



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA İLE SAĞLIK
PERSONELİ İLETİŞİMİ; SIVAS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Fatih AKBULUT

Sivas
Haziran 2020

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA İLE SAĞLIK
PERSONELİ İLETİŞİMİ; SİVAS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Fatih AKBULUT

Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Naim KARAGÖZ

Sivas
Haziran 2020

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı
Tezin Başlığı : Sağlık Kuruluşlarında Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi; Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği
Savunma Tarihi : 09.06.2020
Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ

	Unvanı - Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Selma ÇETİNKAYA	
Üye	: Dr. Öğretim Üyesi Derya Fatma BİÇER	
Üye	: Dr. Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ	

Oy Birliği

Oy Çokluğu

Fatih Akbulut tarafından hazırlanan Sağlık Kuruluşlarında Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi; Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği başlıklı tez, kabul edilmiştir. ../.../2020

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam hâlinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

23/06/2020

Fatih AKBULUT

ÖNSÖZ

Doğduğum günden bugüne dek bana verdikleri emekler, karşılıksız sevgi ve özgüven için anne ve babama,

Yirmi beşinci yılını doldurduğum eğitim-öğretim hayatımda üzerimde emeği olan tüm öğretmen ve hocalarıma,

Evlilik bağı ile bağlandığım ve bana dünyalar güzeli iki evlat doğuran hem iş hem öğretim hayatımın yoğunluğunda bana destek olan değerli eşime,

Tüm dost ve arkadaşlarıma,

Teşekkür ederim...

Fatih AKBULUT

Sivas, 2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM.....	3
1. SAĞLIĞA GENEL BAKIŞ.....	3
1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmeti.....	3
1.1.1. Türlerine Göre Sağlık Hizmetleri	5
1.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	5
1.1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	6
1.1.1.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	7
1.1.2. Sağlık Hizmetleri Basamakları	7
1.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	9
1.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	9
1.2. Bir Sistem Olarak Sağlık.....	10
1.3. İnsan Hakkı Olarak Sağlık	11
1.4. Kurum ve Kuruluş Olarak Sağlık.....	11
1.4.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH)	13
1.4.2. ADHD Personeli ve Görev Tanımları.....	18
1.4.2.1. Diş Hekimi	18
1.4.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri.....	21
1.4.2.3. Tıbbi Görüntüleme (Radyoloji) Teknikeri.....	21
1.4.2.4. Diş Protez Teknikeri	22
1.4.2.5. Tıbbi Sekreter.....	23

1.4.2.6. Hemşire ve Hemşirelik Hizmetleri	24
1.4.3. Sivas ADSH Genel Durum	25
1.4.3.1. Personel Durumu ve Verilen Hizmetler	25
II. BÖLÜM.....	27
2. İLETİŞİM VE SAĞLIK İLETİŞİMİ KAVRAMLARI	27
2.1. İletişim Kavramı	27
2.1.1. İletişimin Öğeleri	29
2.1.2. Kaynak (Gönderici)	29
2.1.3. Mesaj (İleti).....	30
2.1.4. Kodlama ve Kod Açma.....	30
2.1.5. Kanal	31
2.1.6. Alıcı	31
2.1.7. Geri Bildirim (Dönüt):	31
2.1.8. Gürültü	32
2.2. İletişim Türleri	32
2.2.1. Kendi Kendine İletişim	32
2.2.2. Kişilerarası İletişim	33
2.2.3. Sözlü İletişim	34
2.2.4. Sözsüz İletişim	35
2.2.5. Grup İletişimi ve Örgütsel İletişim	36
2.2.6. Kitle İletişimi	37
2.3. Sağlık İletişimi.....	37
2.3.1. Sağlık İletişiminin Temel Karakteristik Özellikleri.....	40
2.3.2. Sağlık Çalışanlarının Hastalarla Olan İletişimi	41
2.3.3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanı ile Olan İletişimi	43
2.4. Hasta-Sağlık Personeli İletişim Süreçleri	45
2.4.1. Etkili Dinleme.....	45
2.4.2. Etkili Konuşma	46
2.4.3. Empatik Yaklaşım.....	46
2.4.4. Geribildirim	47
2.5. Sağlık İletişimini Olumsuz Etkileyen Tutum ve Davranışlar.....	48

III. BÖLÜM.....	49
3. SAĞLIK PERSONELİ VE HASTA ARASINDAKİ İLETİŞİMİN İNCELENMESİ	49
3.1. Araştırma Problemi	49
3.2. Araştırma Amaç ve Önemi.....	49
3.3. Araştırma Kapsam ve Sınırlılıkları.....	50
3.4. Araştırma Yöntem ve Modeli.....	50
3.5. Araştırma Evreni	50
3.6. Araştırmanın Hipotezi	50
3.7. Bulgular	51
3.7.1. Katılımcıların Demografik Bulgularına İlişkin Dağılımlar	52
3.7.2. Verilerin Normallliği	55
3.7.3. Verilerin Güvenilirliği	56
3.7.4. Faktörlerin Cinsiyete Göre Analizi.....	56
3.7.5. Faktörlerin Medeni Duruma Göre Analizi	58
3.7.6. Faktörlerin Yaşa Göre Analizi.....	61
3.7.7. Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Analizi.....	62
3.7.8. Faktörlerin Mesleğe Göre Analizi	63
3.7.9. Faktörlerin Gelire Göre Analizi.....	64
3.7.10. Faktörler Arasındaki İlişki Düzeyi	65
3.7.11. Regresyon modeli	67
3.8. Tartışma.....	68
3.8.1. Elde Edilen Sonuçların Önceki Araştırmalar ve Genel Durum ile Karşılaştırılması.....	70
SONUÇ.....	73
KAYNAKÇA	77
EKLER.....	83
Ek 1: Anket.....	83
Ek 2: Anket Uygulama İzni.....	86
Ek 3: Anket Uygulaması	87
ÖZ GEÇMİŞ.....	89



KISALTMALAR

ADSH	: Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
CDC	: Center of Disease Control and Prevention
C.Ü.	: Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr.	: Doçent Doktor
Dr. Öğr. Üyesi	: Doktor Öğretim Üyesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Dt.	: Diş Tabibi
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
Kli. Des. Per.	: Klinik Destek Personeli
Örn.	: Örneğin
Prof. Dr.	: Profesör Doktor
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGM	: Sağlık Genel Müdürlüğü
SPSS	: Statistical PackagesforTheSocialSiences
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Vs.	: Ve saire
Vb.	: Ve benzeri
WHO	: World HealthOrganisation



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: İletişim Süreci, İletişim Öğeleri.....	29
Tablo 2: Kişilerarası İletişimin Temel Öğeleri	34
Tablo 3: Cinsiyete Göre Dağılım	52
Tablo 4: Yaş Aralıkları Dağılımı	52
Tablo 5: Medeni Durum Dağılımı.....	53
Tablo 6: Eğitime Göre Dağılım.....	53
Tablo 7: Meslek Durumları Dağılımı.....	54
Tablo 8: Gelir Durumuna Göre Dağılım.....	54
Tablo 9: Basıklık ve Çarpıklık Katsayısına Göre Normal Dağılım İncelemesi.....	55
Tablo 10: Ölçeklerin ve Maddelerin Cronbach α Katsayıları	56
Tablo 11: Faktörlerin Cinsiyete t Testi	57
Tablo 12: Faktörlerin Medeni Duruma Göre Anova Testi.....	58
Tablo 13: Faktörlerin Medeni Duruma Göre Homojenlik Testi Sonucu	59
Tablo 14: Medeni Durum Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları	59
Tablo 15: Faktörlerin Medeni Duruma Göre Ortalamaları	60
Tablo 16: Faktörlerin Yaşa Göre Anova Testi.....	61
Tablo 17: Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Anova Testi	62
Tablo 18: Faktörlerin Mesleğe Göre Anova Testi	63
Tablo 19: Faktörlerin Gelire Göre Anova Testi.....	64
Tablo 20: İletişim, İlgı ve Anlayış Faktörleri Arasındaki İlişki Düzeyi	65
Tablo 21: İletişim Faktörüne İlgı ve Anlayışın Etkisi.....	66
Tablo 22: İletişim Faktörüne İlgı ve Anlayış Faktörlerinin Etkilerinin Yönü ve Dereceleri.....	67
Tablo 23: Faktörlere Göre Ortalamalar	68



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sektörlere Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar, 2017.....	16
Şekil 2. Diş Ünitisi Başına Düşen Kişi Sayıları, Sağlık Bakanlığı.....	17
Şekil 3. Yıllara Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	19
Şekil 4. 100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2016	20
Şekil 5. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri.....	70





ÖZET

Bu araştırmanın amacı; sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimi olumlu ve olumsuz yönlü etkileyen unsurları gözlemlemek ve iletişimi yükselten, karşılıklı anlayışın sağlanmasında rol oynayan etmenleri inceleyerek, hastaların hangi durumlarda iletişimden tatmin olduğunu anlamaya çalışmaktır.

