçlara yol açtığı saptanmıştır. (Vermeir ve ark., 2015)

Zaman yönetimi, ilişki kurma konusunda yaşanan zorluklar, hastalık geçmişleriyle ilgili bilgileri hatırlama konusunda zayıf olan hastalar, hastanın ya da hastalığın durumunu ve uygulanacak yöntemi hastalarına etkili bir şekilde açıklayamayan doktorlar sağlık kurumlarındaki iletişimi etkileyen bazı faktörler olarak gösterilmiştir. Ayrıca, doktor ve hastanın kullandığı dil, kültürel farklılıklar ve kliniğin fiziki yapısı gibi unsurların da sağlık iletişiminde önemli bir rolünün olduğu belirtilmiştir. (Albahri ve ark., 2018)

Sağlık kurumlarında karşılaşılan iletişim engellerine neden olan faktörler sosyo-kültürel nedenler, etnik köken ve milliyet farklılıkları, kültürel faktörler, medikal dil kullanımı ve sağlık okuryazarlığına yönelik başlıklar altında incelenecektir.

2.2.4.1. Sosyo-Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan İletişim Engelleri

Sağlık çalışanı ve hastalar arasındaki sosyo-kültürel farklılıklar; sınıf ve statü farklılıkları, roller, sağlık hizmetlerine ilişkin algı, sağlık ve sağlıksızlık kavramı, hastaların hastalık algılarıyla sağlık personelinin hastalık perspektiflerinden doğan farklılıklar, değer farklılıklarından kaynaklanan kişisel çatışmalar gibi unsurları içermektedir. Bu unsurlar sağlık kurumları iletişiminde sağlık çalışanı ile hasta iletişimini etkileyen engellerden bazıları olarak gösterilmektedir. Bahsedilen sağlık çalışanı ile hasta arasındaki sosyo-kültürel farklılıklara ek olarak, etkili bir sağlık personeli-hasta

ilişkisinin geliştirilmesinde zaman kısıtı ve zaman yönetimi de birincil bir engel olarak tanımlanmıştır. (Herselman, 1996)

Ayrıca, sağlık iletişimi, sağlık kurumlarında önemli bir unsur olan doktorların iletişim şekline ve aynı zamanda karakteristik özelliklerine bağlı olabileceği gibi, klinik ortamda hasta ile doktorun aynı rollere ve aynı oranda otoriteye sahip olmamasından da etkilenebilmektedir. Çünkü doktor daha fazla otoriteye, bilgiye ve prestije sahipken, hasta daha hassas ve muhtaç bir konumdadır. Bu nedenle, doktor-hasta rolleriyle ilgili sosyal normlar, hasta ve doktor görüşmesinin nasıl gerçekleşeceğini ve bu iletişimin daha çok doktorun tercihleri tarafından şekilleneceğini göstermektedir.

2.2.4.2. Etnik Köken ve Irksal Faktörlerden Kaynaklanan İletişim Engelleri

Sağlık çalışanı ve hastalar arasındaki etnik ve ırksal farklılıklar, bazı durumlarda sağlık iletişiminin önemli bir unsuru olan hasta ile sağlık personeli ilişkisini etkileyebilmektedir. Güney Afrika’da yaptığı araştırmada, Herselman (1996) ırksal ve etnik farklılıkların, tek taraflı bir doktor-hasta ilişkisine neden olduğunu, hastaların yüksek derecede eğitilmiş ve otoriter olan Beyaz bir doktorla serbestçe iletişim kurmakta tereddüt ve isteksizlik yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu nedenle, bazı hastaların doktorlarla iletişime girdiklerinde aşırı itaatkâr ve pasif halde bulundukları ve bu hastaların iletişim sürecindeki rollerinin genellikle sorulara cevap vermekle sınırlı kaldığı görülmüştür. Ayrıca, İngiltere’de hastayla doktor arasındaki iletişimin; hastanın cinsiyeti, eğitim düzeyi ve etnik kökeni gibi faktörler tarafından etkilendiği de saptanmıştır. (Cirhinoğlu, 2001, s:65-66’dan aktaran; Yağbasan ve Çakır, 2006, s:614)

2.2.4.3. Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanan İletişim Engelleri

Sağlık kurumlarında hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimi etkileyen bir başka husus ise kültürel farklılıklardan kaynaklı iletişim engelleridir. Oomen ve ark. (1999), Latin asıllı olmayan Beyaz hekimlerle etkileşime giren ve Amerika’da yaşayan Latin kökenli hastalara, sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda kültürel normlar nedeniyle daha düşük bakım kalitesi sunulduğunu saptamışlardır.

Sağlık personeli ve hasta arasındaki kültürel farklılıklar, hastaya sunulan bakımın kalitesini tehlikeye düşürerek, hastanın güven ve empati duygusunu azaltabilmektedir. Aynı zamanda, hem sağlık personelinin hem de hastaların sağlık ve hastalık anlayışlarındaki farklılıklar; tercih edilen tedaviler, kültürel cehalet ve yanlış anlama gibi farklı şekillerde ve hususlarda sağlık hizmetinin kalitesini etkileyebilmektedir. (Lee, 2003)

2.2.4.4. Medikal Dil Kullanımından Kaynaklanan İletişim Engelleri

Herselman (1996), sağlık iletişiminde sağlık çalışanı ve hasta ilişkisini etkileyen bir başka faktörün de sağlık personellerinin medikal dil kullanımı olduğunu ortaya koymuştur. Hastaların sağlık çalışanlarını anlama güçlükleri ve eksikliklerinin nedenleri arasında hastanın yabancı olduğu teknik bir dilin kullanılması olarak gösterilebilir. Hastalarla doktorlar ya da hemşirelerin iletişimine bakıldığında, aralarındaki iletişim dili ortak olup her iki taraf da bu dili etkili bir şekilde konuşsa bile, doktor ya da hemşirenin hastaya yönelteceği medikal bir terim, kullanım, ifade ya da kısaltma hastanın kendisine söyleneni anlamasına engel olabilmektedir.

2.2.4.5. Sağlık Okuryazarlığına Bağlı İletişim Engelleri

Sağlık kurumlarındaki iletişimi etkileyen bir diğer husus ise sağlık okuryazarlığına bağlı olarak ortaya çıkan problemler ya da engellerdir. Sağlık okuryazarlığı National Center for Health Statistics (2019)'e göre; “bireylerin duruma uygun sağlık kararlarını almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, anlama ve uygulama kapasitesine sahip olma derecesi” olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, ana dili İngilizce olan ve Amerikan kültürünü paylaşan hastalarda bu durum mevcut olabilmektedir. Hastanın doktorla aynı dili konuşması ve aynı kültüre sahip olması, doktorun hastaya yönelttiği soruların ve talimatların hasta tarafından anlaşılması için her zaman yeterli olamamaktadır. (Schryve, 2007) Çünkü sağlık bilgisini anlamak, okuma ve yazma becerisinden daha fazlasını gerektirmektedir ve sağlık okuryazarlığı; sağlık etkileşimlerini, formlarını ve talimatlarını anlamayı mümkün kılan dinleme, konuşma ve kavramsal bilgileri içermektedir. (Partida, 2012)

Bazı durumlarda ise sağlık çalışanları, ilgili hastanın anlama yeteneğine sahip olmadığı algısı nedeniyle veya gerekli görülmediğinden, hastalara rahatsızlığı ya da

tedavi süreci ve yöntemi ile ilgili yeterli bilgi vermemektedirler. Bu durum da sağlık kurumlarında etkili iletişimin önünde bir engel olabilmektedir.

2.2.5. Sağlık Kurumlarında Yabancı Dilden Kaynaklı İletişim Engelleri

Hastalar ve sağlık çalışanları aynı dili konuşmadıklarında, yabancı dilden kaynaklanan problemler her iki taraf için de iletişim engellerine neden olabilmektedir ve bu durumda sağlık hizmetinin sunumu ve kalitesi etkilenmektedir. Hasta ve sağlık personelinin aynı dili konuşmaması, kısaca dil uyumsuzluğu, hastanın kendisine söyleneni anlamamasına ve sağlık çalışanına daha az soru sormasına neden olabilmektedir. Ayrıca, hastanın kendisiyle aynı ana dili konuşmayan bir sağlık çalışanıyla kişisel problemlerini paylaşması ve kendisini rahat hissetmesi daha az olası olduğu için, sağlık çalışanının hastayı anlaması ve hastayla yeterli derecede bağ kurması ve empati yapması konusunda daha çok çaba sarf etmesi önemli bir unsurdur. Seijo ve arkadaşlarının (1991) New York'ta yaptığı araştırmaya göre, İspanyol hastalar ile İngilizce konuşan doktorların aynı dili konuşmamaları, hastaların kendilerini ifade etmelerini zorlaştırmaktadır çünkü bu hastalar ana dillerinde kendilerini duygusal olarak daha rahat hissetmektedirler. Buna benzer durumlardaki azınlık hastaların, özellikle İngilizce bilmeyenlerin, doktorlardan empatik tepkiler almaları ve yeterli bilgi edinmeleri, doktorlarla yakın ilişki kurmaları ve tıbbi karar alma sürecine katılmaları daha az muhtemeldir. Bu sebepler, hasta memnuniyetini, hasta-doktor uyumunu ve iletişimini ve sonuç olarak sağlık çıktılarını etkileyebilmektedir. (Ferguson ve Candib, 2002)

Lee (2003), sınırlı İngilizce yeterliliği olan (LEP) ve kültürel açıdan farklı olan hastalara, ABD sağlık sistemi tarafından yeterli hizmet sağlanmadığını ve bu hastaların sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığını vurgulamaktadır. Çünkü dil farklılıkları, randevu oluşturulmasını, tedavi sonrası bakımı için talimatların anlaşılmasını ve dolayısıyla hastalarla sağlık çalışanları arasındaki iletişimi zorlaştırarak sağlık iletişiminin önündeki engelleri oluşturmaktadır. Aynı zamanda, tıbbi hatalar, hasta geçmişinin alınması sırasındaki anlaşmazlıklar ve yanlışlıklar, hastaların kendilerine yöneltilen talimatları anlamama ve bu talimatları takip etme yetersizlikleri, sağlık iletişiminde yabancı dilden kaynaklanan dil ve iletişim engelleri olarak örneklendirmektedir.

Bu iletişimin kolay sağlanabilmesi için herhangi bir sebeple başka bir ülkede yaşayan yabancı uyruklu hastaların, o ülkenin dilini konuşma konusunda daha çok gayret göstermeleri ya da bütün dünyada uluslararası ortak dil olan İngilizceye hâkim olmaları daha da önemli hale gelmektedir. Aynı şekilde, sağlık çalışanları da hastalarla iletişim kurma konusunda İngilizceye ihtiyaç duyabilecekleri için kendilerini bu konuda geliştirmelilerdir. Sağlık çalışanı ve hastanın ortak bir dil konuşabilmeleri her zaman iletişimin önündeki engelleri kaldırmayabilmektedir, fakat en azından sağlık kurumlarında farklı kültürlerden ve milletlerden olan hasta sayısının daha da arttığı günümüzde, yabancı bir dil konuşulmamasından kaynaklanan engellerin önüne geçilebilmelidir.