Araştırma, Sivas ADSH kurumuna başvuran hastalar arasından, 04.03.2019-22.03.2019 tarihleri arasında rastgele seçilen ve gönüllülük esasına dayanarak, aynı sorulardan oluşan sağlık personeli ile iletişimin tatmini noktasında anket uygulaması kullanılarak şekillendirilmiştir. Sağlık personelinin hastalara olan ilgisinin, iletişim davranışlarının ve tavırlarının çıktısı niteliğinde ve genellendirilemeyecek bazı verilere ulaşılmıştır. Ankete katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi demografik ve sosyal özelliklerinin sağlık kurumu ve sağlık personeli algılarında, ilgi ve anlayış düzeylerinde çeşitli farklılıklar dikkat çekmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında doğru iletişim noktasında hastalara ve sağlık çalışanlarına düşen görevler, beklentiler doğrultusunda bazı tavsiyeler verilebilir. Bunlar; genel itibariyle empati kurulması ve iletişim süreçlerinin doğru işletilmesi denilebilir.

Elde edilen bulgular ışığında; ilgili ve anlayışlı olmaya çalışan bir sağlık personeli hastaları tarafından iletişimi yüksek olarak değerlendirilmekte ve saygı görmektedir. Bunun etkisi de elbette sağlık kurum ve kuruluşunun imajını olumlu yönde etkileyecek, kullanıldığı ölçüde tüm bireyler memnuniyet duyacaklardır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Personeli, Hasta, İletişim, Anlayış, İlgi, Memnuniyet



ABSTRACT

The purpose of this research; to observe the factors that affect the communication between the healthcare staff and the patient and patient relatives in a positive and negative way and to try to understand the situations in which patients are satisfied with communication by examining the factors that increase communication and play a role in providing mutual understanding.

The research was designed by using a questionnaire application on the satisfaction of communication with healthcare staff consisting of the same questions, randomly selected between 04.03.2019-22.03.2019, among the patients who applied to Sivas ADSH institution. Some data, which cannot be generalized, have been obtained as an output of the attention, communication behaviors and attitudes of healthcare professionals to patients. Various differences in the perception, interest and understanding levels of the demographic and social characteristics of the individuals surveyed, such as age, gender, marital status and educational status, in the health institution and health personnel perception.

In the light of the data obtained as a result of the research, some recommendations can be given in line with the expectations and duties of patients and healthcare professionals at the right communication point. These; In general, it can be said to establish empathy and to operate communication processes correctly.

In the light of the findings obtained; A medical staff who tries to be interested and understanding is considered to be highly communicated and respected by their patients. The effect of this will, of course, positively affect the image of the health institution and organization, and to the extent it is used, all individuals will be satisfied.

Keywords: Health, Health Personnel, Patient, Communication, Understanding, Interest, Satisfaction



GİRİŞ

Günümüzde hastalar-hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasındaki ilişki ve iletişim süreçleri karmaşık bir olgu halini almıştır. Gelişen tıp bilimi, çeşitlenen uzmanlıklar ve hastalıklar yeni iletişim kanalları oluşturmuştur. Kullanılan dil ve kelimeler değişmiş, yeni terimler ve kavramlar hayatımıza girmiştir. Haliyle bu değişiklikler de hasta ile sağlık personeli iletişimini birçok durumda zorlaştırmıştır. Bu zor ve karmaşık sürecin üstesinden en başarılı bir şekilde nasıl gelinir? Önemsemek, ilgilenmek ve iletişimi yüksek tutmak gerektiği açıktır. Muhatabı tarafından önemsenmek, ilgi görmek ve ilgi göstermek, karşılıklı olarak anlayışlı olmak iletişimi yükselten, kalitesini arttıran faktörler olduğu düşünülebilir.

Bu tez de amaç, bilime katkıda bulunmanın yanı sıra hastaların sağlık personeli ile iletişimi konusunda tatmin olmasına vesile olmak, eksik görülen noktaların nasıl tamamlanacağına dair yapılacak çalışmalara ışık tutmak, ülkemize ve insanlığa faydalı olmaktır.

Araştırma kapsamında 04.03.2019-22.03.2019 tarihleri arasında Sivas ADSH hastalarından rastgele seçilen ve gönüllülük esasına dayanarak, aynı sorulardan oluşan sağlık personeli ile iletişimin tatmini noktasında anket uygulaması yapılmıştır. Çıkan sonuçların incelenip değerlendirilmesinde ise IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Anketin sonucu detaylı olarak incelenmiş ve Cronbach's Alpha güvenilirlik testi ile yüksek bir değer elde edilmiştir.

Doğru iletişim her alanda olduğu gibi sağlık kuruluşlarının çalışma alanlarında da her adımda uygulanması gereken bir olgudur. Doğru iletişim nasıl olur? İnsanlar nasıl daha mutlu ve tatmin olmuş bir şekilde hastaneden ayrılır? Doğru iletişim, doğru sözcüklerle olur. Doğru sözcükler ancak doğru davranışlarla birleşirse anlam bulur. Peki, nedir doğru sözcük ve davranışlar? Hangi yaş grubu hastalar hangi davranış ve durumlardan rahatsız? İletişimin bozulmasına sebepler nelerdir? Hastaların eğitim durumu sağlık personeli ile olan iletişimini etkiliyor mu? Hangi unsurlar anlayışı arttırıyor? Anlayış ve ilgi noktasındaki artış iletişimi nasıl ve ne derece etkiler? Bu tez kapsamında bu ve benzeri sorulara cevaplar aranmıştır.

Her birey kendini ifade etme ve sağlık hakkına sahiptir. İnsan hakları evrenseldir. Dil, din, dış görünüş, cinsiyet vb. hiçbir ayrıma maruz bırakılmadan sağlık hakkının uygulanması, kendisiyle doğru bir iletişim kurulması gerekir. Bu tezde birçok temel kavrama açıklama getirilerek, iletişim noktasında yapılan yanlışlar ve doğrular nelerdir bilimsel olarak ele alındı.

Kullanılan dilin, üslubun, jest ve mimiklerin, ses tonunun ve sözcüklerin, tüm iletişim süreçlerinde hangilerinin ne derece önemli ve etkili olduğunu görmek için hastaların anketlere verdikleri cevaplar doğrultusunda çıkarımlar yapıldı. Bu kavramların içinin ne derece doldurulduğu ne derece doğru uygulanabildiği noktasında yine hastaların geri dönüşleri neticesinde çeşitli varsayımlar elde edildi. Bu çıkarımlar sayesinde hasta ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurabilmeye hatta tüm sosyal hayata yansiyacak olan güçlü ve etkili iletişim kurulabilme yeteneğine katkı sağlaması umulabilir.

I. BÖLÜM

1. SAĞLIĞA GENEL BAKIŞ

1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmeti

Sağlığın tanımının genişliği, dünyada kabul gören ve bilimsel olarak ne ifade ettiği, diğer birçok bilim ve disiplin ile bir arada çalışma zorunluluğu, sağlığın önemini ve uygulamadaki giriftliği artırmaktadır.

Sağlık kavramı; çok farklı şekillerde yorumlanmış ve zaman içerisinde kabul gören genel tanımları ve zihinde canlanan olgu devamlı değişiklik göstermiştir. Şu an en genel olarak kabul edilen tanım olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasasında; “Sağlık sadece hastalıklar ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir” (WHO 1947). Bu tanıma bakıldığında çok geniş bir çerçeveye görmek kaçınılmazdır. Sağlıklı olmak için insanın tüm ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik hali gerçekten çok zor bir durumdur. Çünkü insanın ihtiyaçları bitmez ve sürekli karşılanması gereken ihtiyaçlar insanda her zaman bir şeylerin eksik olduğu hissiyatına kapılmasına sebep olabilir. Bu hissiyat hasta olduğunda daha da yükselir. Tatminsizlik, alınganlık, hassaslık artar.

Sağlık kavramına özellikle sosyal yönden bakıldığında; tam bir iyilik durumunun çerçevesi çok geniş ve sınırları belirsizdir. Özele bakıldığında insana tüm sağlık sektörü düşünüldüğünde ise genel olarak bütün bir sistemin verimliliğinin en üst düzeyde tutulmasını hedefler. (Amzat 2014: 21-23)

Tüm bunlar ışığında sağlık hizmetleri ele alındığında çeşitli gruplama ve bölümlere ayrılması kaçınılmazdır. Sağlık kavramı ve sağlığın tanımlanması yönünden bazı sağlık modelleri vardır. Bunlar;

- “Bio Tıbbi Model; sağlık için, hastalık durumu veya herhangi bir bozukluk olmaması tanımını yapar.
- Davranışsal Model; sağlığa bakışı, sağlıklı bir yaşam tarzı seçmenin ve uygulamaların çıktısı olarak görür.

- Sosyo-Çevresel Model; sağlığı, teşvik tedbirleri, bireylerin ve toplumun sağlığı noktasında bazı bariyer ve çerçeve oluşturan çevresel, sosyal ve ekonomik faktörlerin bir sonucu olarak nitelendirir” (Okay 2016: 16).

Belli başlı yönleriyle sağlık konusu ele alındığında;

“Sağlık sektörü bir hizmet sektörüdür. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri ele alındığında bu hizmetlerin verilebilmesi için büyük bir özveri ve sabır gerektiğini anlamak zor değildir. Sağlığın ve sağlık kuruluşlarının önemini anlamak için tüm dünyada geçerli sağlığın tanımı nispetinde bazı özellikler vardır.

Bu özellikler şunlardır;

- Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları rasyonel değildir. (İrrasyoneldir)
- Sağlık hizmetlerinde tüketim rastlantısal olarak gerçekleşir.
- Sağlıkta sunulan hizmetleri ikame edilemez.
- Sağlık hizmetleri önceliği olan ve ertelenemeyen yapıdadır.
- Sağlık hizmetlerinin kapsam ve boyutunu hizmeti alan değil, hizmeti sunan hekim belirler.
- Sağlık hizmetlerinden elde edilen doyum ve hizmet kalitesinin önceden belirlenmesi oldukça zordur.
- Sağlık hizmetleri kamusal niteliğe sahiptir.
- Sağlık hizmet çıktıları paraya çevrilmez.
- Sağlık hizmetlerinde arz esnekliği vardır ve katıdır.
- Sağlık hizmetleri dışsaldır” (Tengilimoğlu 2004: 38).

Yukarıdaki özelliklere ek olarak sağlık hizmetlerinin diğer sosyal alanlardaki hizmetlere kıyasla bazı farklı özellikleri vardır. Bunlar;

- Bireyler tüm özel durumları ve halleri ile hekime kendilerini teslim ederler.
- Farklı hekim ve sağlık personelinin performansı birbirine denk olamayabilir.

- Hasta veya hasta yakınları ile koordinasyon ve iletişim hizmetin sunumu ve kalitesi göz önüne alındığında elzemdir.
- Sağlık hizmetleri aciliyeti bulunan hizmetlerdir. Her hasta için özel bir tedavi ve yol izlenir. (Yogesh 2013: 310)

1.1.1. Türlerine Göre Sağlık Hizmetleri

“Sağlık hizmetleri; türlerine göre bakıldığında koruyucu nitelikteki sağlık hizmetleri, tedavi edici niteliğe sahip sağlık hizmetleri, rehabilitasyon (iyileştirici) sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana grupta toplanıp değerlendirilmektedir” (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat 2009: 25).

1.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

“Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumu hastalıklar ve oluşabilecek kaza vb. rahatsızlık verici durumlardan korumak amacıyla verilen hizmetlerdir. Maliyeti en düşük, değeri en az bilinen ve genel olarak ne derece etkili olduğu büyük resme bakıldığında anlaşılabilen sağlık hizmetleridir” (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat 2009: 28).

Koruyucu sağlık hizmetleri, ülkelerin ne ölçüde gelişmiş olmalarıyla alakalı olan bir durumdur. Somunoğlu’da konu hakkında böyle bir değerlendirme yapmıştır: Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması ve yürütülmesinde genel olarak yüksek bir başarı elde eden ülkeler, sağlık sorunlarını büyük bir oradan çözmüşlerdir. Yine bu ülkelerin sağlık sistemleri özellikle iyi sinyaller vermiştir. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önemiyet verilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsayıcı olduğu ve sürekli bir şekilde yerine getirildiği bir sağlık sisteminde diğer sağlık hizmetleri üzerindeki yükün azaldığı, tedavi ve ilaç maliyetlerinin azaldığı, daha sağlıklı ve refah seviyesi yüksek bir toplumun oluştuğu söylenebilir (Somunoğlu 2012: 42).

1.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

“Sağlık hizmet ihtiyacının koruyucu hizmetlerle sağlanması arzulan bir durum olmakla birlikte ancak bir ütopyadır. Koruyucu sağlık hizmeti ne kadar geniş ve mükemmel yakın bir şekilde uygulansa dahi illaki hastalıklar ortaya çıkacak,

yaralanmalar vuku bulacaktır. Bunun sonucunda devreye giren sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmetleridir.” (Aydoğan 2015: 78).

Yitirilen sağliğın yeniden ifası adına faaliyet gsteren, maddi ynden cok daha buyuk imkanlar gerektiren, hastane ve sağlık denilince ilk akla gelen ve en goz onunde olan hizmet turudur. Bu yonuyle en cok olumlu ve olumsuz elestiri alan alandır. (Ozensel 2004: 78).

“Tedavi edici sağlık hizmetleri, uygulama ağrılıklıdır. Bu amaç doğrultusunda en uygun tedavinin sağlanabilmesi iwin; Aile hekimlikleri, Devlet hastaneleri, Ozel hastaneler, Universite, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve her turli sağlık hizmeti veren merkezleri iwin alacak şekilde tum sağlık kurum ve kuruluşlar hizmet verir” (Sabuncuoğlu 2008: 44).

1.1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri uygulandıktan sonra arzu edilen sonuē, hastalıktan kurtulma ve bireyin sağliğına kavuşup rutin yaşantısına geri donmesidir. Ancak istenilen netice her zaman gercekleşmeyebilir ve hastalıktan bazı eserler kalabilir. Bu kalan eserler veya vucut ve organ butunlugunu bozan rahatsızlıklar uzun sureli ve ayri bir uzmanlık gerektiren yenileme, canlandırma olarak bir suretir.

“Bu sureē dāhilinde ve sureē sonlandığında sağliğını yitiren kişilerin, buldukları durum goz onune alındığında en yuksek bir kalitede hayatlarını surdurebilmeleri, sosyal hayatlarına olabilecek en iyi şekilde tekrar donmelerini sağlamayı amaēlamaktadır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri bireylerin sağlık durumlarına gore iki şekilde sınıflandırılabilir. Konu hakkında Somunoğlu’ nun goruşleri işiğında hem yataklı hem de yataksız hizmet sunan rehabilite hizmetleri sunan merkezler, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak uzere iki kısımda incelenir. Tıbbi rehabilite edici hizmetler fiziksel ynden oluşan sakatlık durumlarının giderilmesine yonelik iken, protez, fiziki destekleyiciler, işitme cihazları gibi sunulan hizmetler akla gelmektedir. Bu cihaz ve donanımlar sayesinde kişilerin eski sağlıklarına donmelerini ve bedensel fonksiyonlarının tekrar kazanılması sağlanabilmektedir. Sosyal ynden rehabilite edici hizmetler ise, bireylerin tekrar topluma kazandırılmasını kolaylaştırmak amacıyla iwinde bulunan duruma en iyi, en kolay ve en hızlı bir şekilde uyum sağlayabilmeleri iwin sunulan adaptasyon ve

alışma süreçlerini ele alır. Yeni bir iş bulma veya eski işe uyum, öğrenme ve desteklenme süreçleri de sosyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamındadır.” (Aydoğan 2015: 79-80).

1.1.1.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık sektörünün, sağlık hizmetlerinin bilimsel veri ve teknolojik gelişmeler ile paralel oranda gerçekleşen bir gelişme seyrinde olduğu açıktır. Bu gelişim sürekli yenilenmeyi, bölgesel ve küresel ölçekte çalışmalar yapmayı zorunlu kılmaktadır. Virüs ve hastalıkların sürekli çeşitlilik göstermesi, insan sağlığını etkileyici birçok gıda ve endüstriyel dönüşüm göz önüne alındığında sağlık sektörünün de dinamik bir yapıya sahip olması gerekir. İşte bu dinamik yapının sağlanabilmesi ancak sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile mümkün olabilir.