Yabancı bir hasta ve sağlık çalışanının, ortak bir dili konuşmadığı durumlarda sağlık kurumlarında bu desteğin sağlanması tercümanlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Eğitim almış ve bu hizmeti sağlayan tercümanların, bakım kalitesine ve hasta güvenliğine katkıda bulunarak sağlık hizmetlerini ve sonuçlarını iyileştirdiği görülmektedir. (Green ve ark., 2005) Her sağlık kuruluşunda bu hizmetin sunulmamasıyla birlikte, tercümanların bazı durumlarda hasta doktor iletişiminde doktorların ve hastaların rollerini üstlenmesi nedeniyle iletişimin sağlıklı yürütülmemesine de sebep olabilmektedir. (Valero-Garcez, 2010)

Bazı durumlarda da hasta ve doktor arasındaki iletişimin, hastanın bir aile üyesi ya da tanıdığı ve bazen de kurumda çalışan diğer personeller tarafından sağlanmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu şekilde eğitimsiz tercümanlara güvenilmesinin, çeviri sırasında hem sağlık personeli hem de hasta tarafından söylenenlerin atlanması, değiştirilmesi, kısaltılması ve söylenen cümlelere eklemeler yapılması gibi çeşitli hatalara yol açtığı vurgulanmıştır. (Baker ve ark., 1996)

2.2.6. Sağlık İletişiminde Hasta Merkezli Beklentiler ve İhtiyaçlar

Sağlık kurumlarında, hasta ile sağlık çalışanlarının iletişimine yönelik olarak hastaların sağlık personellerinden bekledikleri birtakım ihtiyaçları olabilmektedir. Bir sağlık kurumuna gelerek sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen hastanın içinde bulunduğu fiziksel ve psikolojik durum göz önünde alındığında, hasta hem sağlık kurumuna hem de sağlık personeline yönelik olarak farklı beklentilere sahip

olabilmektedir. Özellikle, sahip olduğu hastalığından ya da sağlık probleminden dolayı hasta bazı belirsizliklere sahip olabileceği için, bu durum hastanın duygu ve davranışlarını değiştirebilmekte ve aynı zamanda beklentilerini de etkileyebilmektedir. (Atıcı, 2007) Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili iletişimin sağlanması bakımından hasta merkezli iletişim engellerine yönelik, hastanın sağlık çalışanlarından beklediği ilgiye, güvenliğe ve güvensizliğe, korku ve endişeye, merak ve bilgiye, ön yargıya yönelik faktörler belirlenmiştir. (Şahin ve ark, 2017) Bu bölümde, hastaların sağlık iletişiminde sağlık çalışanlarından beklediği bu beklenti ve ihtiyaçlarından bahsedilecektir.

2.2.6.1. İlgiye Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar

Her insan herhangi bir ortamda nasıl ki ilgi görmekten ve kendisine ilgi gösterilmesinden hoşnut olursa, sağlık kurumlarında hastalar da ilk andan itibaren sağlık personellerinin göstereceği ilgiden memnun kalacaklardır. Bir hastanın “Hoş geldiniz” denerek karşılanması, “Nasılsınız?” ifadesiyle halinin ve hatırının sorulması, ilgiyle dinlenilmesi ve kendisine mimik ve jestlerle ilgi gösterildiğinin belirtilmesi hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlayacak ve aynı zamanda hastalık ya da sağlık sorunu nedeniyle sahip olduğu tedirginliğini de azaltacaktır.

İletişim kurmaya çalışmak ve bir insana ilgi göstererek yaklaşmak, pek çok anlaşmazlığı çözmesi ve olumlu bir ortam oluşturulmasını sağlaması bakımından önemli bir etkiye sahiptir. Empati yaparak hastanın içinde bulunabileceği psikolojik durum göz önüne alınarak sağlık çalışanlarının hastalara alaka ve nezaket göstermesi, hasta ile sağlık personeli arasındaki sağlıklı iletişimin önemli bir anahtarıdır.

2.2.6.2. Güvenliğe ve Güvensizliğe Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar

Güvenilir bir ilişki geliştirmek, sağlık çalışanı ile hasta iletişimini sağlamak ve bu iletişimin kalitesini artırmak için çok önemlidir. (Gao ve ark., 2009) Hastanın içinde bulunduğu fiziksel ve psikolojik durum göz önünde bulundurularak, kendisiyle ilgili önemli ve gizli bilgileri, hislerini, bedenini özellikle doktorla paylaşabileceği durumlar oluşabilmektedir ve bunun için de doktor ile hasta arasında güvene dayalı bir iletişim kurulması çok önemlidir. Çünkü hastanın kendini güvende hissetmesi ve doktora ve doktorun tecrübesine güven duyması, hastanın kendisini rahat hissetmesini sağlayarak hasta ve doktor arasındaki iletişimi kuvvetlendirecek ve böylelikle sağlık hizmetinin

sunumunu ve sağlık çıktılarını olumlu şekilde etkileyecektir. Aynı zamanda, doktorun hasta ile görüşme süresi, hasta merkezli bir iletişimin kurulması ve doktorun tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında hastayı yeterli bir şekilde bilgilendirmesi hasta ile doktor arasında güvene dayalı bir ilişki ve iletişim kurulmasını sağlayabilmektedir. (Atıcı, 2007)

Hastanın doktora yönelik düşük güven düzeyine sahip olması ya da doktora güvenmemesi, hastanın birden fazla sağlık kurumuna ya da hekime başvurmasına ve böylelikle hem zaman hem de para kaybına neden olabilmektedir. Sağlık personeline yönelik yüksek güveni olan hastalar, doktorun daha uygun bakım sağlamasına yardımcı olabilecek hassas bilgileri doktora açıklamaya daha istekli olabilecekleri ve doktorun görüş ve önerilerini doğrulamakla ilişkili tanı testleri ve sevk gibi talepleri azaltabileceği için, doktora ve kuruma duyulan güven sağlık kurumlarında maliyetleri de düşürebilecektir. Thom ve ark. (2004), özellikle Afrikalı Amerikan olan siyahi hastaların beyaz hastalarla karşılaştırıldıklarında, düşük güven eksikliği nedeniyle siyahi hastaların daha düşük tedavi arayışı, önleyici hizmetler ve cerrahi müdahale oranlarına sahip olduklarını vurgulamışlardır. Bu durum, doktora ve sağlık kurumuna duyulan güvensizliğin, sağlık bakım hizmetlerini ve sonuçlarını etkilediğini göstermektedir.

2.2.6.3. Korku ve Endişeye Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar

Hastalar, sahip oldukları rahatsızlıklar ya da hastalıklar nedeniyle korku, endişe ya da stres gibi hislere sahip olabilmektedirler ve bu hastaların bu gibi psikolojik durumlara sahip oldukları düşünülerek iletişimin önünde engel olabilecek durumlar göz önünde bulundurulmalı ve hastalara empatiyle yaklaşılmalıdır. Hastaların korku ve endişe duymalarını tetikleyebilecek başka durumların gelişmesiyle birlikte Gao ve ark. (2009), hastaların sağlık sistemi tarafından mağdur edilme, olumsuz ırkçı ön yargılara maruz kalma ve geçmiş sağlık hizmetleri ile ilgili olumsuz deneyimleriyle ilgili korkulara sahip olduklarını ifade etmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin alıcısı olan hastalar, bir sağlık kurumunda kendilerinden ne beklendiğini ve sağlık durumunun ne olacağını bilmemeleri, aynı zamanda sağlık personelinin uygulanacak tedavi ya da yapılacak işlemlerle ilgili hastalara bilgi vermemeleri gibi durumlarda endişe duyabilmektedirler. (elik, 2008) Dolayısıyla,

sağlık gibi çok önemli bir konuda hizmet sunulan hastaların endişe ve korkuya kapılmalarını önlemek, onları telkin etmek ve rahatlatmak için, kendilerine hoşgörüyü yaklaşılmalı ve en etkili şekilde iletişime geçilmeye çalışılmalıdır.

2.2.6.4. Merak ve Bilgiye Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar

Hastaların sahip olduğu rahatsızlıklar ya da sağlık sorunlarına ilişkin bilinmezliklerden ve endişelerden dolayı, aynı zamanda sağlık kurumu, sağlık personeli ve hastalıklarına yönelik tedavilere ilişkin merak ve bilgi ihtiyaçları olabilmektedir. Özellikle, uygulanacak tedavilerin aşamalarına, sağlık personelinin yürüteceği uygulamaların içeriğine, hastaların sağlıklarının ileride nasıl olacağına ve sağlık durumlarının gidişatına yönelik merak duymaları ve bu konularda bilgi sahibi olmak istemeleri anlaşılabilir ve olası durumlardandır. Bu nedenlerle, sağlık personelinin hastaya yaklaşımı onları anlamaya, onlara karşı açıklayıcı olmaya ve merak giderici şekilde onları bilgilendirmeye yönelik olmalıdır.

2.2.6.5. Ön yargıya Yönelik Beklenti ve İhtiyaçlar

Hastaların ya da sağlık personellerinin sahip oldukları ön yargılar, etkili iletişimin kurulmasının önündeki engellerden biri olabilmektedir. Sağlık personellerinin ve hastaların birbirlerine yönelik cinsiyet, yaş, eğitim durumu, bilgi düzeyi, kültür, ırk ve milliyet gibi açılardan ön yargılara sahip olmaları hem sosyal açıdan hem de sağlık hizmetlerinin sunumu açısından sorunlar doğuracaktır.

Hastaların da sağlık kurumu ya da sağlık personellerine yönelik ön yargılara sahip olması iletişimin sağlıklı oluşturulmasına engel olabilmektedir. Hastaların sağlık çalışanlarının yeterli ve düzgün bir şekilde çalışmadıklarına, diğer bazı hastalara öncelik tanındığına, sağlık çalışanları tarafından önemsenmediklerine ve tedavilerinin zamanında bitirilmeyip geciktirildiğine yönelik ön yargılara sahip olmaları, hastaların sağlık personeline yönelik tutum ve davranışlarını etkileyerek sağlıklı iletişimin kurulmasının önündeki bazı engeller olarak gösterilebilir. (Şahin ve ark., 2017)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, sağlık kuruluşlarında yerli hastalar ile yabancı uyruklu hastaların kullandıkları dilin hastaların karşılaştıkları iletişim engellerine etkisinin olup olmadığını ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı ve çıkarımsal olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın örneklemini İstanbul ilinde faaliyet gösteren üç farklı özel sağlık kuruluşundaki hastalar oluşturmuştur. 100 yerli 100 yabancı uyruklu hasta, rastgele olmayan örnekleme yöntemlerinden iradi (kolayda) örnekleme ile seçilmiştir. (Orhunbilge, 2000:9) Veriler, 9 Eylül 2019 – 15 Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, İstanbul iliyle sınırlı tutularak sağlık kuruluşlarını ziyaret eden 18 yaş ve üstü yerli ve yabancı uyruklu hastalar ile tedavi olmaya gelen veya daha önce tedavi olmuş uygulama sırasında hastane içerisinde bulunan katılımcılarla sınırlıdır.

Araştırmaya dâhil olma kriterlerini yerli hastalar için gönüllü olma ve Türkçe konuşma, yabancı uyruklu hastalar için yabancı bir dil olarak İngilizce konuşma ve gönüllü olma esasları oluşturmaktadır.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri ise; gönüllü onay formunu doldurmama ve araştırmanın değerlendirilmesi için kullanılacak olan kişisel bilgi formu ve ölçek maddelerini eksik doldurma olarak belirlenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması amacıyla kişisel bilgi formu ve Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği(HMİEÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, yerli ve yabancı uyruklu hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren 6 soru ile hastane ziyareti ve yabancı dil konuşmalarına dair 4 soru olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formu, yerli hastalara Türkçe dilinde, yabancı uyruklu hastalara İngilizce dilinde sunulmuştur.

3.4.2. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği

Kullanılan dilin yerli ve yabancı hastaların sağlık kuruluşlarında karşılaştıkları iletişim engellerine etkisinin belirlenmesi amacıyla Şahin ve ark. (2017) tarafından geliştirilen Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği (HMEÖ) ölçme aracı kullanılmıştır. 421 hasta ile yapılan analiz sonucunda ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı 0,81 olarak saptanmıştır. Sağlık personelinin kendilerini anlamalarına yönelik ilgi ihtiyacı, sağlık kuruluşlarında güvenlik personelinin gerekliliğine yönelik güvenlik personeli, hastaların hissettikleri korku ve endişe, uygulanacak tedavinin aşamaları ve içeriğine dair merak ve bilgi ihtiyacı, bekleme süreleri, hastaların hissettikleri ön yargı ve güvensizliğe yönelik olarak 28 madde ve 7 alt boyutun geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. (Şahin ve ark., 2017)

Hastalardan beşli Likert ölçeğine göre, “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” kategorilerinden kendilerine en uygun olanları seçmeleri ve cevaplamaları istenmiştir. Ölçek maddelerinin puanlaması için “Kesinlikle katılmıyorum” kategorisinden başlayarak 1'den 5'e kadar pozitif ifadeler, “Kesinlikle Katılmıyorum” kategorisinden başlayarak 5'ten 1'e kadar negatif ifadeler kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe ve İngilizce dilindeki iki farklı versiyonu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. (Şahin ve ark., 2017)

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 24.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik dağılımlar ve temel istatistikler, betimsel istatistiksel yöntemler kullanılarak saptanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile analiz edilmiş ve nicel verilerin normal dağılmadığı görülmüştür. Bu nedenle karşılaştırmalarda parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. İkili grupların

karşılaştırmasında Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grup için yapılacak karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis Testi ile kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkiler ise Korelasyon Analizi ile araştırılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.07.2019-61351342/2019-357 tarih ve sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, yerli ve yabancı uyruklu hastaların kullandıkları dilin sağlık kuruluşlarında hastaların karşılaştıkları iletişim engellerine etkisini araştırmak amacıyla uygulanan anket sonuçlarından elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4: Yerli ve Yabancı Uyruklu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Yerli Hasta (n=100, %50)		Yabancı Uyruklu Hasta (n=100, %50)	
	Ortalama (En düşük-En Yüksek)	X±S.S	Ortalama (En düşük-En Yüksek)	X±S.S
Yaş	28 (18 – 50)	28±7,6	29 (18 - 80)	29±11,29
Gelir (TL)	2992 (500 – 8.500)	2992±1652	3022 (500 – 20.000)	3022±2975
			Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın		117	58,5
	Erkek		83	41,5
Medeni Durum	Bekâr		129	64,5
	Evli		55	27,5
	Eşi vefat etmiş		8	4
	Boşanmış		8	4
	Okur-Yazar değil		2	1
Eğitim Düzeyi	İlköğretim		25	12,5
	Ortaöğretim		28	14
	Lisans		78	39
	Lisansüstü		67	33,5
Mesleki Durum	Memur		17	8,5
	İşçi		45	22,5
	Serbest Çalışan		30	15
	Emekli		1	0,5
	İşsiz		7	3,5
	Öğrenci		72	36
	Diğer		28	14
	Evet		110	55

Hastaneye İlk Geliş Durumu	Hayır	90	45
	Haftada bir veya daha sık	18	9
	İki haftada bir	11	5,5
	Ayda bir	17	8,5
Hastane Ziyaret Sıklığı	Üç ayda bir	47	23,5
	Altı ayda bir	44	22
	Yılda bir veya daha az	63	31,5
Yabancı Bir Dil Konuşabilme Durumu	Evet	178	89
	Hayır	22	11
	Çok kötü	1	0,6
	Kötü	16	9
Yabancı Bir Dili Konuşabilme Seviyesi	Orta	79	44
	İyi	54	30
	Çok iyi	29	16

Araştırmada %50 yerli (n:100), %50 (n:100) yabancı uyruklu olmak üzere 200 hasta yer almaktadır. Araştırmaya katılan yerli hastaların yaş ortalaması $28 \pm 7,6$ iken, yabancı hastalara ait yaş ortalaması $29 \pm 11,29$ 'dur. Yerli hastaların TL cinsinden aylık gelir ortalamaları 2992 ± 1652 iken, yabancı uyruklu hastaların aylık gelir ortalamaları 3022 ± 2975 'tir. Çalışmaya katılan hastaların %58,5'i (n:117) kadın, %41,5'si (n:83) erkektir. Çoğunluğu %64,5 (n:129) ile bekâr, %39 ile lisans mezunu (n:78), %36 (n:72) ile öğrenci olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %55'i (n:110) hastaneyi ilk kez ve %31,5'i (n:63) hastaneyi yılda bir veya daha az ziyaret edenlerden oluşmaktadır. Hastaların %89'u (n:178) yabancı bir dili konuşabilirlerken, %44'nün (n:79) en çok orta derecede konuşabildikleri görülmektedir.

Tablo 5: Yerli ve Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorlarına Göre Dağılımı

	Yerli Hasta (n=100, %50)		Yabancı Uyruklu Hasta (n=100, %50)	
Alt Boyutlar	Ortalama	S.S	Ortalama	S.S
İlgi İhtiyacı	4,4	$\pm 0,4$	4,2	$\pm 0,9$
Güvenlik Personeli	3,5	$\pm 1,3$	3,6	$\pm 1,2$

Korku ve Endişe	3,3	±0,9	3,1	±0,9
Merak ve Bilgi İhtiyacı	3,8	±1,02	4	±1,09
Bekleme Süresi	3,7	±1,08	3,8	±1,04
Ön Yargı	2,8	±0,8	3,2	±0,9
Güvensizlik	3,5	±0,9	3,8	±0,8

Yerli hastaların HMİEÖ alt boyutlarından ilgi ihtiyacı ortalaması 4,4; güvenlik personeli ortalaması 3,5; korku ve endişe ortalaması 3,3; merak ve bilgi ihtiyacı ortalaması 3,8; bekleme süresi ortalaması 3,7; ön yargı ortalaması 2,8; güvensizlik ortalaması 3,5 olarak tespit edilmiştir. Yabancı uyruklu hastaların HMİEÖ alt boyutlarından ilgi ihtiyacı ortalaması 4,2; güvenlik personeli ortalaması 3,6; korku ve endişe ortalaması 3,1; merak ve bilgi ihtiyacı ortalaması 4; bekleme süresi ortalaması 3,8; ön yargı ortalaması 3,2; güvensizlik ortalaması 3,8 olarak tespit edilmiştir. (Tablo 5)

Tablo 6: Yerli ve Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Uyrukları Arasındaki İlişki (N=200)

Alt Boyutlar	Uyruk	n	Sıra Ort.	Z	p
İlgi İhtiyacı	Yabancı	100	103	-0,638	0,523
	Yerli	100	98		
Güvenlik Personeli	Yabancı	100	105	-1,09	0,276
	Yerli	100	96		
Korku ve Endişe	Yabancı	100	95	-1,336	0,182
	Yerli	100	106		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Yabancı	100	111	-2,541	0,011*
	Yerli	100	90		
Bekleme Süresi	Yabancı	100	103	-0,687	0,492
	Yerli	100	98		
Ön Yargı	Yabancı	100	111	-2,637	0,008**
	Yerli	100	90		
Güvensizlik	Yabancı	100	107	-1,660	0,097
	Yerli	100	94		

**p<0.01, *p<0.05, Mann Whitney U Testi

Yerli ve yabancı uyruklu hastaların uyrukları ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; uyruk ile merak ve bilgi ihtiyacı (Z= -2,541 p=0,011) ve ön yargı (Z= -2,637 p=0,008) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Yabancı uyruklu hastaların merak ve ilgi ihtiyacı ile ön yargı alt boyutlarına ait ortalama skorları, yerli hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlarla hastaların uyrukları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo 6)

Tablo 7: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Bekâr	61	56	7,433	0,059
	Evli	26	48		
	Eşi vefat etmiş	8	30		
	Boşanmış	5	36		
Güvenlik Personeli	Bekâr	61	53	8,035	0,045*
	Evli	26	54		
	Eşi vefat etmiş	8	23		
	Boşanmış	5	47		
Korku ve Endişe	Bekâr	61	45	6,355	0,096
	Evli	26	56		
	Eşi vefat etmiş	8	62		
	Boşanmış	5	70		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Bekâr	61	50	3,810	0,283
	Evli	26	57		
	Eşi vefat etmiş	8	35		
	Boşanmış	5	45		
Bekleme Süresi	Bekâr	61	53	5,128	0,163
	Evli	26	53		
	Eşi vefat etmiş	8	29		
	Boşanmış	5	48		
Ön Yargı	Bekâr	61	49	6,358	0,095
	Evli	26	61		
	Eşi vefat etmiş	8	35		
	Boşanmış	5	43		
Güvensizlik	Bekâr	61	54	7,070	0,070
	Evli	26	51		
	Eşi vefat etmiş	8	25		
	Boşanmış	5	50		

*p<0.05, Kruskal-Wallis Testi

Yerli hastaların medeni durumları ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; medeni durum ile güvenlik personeli (H= 8,035 p=0,045) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yerli hastalardan evli olanların güvenlik personeline ait ortalama skorları, diğer değişkenlere göre anlamlı düzeyde

yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlarla yerli hastaların medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo 7)

Tablo 8: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Bekâr	68	56	9,053	0,011*
	Evli	29	40		
	Boşanmış	3	25		
Güvenlik Personeli	Bekâr	68	56	8,332	0,016*
	Evli	29	37		
	Boşanmış	3	53		
Korku ve Endişe	Bekâr	68	55	6,178	0,046*
	Evli	29	39		
	Boşanmış	3	61		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Bekâr	68	54	6,957	0,031*
	Evli	29	47		
	Boşanmış	3	12		
Bekleme Süresi	Bekâr	68	54	5,232	0,073
	Evli	29	47		
	Boşanmış	3	18		
Ön Yargı	Bekâr	68	45	18,754	0,000**
	Evli	29	68		
	Boşanmış	3	9		
Güvensizlik	Bekâr	68	50	0,246	0,884
	Evli	29	53		
	Boşanmış	3	52		

**p<0.01, *p<0.05, Kruskal-Wallis Testi

Yabancı uyruklu hastaların medeni durumları ile HMİÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında medeni durum ile; ilgi ihtiyacı (H= 9,053 p=0,011), güvenlik personeli (H= 8,332 p=0,016), korku ve endişe (H= 6,178 p=0,046), merak ve bilgi ihtiyacı (H= 6,957 p=0,031) ve ön yargı (H= 18,754 p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yabancı uyruklu hastalardan bekâr olanların ilgi ihtiyacına, güvenlik personeline, merak ve bilgi ihtiyacına ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre daha yüksek; boşanmış olanların korku ve endişeye ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre daha yüksek ve evli olanların ön yargıya ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla

yabancı uyruklu hastaların medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
(Tablo 8)

Tablo 9: Yerli Hastaların HMİÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Z	p
İlgi İhtiyacı	Kadın	55	51	-0,280	0,780
	Erkek	45	50		
Güvenlik Personeli	Kadın	55	49	-0,443	0,658
	Erkek	45	52		
Korku ve Endişe	Kadın	55	50	-0,271	0,786
	Erkek	45	51		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Kadın	55	52	-0,540	0,589
	Erkek	45	49		
Bekleme Süresi	Kadın	55	51	-0,287	0,774
	Erkek	45	50		
Ön Yargı	Kadın	55	48	-0,878	0,380
	Erkek	45	53		
Güvensizlik	Kadın	55	49	-0,591	0,554
	Erkek	45	52		

Mann Whitney U Testi

Yerli hastaların cinsiyetleri ile HMİÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile alt boyutlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
(Tablo 9)

Tablo 10: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Z	p
İlgi İhtiyacı	Kadın	62	53	-1,319	0,187
	Erkek	38	46		
Güvenlik Personeli	Kadın	62	51	-0,360	0,718
	Erkek	38	49		
Korku ve Endişe	Kadın	62	46	-1,807	0,071
	Erkek	38	57		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Kadın	62	55	-2,158	0,031*
	Erkek	38	43		
Bekleme Süresi	Kadın	62	53	-0,917	0,359
	Erkek	38	47		
Ön Yargı	Kadın	62	54	-1,761	0,078
	Erkek	38	44		
Güvensizlik	Kadın	62	50,4	-0,007	0,994
	Erkek	38	50,5		

*p<0.05, Mann Whitney U Testi

Yabancı uyruklu hastaların cinsiyetleri ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile merak ve bilgi ihtiyacı ($Z = -2,158$ $p = 0,031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kadın olan yabancı uyruklu hastaların merak ve ilgi ihtiyacına ait ortalama skorları, erkek olan yabancı uyruklu hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlarla yabancı uyruklu hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo 10)

Tablo 11: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	N	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Okur-yazar değil	2	64	12,976	0,011*
	İlköğretim	21	33		
	Ortaöğretim	16	44		
	Lisans	8	62		
	Lisansüstü	53	57		
Güvenlik Personeli	Okur-yazar değil	2	38	1,985	0,739
	İlköğretim	21	46		
	Ortaöğretim	16	54		
	Lisans	8	44		
	Lisansüstü	53	53		
Korku ve Endişe	Okur-yazar değil	2	80	12,874	0,012*
	İlköğretim	21	63		
	Ortaöğretim	16	51		
	Lisans	8	25		
	Lisansüstü	53	48		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Okur-yazar değil	2	52	11,696	0,020*
	İlköğretim	21	39		
	Ortaöğretim	16	40		
	Lisans	8	40		
	Lisansüstü	53	60		
Bekleme Süresi	Okur-yazar değil	2	46	24,884	0,000**
	İlköğretim	21	26		
	Ortaöğretim	16	42		
	Lisans	8	60		
	Lisansüstü	53	61		
Ön Yargı	Okur-yazar değil	2	30	4,792	0,309
	İlköğretim	21	47		
	Ortaöğretim	16	47		
	Lisans	8	69		
	Lisansüstü	53	51		
Güvensizlik	Okur-yazar değil	2	72,5	2,761	0,599
	İlköğretim	21	43		
	Ortaöğretim	16	51		