“Sağlığın geliştirilmesinin; DSÖ’ nün tanımı doğrultusunda tam bir iyilik hali olmasının yanı sıra, spor yapan, sağlıklı beslenen, temizlik ve hijyene özene gösteren bir toplum oluşturulması bakımından çok büyük bir önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü faaliyetleri ele alındığında;

- Sağlık Okuryazarlığın Arttırılması
- Dijital Oyun Bağımlılığının Azaltılması
- Anne Adaylarının Bilgilendirilmesi
- Çocuk ve Gençlerin Zararlı Alışkanlıklardan Korunması vb.

Hizmetlerin toplumun bilinçlenmesi ve sağlığın geliştirtmesi adına sunulduğu görülmektedir” (Sağlık Bakanlığı 2020).

1.1.2. Sağlık Hizmetleri Basamakları

Sağlık hizmetlerinin çok farklı sınıflandırma ve yapısal anlamda derin kategorileşme mevcuttur. Bu sınıflandırmalardan niteliğine ve tedavi sunum çeşitlerine göre bakıldığında sağlık hizmetleri üç sınıfta değerlendirilir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun “Hizmet basamaklı ve sevk zinciri” başlıklı 70. Maddesinde; “Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı

tarafından basamaklandırılır.” (5510 sayılı kanun 2006) Bu basamaklandırmalar bakılacak olursa;

1.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık kuruluşları ilgili mevzuatında tanımlanan, hastaların ayaktan veya yatarak teşhis ve tedavilerinin yapıldığı sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri 2019 yılında yayınlanan Dr. Fahrettin Koca imzalı genelge ile aşağıdaki kurumlar tarafından verilmektedir.

- ✓ “Ayakta Teşhis ve Tedavi Sunan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik” kapsamında hizmet veren özel poliklinikler,
- ✓ Kurum tabiplikleri,
- ✓ TSM (Toplum Sağlığı Merkezleri),
- ✓ Aile Hekimlikleri,
- ✓ Bünyesinde birinci basamak sağlık hizmeti veren ilçe sağlık müdürlükleri,
- ✓ ASM (Aile Sağlığı Merkezi),
- ✓ Halk Sağlığı Laboratuvarı (L1 ve L2),
- ✓ Entegre İlçe Devlet Hastaneleri (E2, E3)
- ✓ “Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler,
- ✓ 112 Sağlık Hizmet birimleri,
- ✓ Belediyelere ait poliklinikler,
- ✓ Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti veren Özel Diş Poliklinikleri,
- ✓ Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler,
- ✓ Muayenehaneler,
- ✓ 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında faaliyet gösteren eczaneler,
- ✓ İşyeri Hekimlikleri,
- ✓ Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleridir” (Koca 2019: 44).

1.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık kurumları, mevzuatında tanımlanan ayaktan veya yataklı, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon uygulanan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sunulduğu kurum ve kuruluşlar;

- ✓ “Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- ✓ Entegre İlçe Hastaneleri (E1),
- ✓ Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH),
- ✓ Sağlık bakanlığına bağlı Ağız ve Diş Sağlığı merkezleri (ADSM),
- ✓ Kamu kurumlarına ait olup Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- ✓ “Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne göre ruhsat almış özel hastaneler,
- ✓ Diyaliz merkezleri,
- ✓ Üremeye yardımcı tedavi merkezleri,
- ✓ Hiperbarik oksijen tedavi merkezleri,
- ✓ Tıbbi Laboratuvar Merkezleri,
- ✓ İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri (Gebe okulu, Çocuk ergen madde bağımlılığı tedavi merkezi, Obezite Merkezi, Toplum Ruh Sağlığı merkezi vb.)” (Koca 2019: 45).

1.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

“Üçüncü basamak sağlık kurumları, ilgili mevzuatında tanımlanan ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için ileri teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verileceği altyapıya sahip sağlık kurumları tarafından verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin verildiği kurumlar;

- ✓ Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri,
- ✓ Devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler,
- ✓ Bakanlık tarafından açılışında ilgili mevzuat çerçevesinde şartları taşıyan; Bağımlılık rehabilitasyon merkezi, çocuk izlem merkezi, toplum ruh sağlığı merkezi, gebe okulu vb. birimler bağlı birim olarak

üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlara eklenebilir” (Koca 2019: 46).

1.2. Bir Sistem Olarak Sağlık

Sağlık hizmetlerinin bir sistem içerisinde sunulması ve organizasyon gerektiren bir yapıda olmasının insan için önemi aşikârdır. Sağlık sistemi; birçok fonksiyonel uygulama alanlarına bölünmüş, elle tutulamayan, önceden belirlenemeyen, biriktirilemeyen ve her türlü senaryoya hazırlıklı olunması gereken sınırsız sayıda sorunun, sınırlı kaynaklar ve zaman içerisinde çözülmesi ve hasta ile hasta yakınlarında memnuniyet ve tatminkârlık oluşturma süreçlerinin tümüdür.

Bu süreçler doğrultusunda sistemi oluşturan yapılar ve uygulama alanları sıralanırsa;

- Tıbbi Uygulama Birimleri
- Hasta Bakım Birimleri
- İdari Birimler
- Mali Birim ve Fonksiyonlar
- Teknik Birim ve Uygulamalar
- Otelcilik Hizmetleri
- Eğitim Fonksiyonları
- Araştırma-Geliştirme Faaliyetleri
- Sosyal Uygulamalar
- Koruyucu Hekimlik Uygulamaları

Çok büyük bir evreni ve devasa bir oluşumun fonksiyonları olan yukarıdaki maddeler sadece bir hastanede dahi tümüyle yer alması gereken ve koordineli bir şekilde yürütülmesi gereken hizmet birimleridir.

Sağlık sisteminin ilk ve en önemli görevi sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır. Sağlıkta çalışan insan gücü ve çalışma ortamlarının temini, eğitimi, finansmanı, mevzuatı ve süreç politikaları gibi birçok konuyu içine alan çok geniş bir kavramı ifade eder. Sağlık sistemi her insanın ortak ihtiyacı olduğu için sosyal sistemler dâhilinde ele alınır. Çok karmaşık yapı ve hiyerarşik oluşumu bulunan sağlık sistemi, sosyal sistemlerin en karmaşık olanıdır (Kavuncubaşı 2012: 74).

1.3. İnsan Hakkı Olarak Sağlık

Sağlık kavramını genel olarak incelediğinde her insanın en doğal haklarından bir hak olan sağlık hakkına da değinmek gerekir. Sağlık hakkı, her birey için ayırım yapılmadan gerekli fiziki şartlar da sağlanarak uygulanmalıdır. Sağlık hakkına anayasa ve uluslararası anlaşmalarda yer verilmiştir. Ülkemizdeki anayasada da sağlık hakkı bulunmaktadır. T.C. Anayasası 56. Maddesinde sağlık hakkı için aynen şu şekilde ifadeler yer verilmiştir.

“Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması

MADDE 56- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” (TBMM 2012).

İnsan ihtiyaçlarının karşılanması, oluşan kaza vb. durumlara müdahale edilmesi, yaşlanma etkilerinin ortadan kaldırılması, mutlu bir aile ve sosyal çevreye sahip olma gibi neredeyse sonsuz hatta iktisat teorilerine göre sınırsız olan insan ihtiyaçlarının karşılanması neredeyse imkânsızdır. Zaten hayatta mükemmele ulaşmak, safi net bir şekilde en iyi, en rahat yaşamak diye bir durum ancak ütopyadır. Önemli olan tüm bu zorluklarla, oluşan kaza ve hastalıklarla başa çıkabilme yeteneğidir. Bunlarla başa çıkabilmek için insanlık tarihi boyunca çözümler aranmış, tıp, bilim, teknoloji sürekli gelişmiş ve yeni yollar bulunmuştur. Sağlıklı olmak, sağlıklı kalabilmek için iyi ve temiz bir çevrede yaşamak her insanın ihtiyacı olan ötelenemez bir gerçektir.

1.4. Kurum ve Kuruluş Olarak Sağlık

Sağlık kurumu/kuruluşu genel olarak gelişen tıp, bilim ve teknolojinin tüm imkânlarının kullanıldığı hizmet tesisleridir.

“Kurum kavramı, iki değişik anlamda kullanılabilir. Birincisi bir yapı, iskelet, önceden planlanmış ilişkiler topluluğu anlamına gelen kurumdur. İkinci anlamda ise, bu yapının oluşturulması sürecini, bir dizi faaliyeti, kurumlaşmayı ifade eder. Hatta bazen kurum kavramına bin üçüncü anlamda verilmektedir. Bu anlamda kurum, toplamdaki diğer varlıkları arasında bir sosyal sisteme verilen isimdir” (Fidan 2005: 102).

İnsan sağlığını korumak amaçlı birçok sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Tüm dünya düşünöldüğünde sağlık kuruluşlarının sayısı aşırı çeşitlilik göstermektedir. En güncel hali düşünöldüğünde ölkemizdeki sağlık kurum ve kuruluşları;

- “Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH)
- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM)
- Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)
- Devlet Hastaneleri
- Diyaliz Merkezleri
- Evde Bakım Merkezleri
- Gezici İSG Hizmetleri Veren Merkezler
- Göçmen Sağlığı Merkezleri
- Halk Sağlığı Laboratuvarları
- Hudut Sahiller SGM
- İlçe Sağlık Müdürlükleri
- İşitme Cihazları Satış ve Uygulama Hizmetleri
- Kan Merkezleri
- Optisyenlik Müesseseleri
- Organ ve Doku Nakil Merkezleri
- Özel Hastaneler
- Özel Teşhis ve Tedavi Merkezleri
- Psikoteknik Merkezleri
- Sağlıklı Beslenme ve Obezite Danışma Birimi (Diyetisyen)
- Tıbbi Cihaz Satış Merkezleri
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
- Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)
- Üniversite Hastaneleri

- Üreme Sağlığı Birimi
- Verem Savaş Dispanseri.”

Bu araştırma ve anket Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesinde yapıldığı için sağlık kuruluşu kavramını ADSH' ler ve ADSH sağlık personeli üzerine bilgi verilerek araştırma kapsamı içindeki sağlık kuruluşu ve sağlık personeli detaylandırılacaktır.

1.4.1. Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH)

Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri ikinci basamak sağlık hizmetleri sınıfına girmektedir. ADSH'ler ADSM yönetmeliği doğrultusunda işleyen ve bünyesinde ameliyat yapabildiği ve yatarak tedavi imkânı sunduğunda hastaneye dönüşerek ADSH olurlar.

Resmî gazetede yayınlanan yönetmelik ile ADSM'ler tıbbi hizmet standartları aşağıda verildiği şekilde düzenlenmiştir.

A tipi ADSM'lerde zorunlu tıbbi hizmet birimleri

“**MADDE 11** – (1) A tipi ADSM'lerde aşağıda belirtilen nitelikleri haiz bölümler bulunur:

a) En az yirmibeş metrekare büyüklüğünde rahat kullanıma uygun şekilde döşenmiş hasta bekleme salonu bulunur. Orta koridor bekleme amaçlı kullanılacak ise genişliği asgari üç metre olur.

b) Her ünit için asgari 12 metrekare yüzölçümünde ayrı düzenlenmiş yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan poliklinik odası bulunur. Oda içinde diş üniti, alet dolabı, gerekli teçhizat ve lavabo bulunur. Kompresör aynı odada ise kompresörün ses izolasyonu yapılır ve dışarıya ses vermez. Temiz ve pis su tesisatı bulunur ve bu tesisat görünür ve hareketi engelleyici olamaz. Diş malzemelerinin muhafaza edilebilmesi için dolaplar kapaklı olur.

c) A tipi ADSM'lerde genel anestezi müdahale ünitesi bulunması zorunludur.

1) Genel anestezi müdahale ünitesinde yarı steril, steril ve tam steril alanlar oluşturulur. Genel anestezi müdahale salonu ve yan hacimlerinin

bulunduğu steril alanlarında, pencere ve kapılar dış ortama açılmaz ve bu alanlarda tuvalet bulunmaz.

2) Steril koridorda en az bir adet genel anestezi müdahale salonu, hasta odası özelliklerinde uyandırma (postoperatif) ve hazırlama (preoperatif) odası bulunur. Genel anestezi müdahale salonlarının her birinde sadece bir ameliyat masası bulunur.

3) Genel anestezi müdahale ünitesi steril koridorunda el yıkama lavabosu bulunur.

4) Genel anestezi müdahale ünitesi duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemeler kullanılarak yapılır.

5) Genel anestezi müdahale ünitesi sterilizasyon şartlarını taşıyır ve genel anestezi müdahale salonları tam steril alanlardır. Genel anestezi müdahale salonlarında toz ve mikrop barındıracak girinti-çıkıntı olmaz. Genel anestezi müdahale salonlarının kullanım alanı en az otuz metrekare, kısa kenarı en az beş metredir, net kullanım alanı içinde kolon ve benzeri hareket kısıtlılığına sebep verecek yapılaşma ile çalışma ekibinin hareket kısıtlılığına ve sirkülasyonuna engel bir durum olmaması gerekir.

6) Genel anestezi müdahale salonlarının her noktasında taban-tavan arası net yüksekliğinin havalandırma kanalları ve hepafiltreler hariç asma tavan altı net yükseklik en az üç metre ve genel anestezi müdahale ünitesi kısmında bulunan koridor genişliğinin en az iki metre olması gerekir.

7) Personel giyinme odaları erkek ve kadın için ayrı olmak üzere içlerinde tuvalet-duş mahalleri olan kirli koridordan girip steril koridora açılacak şekilde düzenlenir. Personel giyinme odaları yarı steril alanda bulunur.

8) Genel anestezi müdahale salonunun, hepafiltreli hijyenik klima sistemi ile iklimlendirilmesi ve havalandırılması gerekir.

9) Genel anestezi müdahale salonlarının içinde sabit dolap bulunmakta ise gömme ya da tavana kadar birleştirilmiş ve üzerinde toz barındırmayacak niteliktedir.

10) Sterilizasyon ünitesinde kirli malzeme girişi-yıkama bölümü, ön hazırlık-paketleme bölümü ve sterilizasyon işlemi-steril malzeme çıkış bölümleri bulunan

merkezî sterilizasyon ünitesi bulunur. Kirli alanlar ile temiz alanlar arasında sadece malzeme geçişi olması ve bu iki alanın çift yönlü otoklav ile bölünmesi gerekir. Tek yönlü otoklavın kullanıldığı durumlarda cihaz temiz bölümde bulunmak zorundadır. Sterilizasyon ünitesi hem genel anestezi müdahale salonu steril koridoru hem de genel koridor ile bağlantılı olur. Kirli bölümüne genel koridordan giriş-çıkış; temiz bölümüne de steril koridordan giriş-çıkış olması gerekir. Ancak, merkezi sterilizasyon ünitesi; steril malzeme transferinin sterilizasyonu bozmayacak şekilde planlanması durumunda ameliyathaneden bağlantısız olabilir. Sterilizasyon ünitesinin oluşturulmaması halinde sterilizasyon hizmeti, hizmet alımı yoluyla karşılanır.

ç) Hasta ve yakınlarının dolanım alanlarından izole edilmiş arşiv ve büro mahalli bulunur.

d) Çalışan bütün personel için binanın durumuna ve çalışan sayısına göre yeterli miktarda erkek ve kadın için ayrı ayrı olmak üzere soyunma-giyinme yerleri ile tuvalet ve lavabo bulunur. Çalışan personel için dinlenme odası oluşturulur.

e) Bekleme salonuna koridorla bağlantılı, içerisinde el yıkama bölümü ve gerekli hijyen şartlarını sağlayacak malzemeler bulunan ve kapısı dışarı doğru açılan erkek ve kadın tuvaleti bulundurulur. Engellilerin kullanımına uygun en az bir tuvalet düzenlenir.

f) Radyasyondan korunmaya yönelik gerekli önlemlerin alındığı; periapikal röntgen cihazı için en az 6 metrekare genişliğinde; panoramik röntgen cihazı için 9 metrekare genişliğinde röntgen odası bulunur.

g) Tüm oda ve birimlere ait kapılarında, söz konusu oda veya birimin ne amaçla kullanıldığını bildirir tabela bulunur.

ğ) ADSM'nin hasta kullanım alanlarının zemini kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir bir malzeme ile kaplanır.

h) ADSM'de teşhis ve tedavi edilenler ile çalışanlar için hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına dair ilgili mevzuatta belirtilen tedbirler alınır.” (S. 29256 2015).