Lisans	8	50
Lisansüstü	53	53

**p<0.01, *p<0.05, Kruskal-Wallis Testi

Yerli hastaların eğitim düzeyi ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ile; ilgi ihtiyacı (H= 12,976 p=0,011), korku ve endişe (H= 12,874 p=0,012), merak ve bilgi ihtiyacı (H= 11,696 p=0,020), bekleme süresi (H= 24,884 p=0,000) ile arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yerli hastalardan okur-yazar olmayanların ilgi ihtiyacı ile korku ve endişeye; lisansüstü mezunlarının merak ve bilgi ihtiyacı ve bekleme süresine ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla yerli hastaların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 11)

Tablo 12: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	İlköğretim	4	29	9,517	0,023*
	Ortaöğretim	12	34		
	Lisans	70	55		
	Lisansüstü	14	42		
Güvenlik Personeli	İlköğretim	4	8	11,844	0,008**
	Ortaöğretim	12	38		
	Lisans	70	54		
	Lisansüstü	14	53		
Korku ve Endişe	İlköğretim	4	52	4,717	0,194
	Ortaöğretim	12	33		
	Lisans	70	53		
	Lisansüstü	14	49		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	İlköğretim	4	29	10,019	0,018*
	Ortaöğretim	12	48		
	Lisans	70	55		
	Lisansüstü	14	33		
Bekleme Süresi	İlköğretim	4	48	6,372	0,095
	Ortaöğretim	12	37		
	Lisans	70	55		
	Lisansüstü	14	40		
Ön Yargı	İlköğretim	4	44	1,046	0,790
	Ortaöğretim	12	53		
	Lisans	70	49		
	Lisansüstü	14	56		
	İlköğretim	4	21		

Güvensizlik	Ortaöğretim	12	49	6,182	0,103
	Lisans	70	54		
	Lisansüstü	14	43		

**p<0.01, *p<0.05, Kruskal-Wallis Testi

Yabancı uyruklu hastaların eğitim düzeyi ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ile; ilgi ihtiyacı (H= 9,517 p=0,023), merak ve bilgi ihtiyacı (H= 10,019 p=0,018), güvenlik personeli (H= 11,844 p=0,008) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yabancı uyruklu hastalardan lisans mezunlarının ilgi ihtiyacı, güvenlik personeli ve merak ve bilgi ihtiyacına ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla yabancı uyruklu hastaların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 12)

Tablo 13: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Meslekleri Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Meslek	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Memur	3	57	1,690	0,890
	İşçi	37	48		
	Serbest Çalışan	18	51		
	İşsiz	5	40		
	Öğrenci	19	52		
	Diğer	18	56		
Güvenlik Personeli	Memur	3	31	10,198	0,070
	İşçi	37	45		
	Serbest Çalışan	18	51		
	İşsiz	5	28		
	Öğrenci	19	63		
	Diğer	18	58		
Korku ve Endişe	Memur	3	62	3,038	0,694
	İşçi	37	46		
	Serbest Çalışan	18	59		
	İşsiz	5	47		
	Öğrenci	19	49		
	Diğer	18	51		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Memur	3	71	4,750	0,447
	İşçi	37	44		
	Serbest Çalışan	18	51		
	İşsiz	5	47		
	Öğrenci	19	53		
	Diğer	18	58		
	Memur	3	45		
	İşçi	37	47		

Bekleme Süresi	Serbest Çalışan	18	46	5,605	0,347
	İşsiz	5	38		
	Öğrenci	19	62		
	Diğer	18	56		
Ön Yargı	Memur	3	25	10,351	0,066
	İşçi	37	51		
	Serbest Çalışan	18	62		
	İşsiz	5	22		
	Öğrenci	19	51		
	Diğer	18	50		
Güvensizlik	Memur	3	46	6,183	0,289
	İşçi	37	45		
	Serbest Çalışan	18	44		
	İşsiz	5	63		
	Öğrenci	19	60		
	Diğer	18	56		

Kruskal-Wallis Testi

Yerli hastaların meslekleri ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; meslekler ile değişkenler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo 13)

Tablo 14: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Meslekleri Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Meslek	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Memur	14	54	8,816	0,184
	İşçi	8	45		
	Serbest Çalışan	12	32		
	Emekli	1	74		
	İşsiz	2	26		
	Öğrenci	53	54		
	Diğer	10	56		
Güvenlik Personeli	Memur	14	57	13,378	0,037*
	İşçi	8	24		
	Serbest Çalışan	12	39		
	Emekli	1	76		
	İşsiz	2	29		
	Öğrenci	53	56		
	Diğer	10	50		
Korku ve Endişe	Memur	14	40	9,188	0,163
	İşçi	8	57		
	Serbest Çalışan	12	37		
	Emekli	1	91		
	İşsiz	2	40		

	Öğrenci	53	56		
	Diğer	10	46		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Memur	14	59	6,577	0,362
	İşçi	8	46		
	Serbest Çalışan	12	35		
	Emekli	1	82		
	İşsiz	2	43		
	Öğrenci	53	52		
	Diğer	10	53		
Bekleme Süresi	Memur	14	61	8,037	0,235
	İşçi	8	51		
	Serbest Çalışan	12	37		
	Emekli	1	90		
	İşsiz	2	27		
	Öğrenci	53	50		
	Diğer	10	57		
Ön Yargı	Memur	14	58	5,290	0,507
	İşçi	8	45		
	Serbest Çalışan	12	50		
	Emekli	1	76		
	İşsiz	2	66		
	Öğrenci	53	46		
	Diğer	10	62		
Güvensizlik	Memur	14	55	4,364	0,628
	İşçi	8	45		
	Serbest Çalışan	12	39		
	Emekli	1	57		
	İşsiz	2	51		
	Öğrenci	53	51		
	Diğer	10	62		

*p<0.05, Kruskal-Wallis Testi

Yabancı uyruklu hastaların meslekleri ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; meslek ile güvenlik personeli ($H=13,378$ $p=0,037$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yabancı uyruklu hastalardan emekli olanların güvenlik personeline ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla yabancı uyruklu hastaların meslekleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 14)

Tablo 15: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastaneye İlk Gelişleri Durumları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Hastaneye İlk Geliş Durumları	n	Sıra Ort.	Z	p
İlgi İhtiyacı	Evet	63	55	-1,889	0,059
	Hayır	37	43		
Güvenlik Personeli	Evet	63	53	-1,303	0,192
	Hayır	37	46		
Korku ve Endişe	Evet	63	51	-0,355	0,723
	Hayır	37	49		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Evet	63	56	-2,610	0,009**
	Hayır	37	41		
Bekleme Süresi	Evet	63	57	-3,050	0,002**
	Hayır	37	39		
Ön Yargı	Evet	63	50	-0,392	0,695
	Hayır	37	52		
Güvensizlik	Evet	63	51	-0,439	0,661
	Hayır	37	49		

**p<0.01, Mann Whitney U Testi

Yerli hastaların hastaneye ilk geliş durumları ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; hastaneye ilk geliş durumları ile merak ve bilgi ihtiyacı ($Z = -2,610$ $p=0,009$) ve bekleme süresi ($Z = -3,050$ $p=0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yerli hastalardan hastaneyi ilk kez ziyaret edenlerin merak ve bilgi ihtiyacı ile bekleme süresine ait ortalama skorlarının hastaneyi daha önce ziyaret eden yerli hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla yerli hastaların hastaneye ilk geliş durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 15)

Tablo 16: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastaneye İlk Gelişleri Durumları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Hastaneye İlk Geliş Durumları	n	Sıra Ort.	Z	p
İlgi İhtiyacı	Evet	47	43	-2,447	0,014*
	Hayır	53	57		
Güvenlik Personeli	Evet	47	47	-1,135	0,256
	Hayır	53	54		
Korku ve Endişe	Evet	47	47	-1,070	0,285
	Hayır	53	53		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Evet	47	47	-1,218	0,223
	Hayır	53	54		
Bekleme Süresi	Evet	47	45	-1,652	0,099
	Hayır	53	55		

Ön Yargı	Evet	47	56	-1,639	0,101
	Hayır	53	46		
Güvensizlik	Evet	47	48	-0,846	0,398
	Hayır	53	52		

*p<0.05, Mann Whitney U Testi

Yabancı uyruklu hastaların hastaneye ilk geliş durumları ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; hastaneye ilk geliş durumları ile ilgi ihtiyacı ($Z = -2,447$ $p=0,014$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yabancı uyruklu hastalardan hastaneyi daha önce ziyaret edenlerin ilgi ihtiyacına ait ortalama skorlarının hastaneyi ilk kez ziyaret eden yabancı uyruklu hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla yabancı uyruklu hastaların hastaneye ilk geliş durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 16)

Tablo 17: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastane Ziyaret Sıklıkları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Hastane Ziyaret Sıklığı	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Haftada bir veya daha sık	14	36	10,343	0,066
	İki haftada bir	9	37		
	Ayda bir	7	40		
	Üç ayda bir	24	60		
	Altı ayda bir	23	51		
	Yılda bir veya daha az	23	57		
Güvenlik Personeli	Haftada bir veya daha sık	14	49	9,668	0,085
	İki haftada bir	9	29		
	Ayda bir	7	49		
	Üç ayda bir	24	47		
	Altı ayda bir	23	63		
	Yılda bir veya daha az	23	52		
Korku ve Endişe	Haftada bir veya daha sık	14	64	7,327	0,197
	İki haftada bir	9	51		
	Ayda bir	7	49		
	Üç ayda bir	24	56		
	Altı ayda bir	23	47		
	Yılda bir veya daha az	23	40		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Haftada bir veya daha sık	14	33	12,576	0,028*
	İki haftada bir	9	36		
	Ayda bir	7	40		
	Üç ayda bir	24	60		
	Altı ayda bir	23	59		
	Yılda bir veya daha az	23	52		

Bekleme Süresi	Haftada bir veya daha sık	14	42	17,587	0,004**
	İki haftada bir	9	21		
	Ayda bir	7	34		
	Üç ayda bir	24	60		
	Altı ayda bir	23	57		
	Yılda bir veya daha az	23	56		
Ön Yargı	Haftada bir veya daha sık	14	44	9,184	0,102
	İki haftada bir	9	39		
	Ayda bir	7	40		
	Üç ayda bir	24	50		
	Altı ayda bir	23	48		
	Yılda bir veya daha az	23	65		
Güvensizlik	Haftada bir veya daha sık	14	46	4,627	0,463
	İki haftada bir	9	33		
	Ayda bir	7	51		
	Üç ayda bir	24	52		
	Altı ayda bir	23	53		
	Yılda bir veya daha az	23	56		

**p<0.01, *p<0.05, Kruskal-Wallis Testi

Yerli hastaların hastane ziyaret sıklıkları ile HMİÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; ziyaret sıklığı ile; merak ve bilgi ihtiyacı ($H=12,576$ $p=0,028$) ve bekleme süresi ($H=17,587$ $p=0,004$) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yerli hastalardan hastaneyi üç ayda bir ziyaret edenlerin merak ve bilgi ihtiyacı ile bekleme süresine ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla yerli hastaların hastane ziyaret sıklıkları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 17)

Tablo 18: Yabancı Uyraklı Hastaların HMİÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Hastane Ziyaret Sıklıkları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Hastane Ziyaret Sıklığı	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Haftada bir veya daha sık	4	46	0,594	0,988
	İki haftada bir	2	46		
	Ayda bir	10	53		
	Üç ayda bir	23	49		
	Altı ayda bir	21	48		
	Yılda bir veya daha az	40	53		
Güvenlik Personeli	Haftada bir veya daha sık	4	53	4,219	0,518
	İki haftada bir	2	17		
	Ayda bir	10	52		
	Üç ayda bir	23	45		