Ağız ve diş sağlığı mevzu bahis olunca akla sadece diş sağlığı gelmemelidir. Ağız içerisindeki tükürük bezleri, yüz ve çiğneme kasları, ağız mukozası, diş eti ve buna bağlı çevre dokuları, alt ve üst damaklar ile diğer tüm yapılar ağız ve diş sağlığının bölümlerini oluşturmaktadır. Bunların bir bütün olarak sağlıklı olması, ağız ve diş sağlığının sağlanmasında gereklidir. Sindirimin başladığı yer olan ağzımızın temel fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için tüm bu yapılar sağlıklı bir şekilde çalışmalıdır. Hastaların geneli ağız ve diş sağlığı konusunda çok hassastırlar. Çünkü yaşam kalitesini çok hızlı bir şekilde etkileyen sağlık sorunlarının başında ağız ve diş sağlığı gelir. (Kuzu 2019: 63).

Son derece önemli olan bu hizmeti vermek için sağlam bir fiziki altyapı, sağlam ve devrinin teknolojik özelliklerine sahip ekipmanlar ve en önemlisi alanında uzman ve kaliteli bir çalışma ekibi şarttır. ADSH'ler tüm şartları ekonomik imkânlar el verdiğince sağlamaya çalışmış, her şeyin en iyisine layık olan Türk halkına hizmet için kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır.

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	128	4.337	-	-	78	844	206	5.181
Diş Hastanesi	22	1.610	-	-	3	87	25	1.697
Diş Eğitim Hastanesi	1	96	44	5.263	-	-	45	5.359
Diş Polikliniği (Hastane)	846	3.479	14	115	223	471	1.083	4.065
Diş Polikliniği	-	-	-	-	1.654	6.582	1.654	6.582
Toplam	997	9.522	58	5.378	1.958	7.984	3.013	22.884

Kaynak: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

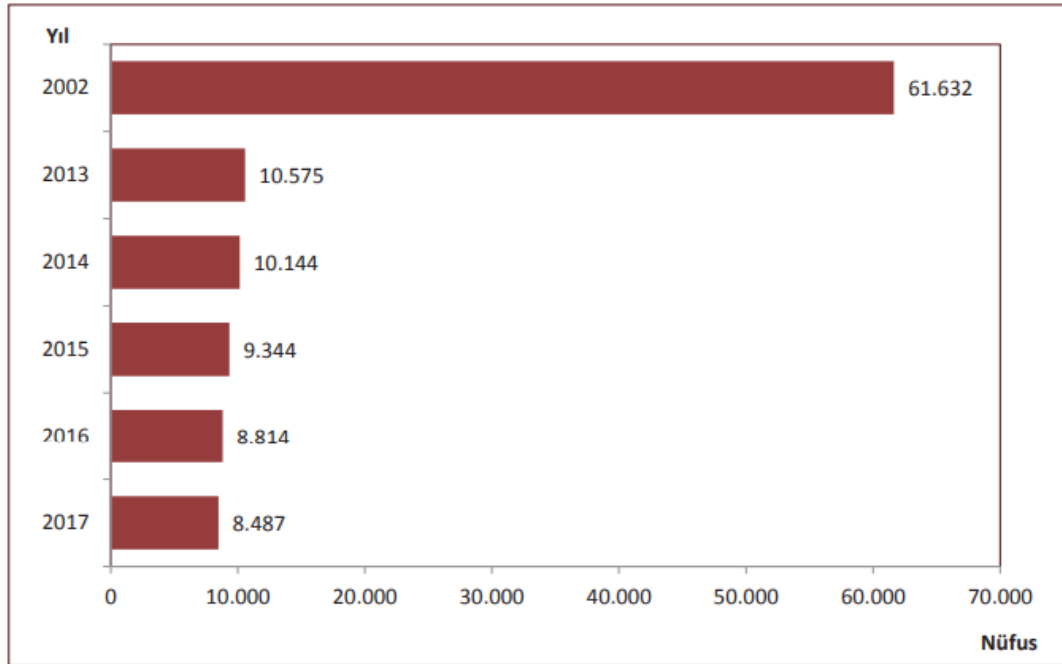
Not: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanelere ait Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ile Diş Tedavi Protez Merkezlerine ait veriler Diş Polikliniği (Hastane) içerisinde gösterilmiştir.

Şekil 1. Sektörlere Göre Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar,
2017

Kaynak: (Sağlık İstatistik Yıllıkları 2017)

Türkiye’de SB, üniversiteler ve özel diş hastane, poliklinik ve merkezler olarak toplam diş üniteleri sayısı 2017 yılı rakamlarına göre 22,884’tür (Şekil 1.) Günden güne daha da gelişip hem sayı hem nitelik olarak bir gelişim içindedir. Gelişen teknolojinin tüm imkânları tüm hastanelerimizde olduğu gibi diş alanında hizmet veren tüm kurum ve kuruluşlarımızda da kendini gösteriyor.

Diş üniteleri son yıllarda gerçekten iyi bir artış göstermiştir. 2002 yılı itibariyle, diş üniteleri başına düşen hasta sayısı 61.632 elde edilmişken, 2017 yılı verilerine göre ise bu sayı 8.487 ye kadar inmiştir ve inmeye de devam ettiği gözlemlenmektedir (Şekil 2.). Bu halkımızın sağlık hizmetlerine olan bakışını ve memnuniyetini de yukarılara çekmiştir. Teknolojik imkânlar arttıkça sağlık personeli ve hasta arasındaki iletişimde rahatlama olmuş ve hızlı cihazlar işleri daha da hızlandırmış hem personel hem de hastalar bu konuda elbette mutludurlar. Çünkü doğru iletişim için kısa da olsa zamana ihtiyaç vardır. Halden anlama, karşısındaki ile duygudaşlık kurulabilmesi ve doğru sözcüklerin seçilmesi de vakit alan bir süreçtir.



Kaynak: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şekil 2. Diş Üniteleri Başına Düşen Kişi Sayıları, Sağlık Bakanlığı

Kaynak: (Sağlık İstatistik Yıllıkları 2017)

Ağız ve Diş Sağlığı hastaneleri Türkiye’de hali hazırda geniş bir ağı sahiptir. Diş fakülteleri, özel diş poliklinikleri ile birlikte halkımıza hizmet vermektedirler. Hali hazırda ki ağız ve diş sağlığı hastaneleri ne derece yeterlidir bu elbette ayrı bir tez konusu olarak çalışılabilir. Bu tez kapsamında Sivas ili örneğinde hasta iletişim süreçleri üzerinden hasta memnuniyetini, diş tabibi ve sağlık personeli durumunu, hastane fiziki yapısı vb. konularda aslında anket sorularında hiç geçmemesine rağmen dolaylı yoldan fikir sahibi olunabilir. Yüz yüze gerçekleştirilen anketin en büyük avantajlarından biri de hastaların içinde buldukları durumları gözleme, onların sıkıntılarını kendi sözcükleriyle duyma fırsatı sağlamasıdır. Öyle ki hastaların ruh hallerine göre değişiklik göstermekle birlikte genel ifadelerle durumlarını izah ederken, arada kullandıkları bazı kelimeler onların memnuniyet seviyelerinin ölçülmesi açısından çok verimlidir.

ADSH’ler sadece diş ile ilgili değil, tüm ağız sağlığı üzerine hizmet vermektedir. Çene rahatsızlıkları, diş eti ve dişe bağlı her türlü rahatsızlıkla da doğrudan ve dolaylı olarak hizmet vermektedir. Sindirimin başladığı ilk organ olan ağız sağlığı bozulursa, önce sindirim sistemi sonra da tüm vücut bundan etkilenecektir.

1.4.2. ADSH Personeli ve Görev Tanımları

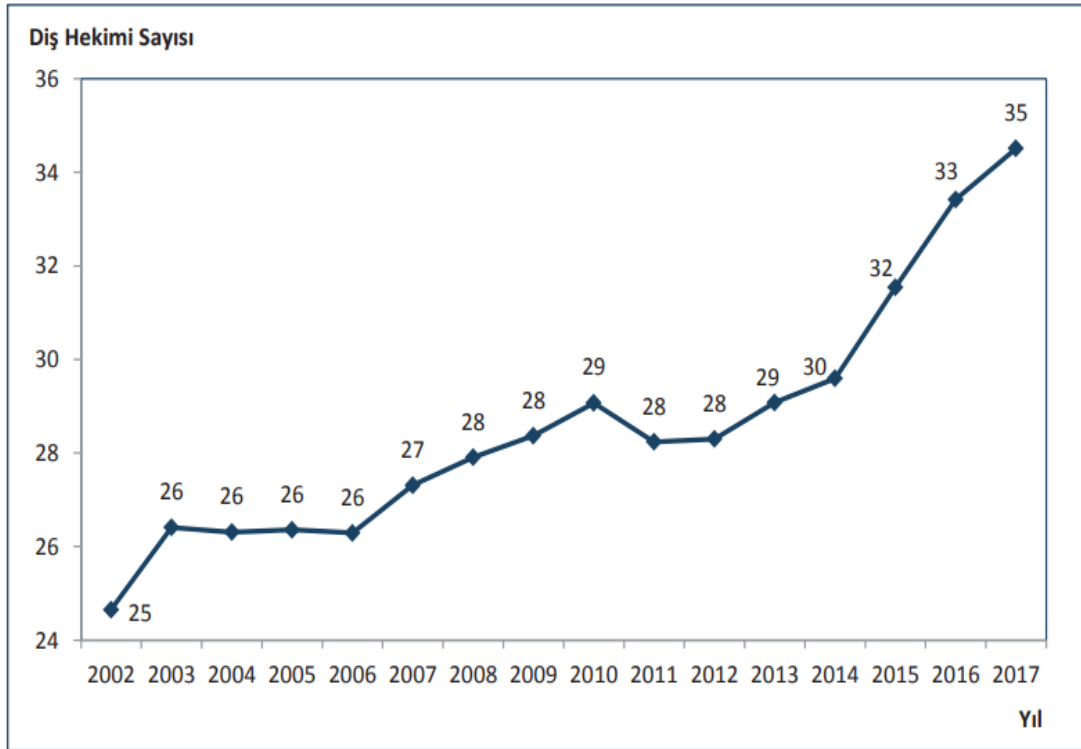
ADSH personeli genel sağlık hizmetlerine nazaran daha az çeşitlilikte meslek gruplarının çalıştığı kurumlardır. Diş hekimi, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi görüntüleme (radyoloji) teknikeri, tıbbi sekreter ve hemşire gibi hali hazırda ki görev tanımları ve sunulan hizmetler düşünüldüğünde genel ve en etkili olan çalışma gruplarının görevleri aşağıda kanun ve yönetmelikler kapsamında tanımlanmıştır.

1.4.2.1. Diş Hekimi

Dünyada yaklaşık 5000 yıl önce rastlanan diş hekimliği uygulamaları 18. Yüzyıl itibariyle, Pierre Fauchard’ın mücadelesiyle tıptan ayrı olarak, bağımsız bir meslek olmuştur. “Le ChirurgienDentiste” diş hekimliği konularını ele alan Pierre Fauchard modern diş hekimliğinin başlatıcısı kabul edilmektedir. Dünyanın ilk diş

hekimliği okulu olan “Baltimore College of Dentistry” 19. yzyılda Amerika Birleşik Devletleri’nde kurulmuştur (Karaoğlan 2001: 18-21).

“Diş tabibi, insan sağlığına ilişkin olarak, dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir. Diş tabipliğinin herhangi bir dalında münhasıran uzman olmak ve o unvanı ilan edebilmek için diş hekimliği fakültelerinden veya Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim kurumlarından alınmış bir uzmanlık belgesine sahip olmak şarttır.”

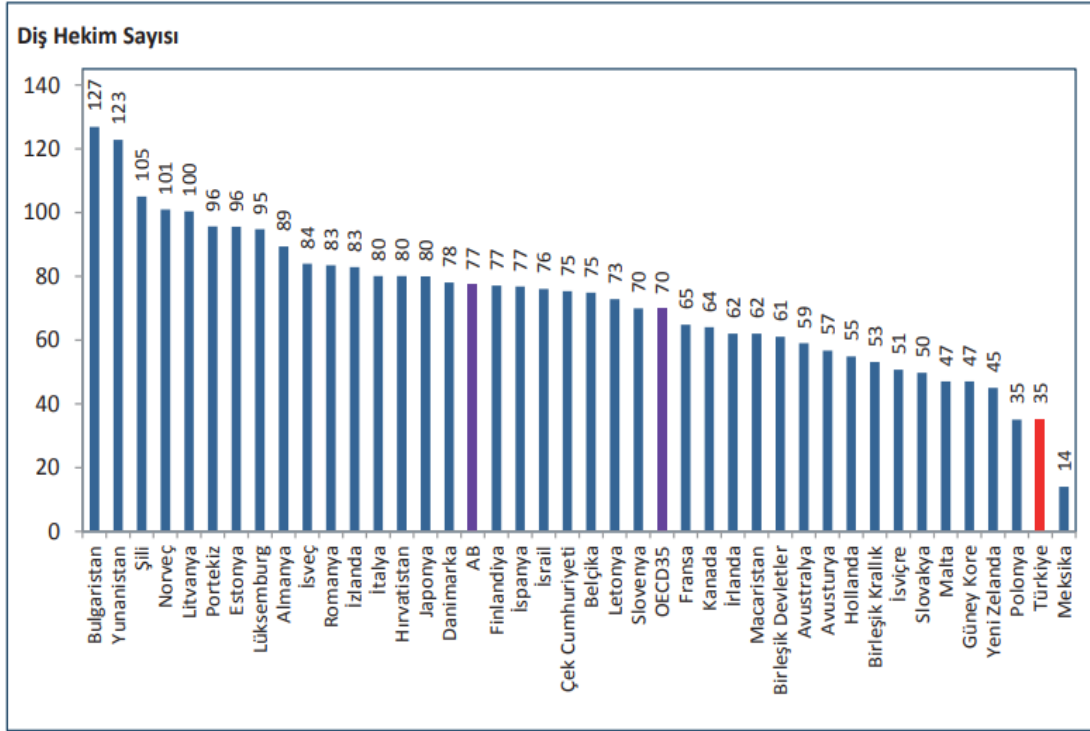


şekil 3.Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı

Kaynak: (Sağlık İstatistik Yıllıkları 2017)

Ülkemizdeki diş hekimisi sayısında son yıllarda genel tüm sağlık kurum ve kuruluş sayılarına paralel olarak bir artış gözlenmiştir. şekil 3’e bakıldığında; 2002 yılında 100 bin kişiye düşen diş hekimisi sayısı 25 iken, bu rakam 2017 yılına geldiğinde 35’e ulaşmıştır. Bu verilen hizmet açasından sevindirici olmakla birlikte

Şekil 4 göz önüne alındığında Türkiye'nin OECD ve AB ülkeleri ortalamasının bir hayli geride olduğu da görülmektedir.



Şekil 4.100.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2016

Kaynak: (Sağlık İstatistik Yıllıkları 2017)

Diş hekimlerinin görev ve sorumlulukları;

Diş hekimleri ve uzmanlar

“MADDE 15 – (1) Diş hekimleri ve uzmanlar, adlarına çalışma belgesi düzenlenerek poliklinik veya ADSM’de sözleşmeyle çalışabilir.

(2) Diş hekimisi/uzmanın çalışma belgesinin, poliklinik odasında hastaların rahatlıkla görebileceği bir yere asılması gerekir.

(3) Her diş hekimisi için ayrı bir poliklinik odası düzenlenir. Ancak, muayenehane hariç sağlık kuruluşunda bir poliklinik odasında çalışma süreleri belirlenmek kaydıyla birden fazla diş hekiminin çalışmasına izin verilebilir.

(4) Poliklinik veya ADSM’de çalışan diş hekimleri ve uzmanlar;

a) Hastasına ait muayene, teşhis ve tedavi işlemlerini Bakanlıkça belirlenen esaslara uygun şekilde kaydetmekten,

b) Hastalara uyguladığı tıbbi işlemlerin sonuçlarından,

c) Sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere, gördükleri bütün aksaklıkları mesul müdüre bildirmekten, sorumludur” (Resmi Gazete 2015).

1.4.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri

“Ağız ve diş sağlığı teknikeri; ön lisans seviyesindeki ağız ve diş sağlığı programından mezun; hasta muayenesinde diş tabibine yardımcı olan, tedavi malzemelerinin hazırlanması ve kullanıma hazır halde tutulmasını sağlayan sağlık teknikeridir.” (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219-20141119.pdf>).