	Altı ayda bir	21	54		
	Yılda bir veya daha az	40	53		
Korku ve Endişe	Haftada bir veya daha sık	4	61	4,114	0,533
	İki haftada bir	2	59		
	Ayda bir	10	57		
	Üç ayda bir	23	42		
	Altı ayda bir	21	47		
	Yılda bir veya daha az	40	54		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Haftada bir veya daha sık	4	75	3,976	0,553
	İki haftada bir	2	45		
	Ayda bir	10	46		
	Üç ayda bir	23	46		
	Altı ayda bir	21	52		
	Yılda bir veya daha az	40	51		
Bekleme Süresi	Haftada bir veya daha sık	4	65	1,947	0,856
	İki haftada bir	2	41		
	Ayda bir	10	54		
	Üç ayda bir	23	46		
	Altı ayda bir	21	53		
	Yılda bir veya daha az	40	50		
Ön Yargı	Haftada bir veya daha sık	4	84	6,962	0,223
	İki haftada bir	2	34		
	Ayda bir	10	54		
	Üç ayda bir	23	52		
	Altı ayda bir	21	50		
	Yılda bir veya daha az	40	46		
Güvensizlik	Haftada bir veya daha sık	4	61	1,624	0,898
	İki haftada bir	2	49		
	Ayda bir	10	54		
	Üç ayda bir	23	45		
	Altı ayda bir	21	51		
	Yılda bir veya daha az	40	52		

Kruskal-Wallis Testi

Yabancı uyruklu hastaların hastane ziyaret sıklıkları ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; ziyaret sıklığı ile alt boyutlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo 18)

Tablo 19: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Yabancı Bir Dil Konuşabilme Durumları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Yabancı Bir Dil Konuşabilme Durumu	n	Sıra Ort.	Z	p
İlgi İhtiyacı	Evet	78	52	-0,958	0,338

	Hayır	22	45		
Güvenlik	Evet	78	50	-0,339	0,735
Personeli	Hayır	22	52		
Korku ve Endişe	Evet	78	49	-0,996	0,319
	Hayır	22	56		
Merak ve Bilgi	Evet	78	52	-1,001	0,317
İhtiyacı	Hayır	22	45		
Bekleme Süresi	Evet	78	51	-0,361	0,718
	Hayır	22	49		
Ön Yargı	Evet	78	52	-0,998	0,318
	Hayır	22	45		
Güvensizlik	Evet	78	50	-0,520	0,603
	Hayır	22	53		

Mann Whitney U Testi

Yerli hastaların yabancı bir dil konuşabilme durumları ile HMİEO alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; yerli hastaların yabancı bir dil konuşabilme durumları ile alt boyutlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo 19)

Tablo 20: Yerli Hastaların HMİEO Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Yabancı Bir Dili Konuşabilme Seviyesi Arasındaki İlişki (N=78)

Alt Boyutlar	Yabancı Bir Dili Konuşabilme Seviyesi	n	Sıra Ort.	H	p
İlgi İhtiyacı	Çok Kötü	1	33	2,977	0,562
	Kötü	8	35		
	Orta	46	42		
	İyi	14	41		
	Çok İyi	10	30		
Güvenlik Personeli	Çok Kötü	1	8	11,796	0,019*
	Kötü	8	60		
	Orta	46	41		
	İyi	14	37		
	Çok İyi	10	26		
Korku ve Endişe	Çok Kötü	1	58	3,673	0,452
	Kötü	8	49		
	Orta	46	36		
	İyi	14	44		
	Çok İyi	10	41		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Çok Kötü	1	7	4,467	0,346
	Kötü	8	50		
	Orta	46	40		
	İyi	14	37		

	Çok İyi	10	34		
	Çok Kötü	1	23		
	Kötü	8	39	2,867	0,580
Bekleme Süresi	Orta	46	42		
	İyi	14	40		
	Çok İyi	10	30		
	Çok Kötü	1	18		
	Kötü	8	31	3,811	0,432
Ön Yargı	Orta	46	39		
	İyi	14	41		
	Çok İyi	10	49		
	Çok Kötü	1	74		
	Kötü	8	38	4,107	0,392
Güvensizlik	Orta	46	41		
	İyi	14	37		
	Çok İyi	10	32		

*p<0.05, Kruskal-Wallis Testi

Yerli hastaların yabancı bir dil konuşabilme seviyeleri ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; yabancı bir dili konuşabilme seviyesi ile güvenlik personeli (H= 11,796 p=0,019) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yerli hastalardan yabancı bir dili kötü seviyede konuşanların güvenlik personeline ait ortalama skorlarının diğer değişkenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarla yerli hastaların yabancı bir dili konuşabilme seviyesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 20)

Tablo 21: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Ortalama Skorları ile Yabancı Bir Dili Konuşabilme Seviyesi Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Yabancı Bir Dili Konuşabilme Seviyesi	n	Sıra Ort.	H	p
	Kötü	8	39		
	Orta	33	53	2,671	0,445
İlgi İhtiyacı	İyi	40	48		
	Çok İyi	19	57		
	Kötü	8	54		
	Orta	33	51	0,350	0,950
Güvenlik Personeli	İyi	40	49		
	Çok İyi	19	60		
	Kötü	8	53		
	Orta	33	54	1,004	0,800

Korku ve Endişe	İyi	40	48		
	Çok İyi	19	48		
Merak ve Bilgi İhtiyacı	Kötü	8	36	5,299	0,151
	Orta	33	51		
	İyi	40	48		
	Çok İyi	19	62		
Bekleme Süresi	Kötü	8	31	4,329	0,228
	Orta	33	51		
	İyi	40	52		
	Çok İyi	19	54		
Ön Yargı	Kötü	8	40	4,826	0,185
	Orta	33	56		
	İyi	40	45		
	Çok İyi	19	58		
Güvensizlik	Kötü	8	44	2,059	0,560
	Orta	33	55		
	İyi	40	47		
	Çok İyi	19	53		

Kruskal-Wallis Testi

Yabancı uyruklu hastaların yabancı bir dil konuşabilme seviyeleri ile HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama skorları karşılaştırıldığında; yabancı uyruklu hastaların yabancı bir dil konuşabilme seviyeleri ile alt boyutlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo 21)

Tablo 22: Yerli Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Skorları Arasındaki İlişki

Alt Boyutlar		İlgi ihtiyacı	Güvenlik Personeli	Korku ve Endişe	Merak ve Bilgi İhtiyacı	Bekleme Süresi	Ön yargı	Güvensizlik
İlgi İhtiyacı	r	1,000	0,035 0,729	-0,026 0,796	,244* 0,015	,277** 0,005	0,157 0,120	,238* 0,017
Güvenlik Personeli	r			0,131 0,196	0,069 0,493	0,099 0,326	0,142 0,160	,312** 0,002
Korku ve Endişe	r				,205* 0,041	0,085 0,399	-0,136 0,177	-0,010 0,919
Merak ve Bilgi İhtiyacı	r					,588** 0,000	0,146 0,148	0,062 0,537

Bekleme Süresi	r	0,033 0,744	0,096 0,342
Ön Yargı	r		,242* 0,015
Güvensizlik	r		1,000

**p<0.01, *p<0.05

Tablo 22'deki yerli hastaların HMİEÖ alt boyutlarına ait skorları arasındaki ilişkiye yönelik olarak uygulanan Korelasyon Testi sonuçlarına göre;

Sağlık personeline yönelik ilgi ihtiyacı ile bekleme süreleri ($r=0,277$ $p=0,005$) ve uygulanacak tedaviye yönelik merak ve bilgi ihtiyacı ($r=0,588$ $p=0,000$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde, sağlık kuruluşlarında güvenlik personelinin gerekliliği ile sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik güvensizlik ($r=0,312$ $p=0,002$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sağlık kuruluşlarında uygulanacak tedaviye yönelik merak ve bilgi ihtiyacı ile sağlık personeline yönelik ilgi ihtiyacı ($r=0,244$ $p=0,015$) ve uygulanacak tedaviye yönelik korku ve endişe ($r=0,205$ $p=0,041$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde, sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik güvensizlik ile sağlık personelinin beklenen ilgi ihtiyacı ($r=0,238$ $p=0,017$) ve sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik ön yargı ($r=0,242$ $p=0,015$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 23: Yabancı Uyruklu Hastaların HMİEÖ Alt Boyutlarına Ait Skorları Arasındaki İlişki

Alt Boyutlar		İlgi ihtiyacı	Güvenlik Personeli	Korku ve Endişe	Merak ve Bilgi İhtiyacı	Bekleme Süresi	Ön yargı	Güvensizlik
İlgi İhtiyacı	r	1,000	,264** 0,008	,210* 0,036	,485** 0,000	,506** 0,000	0,078 0,439	,352** 0,000
Güvenlik Personeli	r			,424** 0,000	0,137 0,175	0,094 0,352	-,259** 0,009	,214* 0,033
Korku ve Endişe	r				0,026 0,798	0,142 0,158	-,323** 0,001	0,126 0,212

Merak ve Bilgi İhtiyacı	r	,550** 0,000	,274** 0,006	,310** 0,002
Bekleme Süresi	r		0,167 0,097	,348** 0,000
Ön Yargı	r			0,149 0,138
Güvensizlik	r			1,000

**p<0.01, *p<0.05

Tablo 23'teki yabancı uyruklu hastaların HMİEÖ alt boyutlarına ait skorları arasındaki ilişkiye yönelik olarak uygulanan Korelasyon Testi sonuçlarına göre;

Sağlık personeline yönelik ilgi ihtiyacı ile; sağlık kuruluşlarında güvenlik personellerinin gerekliliği ($r=0,264$ $p=0,008$), uygulanacak tedaviye yönelik merak ve ilgi ihtiyacı ($r=0,485$ $p=0,000$), sağlık kuruluşlarında bekleme süreleri ($r=0,506$ $p=0,000$), sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik güvensizlik ($r=0,352$ $p=0,000$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık durumu ve uygulanacak tedaviye yönelik korku ve endişe ile sağlık kuruluşlarında güvenlik personellerinin gerekliliği ($r=0,424$ $p=0,000$), sağlık kuruluşlarında bekleme sürelerinden duyulan rahatsızlık ile; uygulanacak tedaviye yönelik merak ve bilgi ihtiyacı ($r=0,550$ $p=0,000$) ve sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik güvensizlik ($r=0,348$ $p=0,000$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı şekilde, uygulanacak tedaviye yönelik merak ve bilgi ihtiyacı ile sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik ön yargı ($r=0,274$ $p=0,006$) ve güvensizlik ($r=0,310$ $p=0,002$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik ön yargı ile sağlık kuruluşlarında güvenlik personellerinin gerekliliği ($r=-0,259$ $p=0,009$) ve sağlık durumu ve uygulanacak tedaviye yönelik korku ve endişe arasında ($r=-0,323$ $p=0,001$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sağlık kuruluşlarında güvenlik personellerinin gerekliliği ile sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik güvensizlik ($r=0,214$ $p=0,033$) arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Yerli ve yabancı uyruklu hastaların sosyodemografik özellikleri ve HMİEÖ alt boyutlarına ait puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan yerli hastaların yaş ortalamalarının $28 \pm 7,6$, yabancı uyruklu hastaların yaş ortalamalarının ise $29 \pm 11,29$ olduğu görülmektedir. Bu durum, hastaneyi ziyaret eden yerli ve yabancı uyruklu hastaların yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğunu ve daha çok genç nüfusun hastaneleri ziyaret ettiğini göstermektedir. Araştırmaya katılan yerli hastaların TL cinsinden aylık gelir ortalamaları 2992 ± 1652 iken, yabancı uyruklu hastaların aylık gelir ortalamaları 3022 ± 2975 'tir. Yerli hastalar için 1652 olan standart sapmanın yabancı uyruklu hastalar için 2975 olması, yerli ve yabancı uyruklu hastaların gelir değişkenine ait standart sapmalarının çok yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, yerli ve yabancı uyruklu hastalar için ortalama gelir düzeyinin temsil gücünün çok düşük olduğunu, hastaların gelirlerine göre homojen bir yapıda olmadığını ve hastaların birbirlerinden çok farklı gelir düzeylerine sahip olduklarını göstermektedir. Araştırmaya katılan yerli ve yabancı uyruklu hastalar arasında çoğunluk oluşturan grupları; kadın hastalar, bekârlar, lisans mezunları, öğrenciler, bu sağlık kuruluşlarını ilk kez ziyaret edenler ve en çok yılda bir veya daha az ziyaret edenler, en az bir yabancı dili konuşabilenler ve bu yabancı dili en çok orta seviyede konuşabilenler oluşturmaktadır.

HMİEÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları tek tek incelendiğinde; yerli hastaların yabancı uyruklu hastalara göre daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları ve korku ve endişeye sahip oldukları görülmektedir. Şahin ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada ilgi ihtiyacının hastaların sağlık personeliyle karşılaştıkları iletişim engellerinin ana faktörlerinden biri olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, daha çok yerli hastaların sağlık personelinin kendilerini anlamalarına, kendileriyle ilgilenmelerine, kendilerine yönelik olumlu ve arkadaşça bir tutum sergilemelerine dair ilgi gereksinimleri olduğu saptanmış ve sağlık durumları ve uygulanacak tedaviler açısından daha fazla korku ve endişeye sahip oldukları sonucu çıkmıştır. Güvenlik personeli, merak ve bilgi ihtiyacı, bekleme süresi, ön yargı ve güvensizlik alt boyutlarına ait ortalamalar incelendiğinde, yabancı

uyruklu hastaların puan ortalamalarının yerli hastalardan daha fazla olduğu görülmektedir. Şahin ve ark. (2017) güvenlik personelinin sağlık kuruluşlarının yönetilmesinde gerekli ve önemli bir unsur olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada, yabancı uyruklu hastaların yerli hastalara göre güvenlik personeline daha fazla ihtiyaç duydukları ve hastane sisteminde daha çok yer alması gereken bir unsur olarak değerlendirdikleri sonucu çıkmıştır. Yabancı uyruklu hastaların uygulanacak tedaviyle ilgili daha çok bilgiye sahip olmak istemelerinin, beklemekten daha çok rahatsız olmalarının, daha fazla ön yargı ve güvensizlik hissetmelerinin, yabancı bir ülkede ve farklı bir kültürde yaşıyor olmaları ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Yerli ve yabancı uyruklu hastaların uyrukları ile HMİEÖ alt boyutlarına ait puan ortalamalarına göre; hastaların uyrukları ile merak ve bilgi ihtiyacı ve ön yargı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yabancı uyruklu hastaların uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik daha fazla ön yargı hissettikleri görülmektedir.

Yerli hastaların sosyodemografik özelliklerinden medeni durum ile HMİEÖ alt boyutlarından güvenlik personeline ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve evli olan yerli hastaların güvenlik personelinin sağlık kuruluşlarında gerekli ve önemli bir unsur olduğunu daha fazla düşündükleri saptanmıştır. Bu durum, evli olan yerli hastaların daha fazla güvenliğe ve güven ortamına sahip olmak istediklerini ve bunun hastane ortamındaki güven unsuruna yansıdığını göstermektedir. Yabancı uyruklu hastaların medeni durumları HMİEÖ alt boyutlarından ilgi ihtiyacı, güvenlik personeli, korku ve endişe, merak ve bilgi ihtiyacı ve ön yargıya ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre, yabancı uyruklu hastalardan medeni durumları bekâr olanların daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları, güvenlik personelinin gerekliliğini daha fazla düşündükleri, uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve sağlık durumları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri sonucu çıkmıştır. Bu durumun çalışmaya katılan yabancı uyruklu hastaların çoğunluğunun bekârlardan oluşmasıyla ilgili olduğu da düşünülebilir fakat bekâr olan yabancı uyruklu hastaların sağlık personeliyle daha iyi iletişim kurmak ve sağlık durumları ve tedavileri ile ilgili

daha fazla bilgilendirilmek istediklerini göstermektedir. Boşanmış olan yabancı uyruklu hastaların hayatını kaybetme korkusu ve kaygısını daha fazla taşıdıkları, sağlık durumları ve tıbbi uygulamalara yönelik daha fazla endişe duydukları görülmektedir. Ayrıca, daha çok evli olan yabancı uyruklu hastaların sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik ön yargı hissettikleri bulunmuştur.

Yerli hastaların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet ile HMİEÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yabancı uyruklu hastaların cinsiyetleri ile HMİEÖ alt boyutlarından merak ve bilgi ihtiyacına ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve kadın olan yabancı uyruklu hastaların erkek olan yabancı uyruklu hastalara göre uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri görülmektedir. Bu durumun çalışmaya katılan yabancı uyruklu hastaların çoğunluğunun kadınlardan oluşmasıyla ilgili olduğu da düşünülebilir.

Yerli hastaların sosyodemografik özelliklerinden eğitim düzeyi ile HMİEÖ alt boyutlarından ilgi ihtiyacı, korku ve endişe, merak ve bilgi ihtiyacı, bekleme süresine ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yerli hastalardan okur-yazar olmayanların daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları, daha fazla korku ve endişeye sahip oldukları; lisansüstü mezunların uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve bekleme sürelerinden daha fazla rahatsızlık duydukları sonucu çıkmıştır. Yabancı uyruklu hastaların eğitim düzeyleri ile HMİEÖ alt boyutlarından ilgi ihtiyacı, güvenlik personeli, merak ve bilgi ihtiyacına ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yabancı uyruklu hastalardan lisans mezunlarının daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları, güvenlik personelinin gerekli olduğunu daha fazla düşündükleri, uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri sonucu çıkmıştır.

Yerli hastaların sosyodemografik özelliklerinden mesleki durum ile HMİEÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Yabancı uyruklu hastaların mesleki durumları ile HMİEÖ alt boyutlarından güvenlik personeline ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Yabancı uyruklu hastalardan emekli olanların güvenlik personelinin gerekli olduğunu daha fazla düşündükleri sonucu çıkmıştır.

Yerli hastaların sosyodemografik özelliklerinden hastaneye ilk geliş durumları ile HMİEÖ alt boyutlarından merak ve bilgi ihtiyacı ve bekleme süresine ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Yerli hastalardan hastaneyi ilk kez ziyaret edenlerin uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve bekleme sürelerinden daha fazla rahatsızlık duydukları sonucu çıkmıştır. Yabancı uyruklu hastaların hastaneye ilk geliş durumları ile HMİEÖ alt boyutlarından ilgi ihtiyacına ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yabancı uyruklu hastalardan hastaneyi daha önce de ziyaret etmiş olanların hastaneyi ilk kez ziyaret eden yabancı uyruklu hastalara göre daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları görülmektedir.

Yerli hastaların sosyodemografik özelliklerinden hastane ziyaret sıklığı ile HMİEÖ alt boyutlarından merak ve bilgi ihtiyacı ile bekleme süresine ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yerli hastalardan hastaneyi üç ayda bir ziyaret edenlerin uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve bekleme sürelerinden daha fazla rahatsızlık duydukları sonucu çıkmıştır. Yabancı uyruklu hastaların hastane ziyaret sıklığı ile HMİEÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Yerli hastaların sosyodemografik özelliklerinden yabancı bir dil konuşabilme durumları ile HMİEÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan yabancı uyruklu hastaların tamamı yabancı bir dili konuşabilirlerken, yerli hastalardan 78 tanesinin yabancı bir dili konuşabildiği saptanmıştır. Yerli hastalara ait yabancı bir dili konuşabilme seviyesi ile HMİEÖ alt boyutlarından güvenlik personeline ait ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş ve yabancı bir dili kötü seviyede konuşan yerli hastaların güvenlik personelinin gerekli olduğunu daha çok düşündükleri saptanmıştır. Yabancı uyruklu hastaların yabancı bir dil konuşabilme seviyeleri ile HMİEÖ alt boyutları arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

HMİEÖ alt boyutlarına ait ortalama puanları arasındaki Korelasyon Test sonuçları incelendiğinde, yerli hastaların sağlık personeline yönelik ilgi ihtiyacı alt boyutu ile bekleme süreleri ve merak ve bilgi ihtiyacı alt boyutları arasında ve güvenlik personeli alt boyutu ile güvensizlik alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Yerli hastaların sağlık personeline y6nelik ilgi ihtiyağı arttıkça sağlık kuruluşlarında bekleme s6relerinden duyulan rahatsızlığın ve uygulanacak tedaviye y6nelik merak ve bilgi ihtiyağının arttığı, sağlık kuruluşlarında g6venlik personelinin gerekliliği d6ř6ncesi arttıkça sağlık personeline ve uygulanan tedaviye y6nelik g6vensizliğin de arttığı sonucu 6ıkmıştır. Bu sonu6, yerli hastaların sağlık personelinden ilgi g6rmek, merak duyduğu konularda ve bekleme s6releriyle ilgili bilgi sahibi olmak, g6venlik personeline ve sağlık 6alışanlarının uygulayacakları tedaviye g6ven duymak istediklerini g6stermektedir. Yerli hastaların merak ve bilgi ihtiyağı alt boyutu ile ilgi ihtiyağı ve korku ve endişe alt boyutları arasında; g6vensizlik alt boyutu ile ilgi ihtiyağı ve 6n yargı alt boyutları arasında pozitif y6nde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Uygulanacak tedaviye y6nelik merak ve bilgi ihtiyağı arttıkça sağlık personeline y6nelik ilgi ihtiyağının ve sağlık durumu ve uygulanacak tedaviye y6nelik korku ve endişenin de arttığı, sağlık personeline ve uygulanan tedaviye y6nelik g6vensizlik arttıkça sağlık personeline ve uygulanan tedaviye y6nelik 6n yargının da arttığı sonucu 6ıkmıştır.

HMİE6 alt boyutlarına ait ortalama puanları arasındaki Korelasyon Test sonu6ları incelendiğinde; yabancı uyruklu hastaların ilgi ihtiyağı alt boyutu ile g6venlik personeli, merak ve ilgi ihtiyağı, bekleme s6releri, g6vensizlik alt boyutları arasında pozitif y6nde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yabancı uyruklu hastaların sağlık personeline y6nelik ilgi ihtiyağı arttıkça sağlık kuruluşlarında bekleme s6relerinden duyulan rahatsızlığın, sağlık kuruluşlarında g6venlik personelinin gerekliliği d6ř6ncesinin, uygulanacak tedaviye y6nelik merak ve bilgi ihtiyağının ve sağlık personeline ve uygulanan tedaviye y6nelik g6vensizliğin arttığı sonucu 6ıkmıştır. Korku ve endişe alt boyutu ile g6venlik personeli, bekleme s6releri, merak ve bilgi ihtiyağı ve g6vensizlik alt boyutları arasında; merak ve bilgi ihtiyağı alt boyutu ile 6n yargı ve g6vensizlik alt boyutları arasında pozitif y6nde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık durumu ve uygulanacak tedaviye y6nelik korku ve endişe arttıkça g6venlik personellerinin gerekliliği d6ř6ncesi, sağlık kuruluşlarında bekleme s6relerinden duyulan rahatsızlık, uygulanacak tedaviye y6nelik merak ve bilgi ihtiyağı, sağlık personeline ve uygulanan tedaviye y6nelik g6vensizliğin arttığı bulunmuş; uygulanacak tedaviye y6nelik merak ve bilgi ihtiyağı arttıkça sağlık personeline ve uygulanan tedaviye y6nelik 6n yargı ve g6vensizliğin de arttığı sonucu 6ıkmıştır.

Ön yargı alt boyutu ile güvenlik personeli ve korku ve endişe alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik ön yargı azaldıkça sağlık kuruluşlarında güvenlik personelinin gerekliliği düşüncesinin ve sağlık durumu ve uygulanacak tedaviye yönelik korku ve endişenin de azaldığı sonucu çıkmıştır. Güvenlik personeli alt boyutu ile güvensizlik alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık kuruluşlarında güvenlik personelinin gerekliliği düşüncesi arttıkça sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik güvensizliğin de arttığı sonucu çıkmıştır. Bu sonuçlar, yabancı uyruklu hastaların sağlık kuruluşlarında ön yargıya, korku ve endişeye, güvensizliğe sahip olduklarını ve bu durumun sağlık personeliyle kuracakları sağlıklı iletişimin önünde bir set oluşturabileceğini göstermektedir.

6. SONUÇ

- Yerli ve yabancı uyruklu hastaların yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve daha çok genç nüfusun hastaneleri ziyaret ettiği,
- Yerli ve yabancı uyruklu hastaların gelir düzeyinin temsil gücünün çok düşük olduğu ve hastaların gelirlerine göre homojen bir yapıda olmadığı, yabancı uyruklu hastaların gelir ortalamalarının yerli hastalardan daha yüksek olduğu,
- Yabancı uyruklu hastaların yerli hastalara göre uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik daha fazla ön yargı hissettikleri, dolayısıyla yabancı uyruklu hastaların dil engeline daha fazla maruz kaldıkları,
- Evli olan yerli hastaların güvenlik personelinin sağlık kuruluşlarında gerekli ve önemli bir unsur olduğunu daha fazla düşündükleri,
- Bekâr olan yabancı uyruklu hastaların daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları, güvenlik personelinin gerekliliğini daha fazla düşündükleri, uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve sağlık durumları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri; boşanmış olan yabancı uyruklu hastaların hayatını kaybetme korkusu ve kaygısını daha fazla taşıdıkları, sağlık durumları ve tıbbi uygulamalara yönelik daha fazla endişe duydukları; evli olan yabancı uyruklu hastaların sağlık personeline ve uygulanan tedaviye yönelik daha fazla ön yargı hissettikleri,
- Kadın olan yabancı uyruklu hastaların erkek olan yabancı uyruklu hastalara göre uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri,
- Yerli hastalardan okur-yazar olmayanların daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları, daha fazla korku ve endişeye sahip oldukları; lisansüstü mezunların uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve bekleme sürelerinden daha fazla rahatsızlık duydukları,
- Yabancı uyruklu hastalardan lisans mezunlarının daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları, güvenlik personelinin gerekli olduğunu daha fazla düşündükleri, uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri,
- Yabancı uyruklu hastalardan emekli olanların güvenlik personelinin gerekli olduğunu daha fazla düşündükleri,

- Yerli hastalardan hastaneyi ilk kez ziyaret edenlerin uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve bekleme sürelerinden daha fazla rahatsızlık duydukları,
- Yabancı uyruklu hastalardan hastaneyi daha önce de ziyaret etmiş olanların hastaneyi ilk kez ziyaret eden yabancı uyruklu hastalara göre daha fazla ilgiye ihtiyaç duydukları,
- Yerli hastalardan hastaneyi üç ayda bir ziyaret edenlerin uygulanacak tedavinin aşamalarını ve içeriğini daha fazla merak ettikleri ve bekleme sürelerinden daha fazla rahatsızlık duydukları,
- Araştırmaya katılan yabancı uyruklu hastaların tamamı yabancı bir dili konuşabilirlerken, yerli hastalardan 78 tanesinin yabancı bir dili konuşabildiği,
- Yabancı bir dili kötü seviyede konuşan yerli hastaların güvenlik personelinin gerekli olduğunu daha çok düşündüğü sonucu çıkmıştır.

7. ÖNERİLER

- Sağlık kuruluşlarında hastalarla daha iyi iletişim kurulabilmesi amacıyla güvenlik personeline yönelik iletişim ve yabancı dil eğitim programları uygulanması,
- Sağlık personeline yabancı dil eğitimi sağlanarak ve var olan eğitimler yaygınlaştırılarak yabancı dil bilen ve konuşabilen sağlık personelinin sayısının ve niteliğinin artırılması,
- Yabancı uyruklu hastaların sağlık kuruluşlarında ne tür dil problemleriyle karşılaştıkları, kendilerini ne kadar ifade edebildikleri ve sağlık personeli tarafından ne kadar iyi anlaşılabildiklerine yönelik çalışmalar yapılması ve karşılaşılan dil ve iletişim problemlerinin daha derin incelenmesi,
- Bu araştırmada uygulanan örneklem büyütülerek daha geniş ve kapsamlı bir çalışma ile yerli ve yabancı uyruklu hastaların karşılaştıkları iletişim ve dil problemlerine yönelik sebeplerin daha derin araştırılması,
- Dil ve iletişim problemlerine yönelik nicel ve nitel çalışmaların yaygınlaştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Acar N, Turan A. (2016). Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 17, Sayı 1, 2016.
- Akdeniz S. (2008). Ana Dili, Milletlerin Özsuu Güç ve Saygınlık Kaynağı, Gökyüzü Yayınları, ISBN: 978-9944-390-07-1, s.:18.
- Akkoç N, Güldal D. (2001). Kliniğe Giriş: Kavram ve Uygulamalar. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Özel Sayısı*, s.:75.
- Aksan D. (1990). Her Yönüyle Dil, Ana Çizgileriyle Dilbilim 1, Ankara: TDK Basımevi.
- Albahri AH, Abushibs AS, Abushibs NS. (2018). Barriers to Effective Communication Between Family Physicians and Patients in Walk-In Centre Setting in Dubai: A Cross-Sectional Survey, *BMC Health Services Research*, 18, p.:637, doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3457-3>.
- Altsoy S. (2018). Sağlık Turizmi Alanında Faaliyet Gösteren Hastanelerdeki Mevcut Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, s.:1.
- Andersen Mp. (1959). What is Communication, *Journal of Communication*, 9, p.:5.
- Arumugam N, Kaur N. (2011). Needs Analysis On The Important Of English Communication Skills For Medical Assistants, *Journal of Institutional Research South East Asia*, Volume 9, Number 1, p.:67–77.
- Atıcı E. (2007). Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33 (2), s.:91-96.
- Aydoğan S, Metintaş S. (2017). Türkiye’ye Gelen Dış Göç ve Sağlığa Etkileri, *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, Cilt:2 Sayı:2, s:37-45.
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Coates WC, Pitkin K. (1996). Use and Effectiveness of Interpreters in an Emergency Department, *JAMA*, Volume 275, Number 10.
- Bellet PS, Maloney MJ. (1991). The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine. *JAMA*, 266(13), p.:1831.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (2019). 30 Nisan 2019 İtibariyle UNHCR Türkiye İstatistikleri, (<https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>) (Erişim Tarihi: 06.07.2019).

Buzcu Z, Birdir K. (2019). Türkiye’de Medikal Turizm İncelemesi: Özel Hastanelerde Bir Çalışma, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 18 (1), s.:311-327.

Camille Brisset C, Leanza Y, Rosenberg E, Vissandjee B, Kirmayer LJ, Muckle G, Xenocostas S, Laforce H. (2013). Language Barriers in Mental Health Care: A Survey of Primary Care Practitioners, *J Immigrant Minority Health*, 16, p.:1238, doi: <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9971-9>.

Carballo M, Divino JJ, Zeric D. (1998). Migration and Health in The European Union, *Tropical Medicine and International Health*, Volume 3, No 12, p.:936–944.

Cheng I, Vasi S, Wahidi S, Russell G. (2015). Rites of Passage: Improving Refugee Access to General Practice Services, *Aust Fam Physician*, Vol.44(7), p.:503–504.

Chomsky N. (2006). Language and Mind Third Edition, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge University Press, New York, p.:58

Connell J. (2013). Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification, *Tourism Management* 34 (2013) 1e13.

Çavuşoğlu A. (2006). Ana Dili, Edinimi, Önemi ve Geliştirilmesi, *İlahiyat Fakültesi Dergisi* 11:1, s.:37–46.

Çelik F. (2008). Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı, s.:36-39.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). <http://www.who.int/migrants/en/> (Erişim Tarihi: 06.07.2019).

Ergin M. (2009). Türk Dil Bilgisi, Bayrak Basım/Yayım/ Tanıtım, ISBN: 975-7728-06-03, s.:3.

Ertaş H, Kırac FÇ. (2018). Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi, 2nd International Social and Educational Sciences Symposium, 22-24 Ekim 2018, Konya, s.:650-653.

Ferguson WJ, Candib ML. (2002). Culture, Language, And The Doctor-Patient Relationship, *Family Medicine and Community Health Publications and Presentations*.

Finch A. (2014). Caring in English: ESP for Nurses, *International Journal of English Language Teaching*, Vol. 1, No. 1.

Frank RA. (2000). Medical Communication: Non-Native English Speaking Patients and Native English Speaking Professionals, *English for Specific Purposes* 19, p.:31-62.

Gao G, Burke N, Somkin CP, Pasick R. (2009). Considering Culture in Physician–Patient Communication During Colorectal Cancer Screening, *Qualitative Health Research*, Volume 19 Number 6, p.:778-789.

Green AR, Ngo-Metzger Q, Legedza ATR, Massagli MP, Phillips RS, Lezzoni LI. (2005) Interpreter Services, Language Concordance, and Health Care Quality, Experiences of Asian Americans with Limited English Proficiency, *Journal of General Internal Medicine*, Volume 20, Issue 11, p.:1050–1056.

Ha JF, Longnecker N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, Volume 10, p.:38–43.

Hall JA, Dornan MC. (1988). Meta-Analysis of Satisfaction With Medical Care: Description of Research Domain and Analysis of Overall Satisfaction Levels, *Social Science Medicine*, Volume 27, p.:637–644.

Herrel N, Olevitch L, Dubois DK, Terry P, Thorp D, Kind E, Said A. (2004). Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery, *Journal of Midwifery & Women's Health*, Volume 49, p.:345–349, doi: [10.1016/j.jmwh.2004.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.02.008).

Herselman S. (1996). Some Problems in Health Communication in a Multicultural Clinical Setting: A South African Experience, *Health Communication*, 8:2, p.:153-170, doi: [10.1207/s15327027hc0802_3](https://doi.org/10.1207/s15327027hc0802_3).

Hudelson P, Vilpert S. (2009). Overcoming Language Barriers with Foreign-Language Speaking Patients: A Survey to Investigate Intra-Hospital Variation in Attitudes and Practices, *BMC Health Services Research*, Volume 9, p.:187, doi: [10.1186/1472-6963-9-187](https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-187).

Hull M. (2013a). Learning And Teaching Clinical Writing, *Medical Writing*, 22:1, p.:29-33.

Hull M. (2013b). Medical Language. Terminology in Context. FA Davis Co.Company, Philadelphia, PA.

Hull M. (2016). Medical Language Proficiency: A Discussion of Interprofessional Language Competencies and Potential for Patient Risk, *International Journal of Nursing Studies* 54, p.:158–172.

Institute For International Medical Education Core Committee. (2002). Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. *Med Teach.*, 24(2), p.:130–135. doi:[10.1080/01421590220120731](https://doi.org/10.1080/01421590220120731).

Jacobs E, Chen AH, Karliner LS, Agger- Gupta N, Mutha S. (2006). The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A Proposed Research Agenda, *The Milbank Quarterly*, Vol. 84, No. 1, p.:111-133.

Koç G. (2017). Sağlık Kurumlarında İletişim: Sağlık Personeli-Hasta İletişiminin Niteliği ve Etkileyen Faktörler (Manavgat Devlet Hastanesi Örneği) Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, s.:5.

Kolegarová O, Zitkov M. (2006). Communication of Nurses With Dying Patients and Their Significant Ones. *Journal Of European Journal of Oncology Nursing*, 10(3), p.:223, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.04.020>.

King A, Hoppe RB. (2013). “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review, *Journal of Graduate Medical Education*, doi: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>.

Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. (2011). Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği, *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*, 38 (1), s.:49-56.

Lee MS. (2003). A Review of Language and Other Communication Barriers in Health Care, Department Of Sociology, Portland State University Portland, or 97207-0751.

Medical Tourism Association. (2016). What is Medical Tourism? <https://www.medicaltourismassociation.com/en/index.html> (Erişim Tarihi, 09.07.2019)

Meeuwesen L. (2012). Language Barriers in Migrant Health Care: *A Blind Spot, Patient Education and Counseling* 86, p.:135-136.

Mugomba C, Caballero-Danell S. (2007). Medical Tourism, and Its Entrepreneurial Opportunities - A Conceptual Framework for Entry into the Industry, Tourism and Hospitality Management Master Thesis No. 2006:9, Göteborg University. School of Business, Economics and Law.

National Center For Health Statistics. (2019). <https://www.cdc.gov/healthliteracy/#about>, (Erişim Tarihi: 29.07.2019, 18.35).

Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Phillips RS, Greenfield S, Massagli MP, Clarridge B, Kaplan SH. (2007). Providing High-Quality Care for Limited English Proficient Patients: The Importance of Language Concordance and Interpreter Use, *Journal of Society of General Internal Medicine*, 22(Suppl 2), p.:324–30, doi: [10.1007/s11606-007-0340-z](https://doi.org/10.1007/s11606-007-0340-z).

O'connell E. (2008). Therapeutic Relationships in Critical Care Nursing: A Reflection on Practice, British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care, Vol 13, No 3.

O'donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. (2007). They Think We're OK and We Know We're Not. A Qualitative Study of Asylum Seekers' Access, Knowledge and Views to Health Care in The UK, *BMC Health Services Research*, Volume 7, Number 1, p.:1, doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-75> .

Oecd (2018). International Migration Outlook 2018, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/migr_outlook-2018-en.

Oomen JS, Owen LJ, Suggs LS. (1999). Culture Counts: Why Current Treatment Models Fail Hispanic Women with Type 2 Diabetes, *The Diabetes Educator*, 25(2), p.:220–225. doi:[10.1177/014572179902500207](https://doi.org/10.1177/014572179902500207).

Orhunbilge, N. (2000). Örneklem Yöntemleri ve Hipotez Testleri. Avcıol Basım Yayın, s: 9.

Oruç Ş. (2016). Türkçede Ana Dil ve Ana Dili, *Journal of Turkish Language and Literature*, Volume:2, Issue: 1, s.:311-322

Oruç Ş. (2016). Ana Dili, İkinci Dil, İki Dillilik, Yabancı Dil, *The Journal of Academic Social Science Studies*, Sayı: 45, s.:279-290.

Partida, Y. (2012). Language and Health Care, American Diabetes Association Diabetes Spectrum, Volume 25, Number 1.

Paternotte E, Dulmen SV, Lee NVD, Scherpbier AJJA, Scheele F. (2015). Factors Influencing Intercultural Doctor-Patient Communication: A Realist Review, *Patient Education and Counseling*, Issue: 98, p.:420-445.

Polat DC, Akcan E. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin Yabancı Uyruklu Hastalara Bakım Vermede Yaşadığı Güçlükler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;19: Özel Sayı

Purnell LD. (2014). Culturally Competent Health Care, 3rd Ed. FA Davis Co. Company, Philadelphia.

Rosse FV, Bruijne MD, Suurmond J, Essink-Bot ML, Wagner C. (2016). Language Barriers and Patient Safety Risks in Hospital Care. A Mixed Methods Study, *International Journal of Nursing Studies*, 54, p.:45–53.

Rowan, KE. (2008). Monthly Communication Skill Coaching For Healthcare Staff, Patient Education and Counseling, 71(2008), p.:402–404. doi:[10.1016/j.pec.2008.02.016](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.02.016).

- Sapir E. (1921). *Language, An Introduction to the Study of Speech*, New York: Harcourt, Brace.
- Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (Saturk). (2015). <http://www.saturk.gov.tr/tyst.php> , Erişim Tarihi: 19.07.2019, 17.55)
- Schouten CB, Meeuwesen L. (2005). Cultural Differences in Medical Communication: A Review of the Literature, *Patient Education And Counseling*, Issue:64, p.:21-34.
- Schwei RJ, Pozo SD, Agger-Gupta N, Alvarado-Little W, Bagchi A, Chen HA, Diamond L, Gany F, Wong D, Jacobs EA. (2016). Changes in Research on Language Barriers in Health Care Since 2003: A Cross-Sectional Review Study, *International Journal of Nursing Studies* 54, p.:36-44.
- Schyve, PM. (2007). Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective, *Society of General Internal Medicine*.
- Seijo R, Gomez H, Freidenberg J. (1991). Language as a Communication Barrier in Medical Care for Hispanic Patients, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Vol.13 No. 4, p.:363-376.
- Studer Q. (2003). How Healthcare Wins With Consumers Who Want More, *Frontiers of Health Services Management*, 19(4), p.:3-16.
- Şahin E, Aydın BO, Gülşen MT, Kul S. (2017). The Validity and Reliability of a New Scale to Measure Patient-Determined Communication Barriers in Hospitals, *Turk J Public Health* 2017;15(3).
- Şahin Y. (2007). Yabancı Dil Öğretiminin Eğitimsel ve Dilbilimsel Temelleri, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 22, s.:465-470.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2007). Sağlık ve Termal Turizmi Tanımı. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR-11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html>, (Erişim Tarihi: 09.07.2019, 12.49).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih 05.05.2005, Sayı: 25806.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2017). <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,23587/saglik-turizmi-nedir.html>, (Erişim Tarihi: 09.07.2019, 15.51, s.:1-18)

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2017). <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,23591/turkiyenin-saglik-turizmindeki-onemi.html>, (Erişim Tarihi: 19.07.2019, 16.24, s.:1-5)

The Office For National Statistics (ONS). (2019). Migration Statistics Quarterly Report: February 2019, (Erişim Tarihi: 04.07.2019, 11.18).

Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. (2004). Measuring Patients' Trust in Physicians When Assessing Quality of Care, *Health Affairs*, Volume 23, Number 4, p.:124-132, doi: [10.1377/hlthaff.23.4.124](https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.124).

Türk Dil Kurumu Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü. (<http://tdk.gov.tr/index>), (Erişim Tarihi: 26.06.2019, 20.26)

Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://sozluk.gov.tr/>, (Erişim Tarihi: 25.06.2019, 09.56).

Ünalın Ş. (2010). Dil ve Kültür, Nobel Yayın Dağıtım, 4. Basım, ISBN: 978-605-395-317-3, s.:4-5.

Valero-Garces C. (2010). Challenging Communication in Doctor/Non-Native Patient Encounters. Two Perspectives, Three Types of Interaction And Some Proposals, *The Journal of Specialised Translation*, Issue 14.

Vaismoradi M, Salsali M, Esmailpour M, Cheraghi MA. (2011). Perspectives and Experiences of Iranian Nurses Regarding Nurse-Physician Communication: A Content Analysis Study. *Japan Journal Of Nursing Science*, 8. doi: [http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-7924.2011.00173.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2011.00173.x).

Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, Hallaert G, Van Daele S, Buylaert W, Vogelaers D. (2015). Communication in Healthcare: A Narrative Review of The Literature and Practical Recommendations, *International Journal of Clinical Practice*, 69, 11, p.:1257–1267, doi: [10.1111/ijcp.12686](https://doi.org/10.1111/ijcp.12686).

Welch TR. (2000). Culture And The Patient-Physician Relationship: Achieving Cultural Competency in Health Care, *The Journal of Pediatrics*, Volume: 136, Number:1.

Wilson E, Hm Chen A, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. (2005). Effects of Limited English Proficiency and Physician Language on Health Care Comprehension, *J Gen Intern Med* 2005;20, p.:800–806, doi:[10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x).

Yağbasan M, Çakar F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, E-ISSN 2667 – 4750.

Yakar HK, Alpar ŞE. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures, *International Journal of Caring Sciences*, September-December 2018, Volume 11, Issue 3, s.:1743.

Yalçın B. (2013). Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Antalya, s.:27.



EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu (Türkçe)

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1- Yaşınız?

2- Medeni Durumunuz? ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış

3- Cinsiyetiniz nedir? ☐ Kadın ☐ Erkek

4- Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Orta Öğretim ☐ Lisans ☐ Lisansüstü

5- Aylık geliriniz? (yaklaşık olarak TL)

6- Yaptığınız iş nedir?

☐ Memur ☐ İşçi ☐ Serbest çalışan ☐ Emekli ☐ İşsiz ☐ Öğrenci ☐ Diğer

7- Hastaneye ilk gelişiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

8- Hangi sıklıkla hastaneye gelirsiniz?

☐ Haftada bir veya daha sık ☐ Üç ayda bir
☐ İki haftada bir ☐ Altı ayda bir
☐ Ayda bir ☐ Yılda bir veya daha fazla

9- Kendi anadiliniz dışında başka bir dil konuşabiliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır [Cevabınız evet ise 10. soruyu cevaplayınız.]

10- Bildiğiniz yabancı dili sizce nasıl konuşuyorsunuz?

☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

EK 2. Kişisel Bilgi Formu (İngilizce)

SOCIODEMOGRAPHIC INFORMATION QUESTIONNAIRE

1- Your age?

2- Marital status? ☐ Single ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced

3- What is your gender? ☐ Female ☐ Male

4- What is the highest level of degree you have completed?

☐ Illiterate ☐ Primary education ☐ High school

☐ Bachelor degree ☐ Graduate degree

5- How much is your montly income? (approximately in Turkish Lira)

6- Which of the following categories best describes your employment status?

☐ Civil servant ☐ Worker ☐ Self-employed ☐ Retired

☐ Unemployed ☐ Student ☐ Other

7- Is this your first visit to the hospital? ☐ Yes ☐ No

8- How often do you visit a hospital?

☐ Once a week or more ☐ Once in a three month

☐ Once in a two week ☐ Once in a six month

☐ Once a month ☐ Once a year or more

9- Can you speak another language other than your native language?

☐ Yes ☐ No [If yes, please answer question 10.)

10- What do you think how you speak the foreign language you know?

☐ Very badly ☐ Badly ☐ Moderately ☐ Well ☐ Very well

EK 3. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği

Ölçek Maddeleri		1 Kesinlikle katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
<i>İlgi ihtiyacı</i>						
1	Sağlık personelinin beni anlamasını isterim.					
2	Sağlık personelinin benimle ilgilenmesini isterim.					
3	Sağlık personelinin olumlu bir yaklaşım içerisinde olmasını isterim.					
4	İhtiyacım olduğunda sağlık personeliyle iletişim kurmak isterim.					
5	Sağlık personelinin arkadaş gibi davranmasını isterim.					
6	Sağlık personeline güvenmek isterim.					
<i>Güvenlik Personeli</i>						
7	Güvenlik personeli sağlık hizmeti almama yardımcı olur.					
8	Güvenlik personeli sağlık personeli ile bir araya gelmeme yardımcı olur.					
9	Güvenlik personelinin hastane sisteminin bir parçası olduğunu düşünürüm.					
10	Güvenlik personelinin gerekli olduğunu düşünürüm.					
<i>Korku ve Endişe</i>						
11	Hayatımı kaybetme korkusu yaşarım.					
12	Ne olacak kaygısıyla endişelenirim.					
13	Sağlığımın düzelip düzelmemesi konusunda endişelenirim.					
14	Tıbbi uygulamalar beni korkutur.					

<i>Merak ve Bilgi İhtiyacı</i>						
15	Uygulanacak tedavinin aşamalarını merak ederim.					
16	Sağlık personelinin uygulamalarının içeriğini merak ederim.					
17	Sağlığımın ileride nasıl olacağını merak ederim.					
18	Sağlık durumumu merak ederim.					
<i>Bekleme Süresi</i>						
19	Teşhis için istenilen tetkiklerin sonuçlarının çıkmasının zaman alması beni rahatsız eder.					
20	Tedavinin uzun sürmesi beni rahatsız eder.					
21	Sağlık hizmeti alırken bekletilmem beni rahatsız eder.					
<i>Ön yargı*</i>						
22	Sağlık personelinin yeterince çalışmadığını düşünürüm.					
23	Bazı hastalara öncelik tanındığını düşünürüm.					
24	Sağlık personeli tarafından ihmal edildiğimi düşünürüm.					
25	Tedavimin geciktiğini düşünürüm.					
<i>Güvensizlik</i>						
26	Tedavinin, konusunda uzaman sağlık personeline yapıldığını bilirim.					
27	Sağlık personelinin verdikleri bilgilere güvenirim.					
28	Uygun tedavinin uygulandığını düşünürüm.					

*Ters kodlanması gereken maddeler.

EK 4. Scale to Measure Patient-Determined Communication Barriers

Scale Items		1 Strongly Disagree	2 Disagree	3 Not Sure	4 Agree	5 Strongly Agree
<i>Need for Attention</i>						
1	I need understanding from the healthcare personnel.					
2	I need the healthcare personnel to care for me.					
3	I need the healthcare personnel to have a positive attitude towards me.					
4	I'd like to be able to communicate with the healthcare personnel when I need it.					
5	I need the healthcare personnel to communicate with me in a friendly manner.					
6	I'd like to trust the healthcare personnel.					
<i>Security Staff</i>						
7	Security staff helps me receive healthcare service.					
8	Security staff helps me in meeting with healthcare personnel.					
9	I think the security staff is a part of the hospital system.					
10	I consider that the security staff is necessary.					
<i>Fear and Anxiety</i>						
11	I am afraid of losing my life.					
12	I am anxious about what's going to happen to me.					
13	I am anxious about whether my health will improve or not.					
14	Medical practices scare me.					

<i>Need For Curiosity and Information</i>						
15	I like to be informed about the treatment steps that would be administered to me.					
16	I am curious to know about the scope of healthcare practices.					
17	I am curious about what's going to happen to my health in the future.					
18	I am curious to know about my current health state.					
<i>Waiting Time</i>						
19	It disturbs me when there is a delay in the provision of results of the investigation required for making a diagnosis.					
20	It disturbs me when my treatment is prolonged.					
21	It disturbs me when I have to wait to receive healthcare service.					
<i>Prejudice*</i>						
22	I think the healthcare personnel do not work adequately.					
23	I believe some patients are given priority.					
24	I believe I am neglected by healthcare personnel.					
25	I think there is a delay in the provision of my treatment.					
<i>Lack of Trust Towards Healthcare Providers</i>						
26	I feel confident the treatment is provided by expert healthcare personnel.					
27	I trust the information provided by the healthcare personnel.					
28	I believe appropriate treatment is administered.					

*Reversed scored items