Ağız ve diş sağlığı teknikeri görev ve sorumlulukları;

Ağız ve diş sağlığı teknikeri

“a) Diş ünitelerini muayene ve diğer işlemlere hazır hale getirir, kullanılan malzemelerin ön yıkamasını, yüzey dezenfeksiyonunu ve sterilizasyonunu yapar.

b) Hasta muayenesinde hekime yardımcı olur.

c) Hekimin uygulayacağı tedavi şekline göre gerekli malzemeleri temin eder, hazırlar, tedavi işlemleri esnasında tedaviyi yürüten hekime yardım eder.

ç) Klinikteki tedavi ve sarf malzemelerinin tedarik ve kontrolünde görev alır.

d) Koruyucu diş hekimliği uygulamalarında diş hekimine yardımcı olur.”

Sivas ADSH’de çalışan klinik destek personeli, ağız ve diş sağlığı teknikerleriyle aynı görevi yapmaktadır. Her iki grupta diş kliniklerinde diş hekimlerinin yanında yukarıdaki işleri yapmaktadırlar. Dolayısıyla anketimizde değerlendirdiğimiz Klinik Destek Personeli kategorisine Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerleri de girmektedir.

1.4.2.3. Tıbbi Görüntüleme (Radyoloji) Teknikeri

“Tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri; sağlık meslek liselerinin ve ön lisans seviyesindeki tıbbi görüntüleme programlarından mezun; tıbbi görüntüleme

yöntemleri ile görüntü elde eden ve kullanıma hazır hale getiren sağlık teknisyeni/teknikeridir.” (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219-20141119.pdf>).

Röntgen ünitesinin görevleri;

Röntgen hizmetleri

“MADDE 22 – (1) Diş hekimleri tarafından hastalarının teşhisinde kullanılacak olan röntgen cihazları için 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun hükümleri uygulanır.

(2) A tipi ADSM’lerde kendi hastaları dışındaki hastalara hizmet verilmesi amacıyla radyoloji veya ağız-diş ve çene radyolojisi uzmanı istihdam edilmek suretiyle radyoloji ünitesi kurulabilir. Bu durumda 3153 sayılı Kanun kapsamında Bakanlıktan ruhsat alınması zorunludur.” (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150203-3.htm>).

1.4.2.4. Diş Protez Teknikeri

“Diş protez teknikeri; ön lisans seviyesindeki diş protez programından mezun; diş tabibi tarafından alınan ölçü üzerine, çene ve yüz protezlerini, ortodontik cihazları yapan ve onaran sağlık teknikeridir” (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219-20141119.pdf>).

Diş protez ünitesinin görevleri;

Diş protez laboratuvarı hizmetleri

“MADDE 21 – (1) A tipi ADSM’ler kendi hastalarına hizmet vermek kaydıyla bünyelerinde 7/12/2005 tarihli ve 26016 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliğine uygun diş protez laboratuvarı açabilirler. Bu durumda en az bir diş protez teknisyeni/teknikeri bulundurulması gerekir.

(2) Bu Yönetmelik kapsamındaki ADSM hariç diğer sağlık kuruluşlarında diş protez teknisyeni/teknikeri istihdam edilemez.

(3) Hizmet satın alınması durumunda hastanın tüm işlemleri sağlık kuruluşları bünyesinde yapılır. Diş protez laboratuvarı hiçbir şekilde hastayla irtibat kuramaz.

(4) Diş protez hizmetinin hizmet alımı yoluyla gördürülmesi halinde, hizmeti alan sağlık kuruluşu ile hizmeti veren diş protez laboratuvarı, bu uygulamadan ve sonuçlarından müştereken sorumludur.” (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150203-3.htm>).

1.4.2.5. Tıbbi Sekreter

Tıbbi sekreterler hastanede genel olarak kayıt, iletişim ve evrak işleri denilebilecek görevleri icra ederler.

Tıbbi sekretlerin görevleri;

“a) Sağlık kurum ve kuruluşlarında, sağlık hizmet sunumunun devamlılığı esası ile tıbbi iş ve işlemlerin gerektirdiği haberleşme ve yazışma hizmetlerini yürütür.

b) Sağlık kurum ve kuruluşlarında randevu hizmetlerini ve hasta kabul işlemlerini yapar.

c) Hastaya ait tıbbi ve idari kayıtları tutar, elektronik ve/veya sesli ortamlara kayıt edilen tıbbi verileri tıbbi belgelere dönüştürür.

ç) Hasta dosyalarını ve gerekli görülen diğer belge ve raporları dosyalar, arşivleme ve hizmete sunma işlemlerini yürütür.

d) Belirlenen sınıflandırma ve kodlama sistemlerine göre klinik kodlama işlemlerini yapar.

e) Tıbbi istatistikler ile ilgili verileri derleyerek sonuçlarını üst yönetime raporlar.

f) Hasta dosyaları arşivinin kurulum ve işleyişinde görev alır.

g) Hasta dosyalarındaki eksikliklerin giderilmesini sağlar.

ğ) Hastanın taburcu ve transfer işlemlerini yapar, kurumlar arası iletişimi sağlar.” (Resmi Gazete 2015)

1.4.2.6. Hemşire ve Hemşirelik Hizmetleri

ADSH’lerde hemşirelerin görevleri, genel hizmet veren sağlık kurumlarına kıyasla çok sınırlıdır. Hemşirelik hizmetleri, hemşirelik yönetmeliği kapsamı ele alınarak aşağıda değinilmiştir.

Hemşirelik hizmetleri ve kapsamı

“MADDE 5 – (1) Hemşirelik hizmetleri aşağıdaki hususları kapsar:

a) Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, iş birliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,

b) Mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı,

c) Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini.

Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 6 – (1) Hemşireler;

a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir. ...” (Resmi Gazete 2010).

1.4.3. Sivas ADSH Genel Durum

Araştırma kapsamında anket uygulamasının yapıldığı Sivas ADSH hakkında kısaca bilgi verilirse;

Sivas ADSH ilk olarak Sağlık Bakanlığı'nın 2007 yılında 9857 sayılı izin ve oluruyla, ADSM (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi) olarak kuruldu. 6,560 metrekare alan üzerine kurulan yeni ve modern binasına 2012 yılında taşındı. Bünyesinde 67 diş ünitesi bulunduran Sivas ADSH, 2017 yılının temmuz ayına kadar ADSM olarak hizmet vermekteydi. 08.00-17.00 saatleri arasında genel poliklinik, 17.00-08.00 arası nöbetçi poliklinik olarak hizmet veren Sivas ADSH'de acil hizmeti verilmemektedir. (Nöbetçi personel 19.00-20.00 arası yemek izni) ADSM olan kurumun hastaneye dönüştürülmesi ile birlikte Sivas ADSH'de artık ameliyat yapılabiliyor ve yataklı tedavi imkânı sunuluyor. Tüm Türkiye'de hali hazırda birçok ADSM'ler ADSH'ye dönüştürülüyor (01.10.2019 itibariyle).

1.4.3.1. Personel Durumu ve Verilen Hizmetler

Sivas ADSH; 1 başhekim, 1 başhekim yardımcısı, 11 uzman diş hekimi, 65 diş hekimi olmak üzere 76 diş hekimi, 1 müdür, 1 müdür yardımcısı, 47 klinik destek personeli, 12 tıbbi sekreter, 10 ağız ve diş Sağlığı Teknikeri, 10 diş teknisyeni, 9 radyoloji (Tıbbi Görüntüleme)teknikeri, 9 diş protez teknisyeni, 6 veri hazırlama teknikeri, 5 hemşire, 5 geçici görevli personel, 3 teknik destek, 2 bilgi işletmeni, 1 memur, 1 makine teknisyeni, 1 elektrik teknisyeni, 1 teknisyen, 9 güvenlik, 9 hizmetli, 17 temizlik personeli olmak üzere toplam 228 personel ile; poliklinik, pedodonti polikliniği, periodontoloji polikliniği, gebe polikliniği, oral diyagnoz, çene cerrahisi, endodonti polikliniği, evde sağlık, mahkum polikliniği, ameliyathane, implant ve ortodonti hizmetleri verilmektedir. Dental tomografi, panoramik diş grafisi ve periapikal diş görüntüleme hizmetleri yapılabilmektedir. Yine tüm bu hizmetlerin sağlanmasında yardımcı laboratuvar hizmetleri verilmektedir (01.10.2019 itibariyle).



II. BÖLÜM

2. İLETİŞİM VE SAĞLIK İLETİŞİMİ KAVRAMLARI

2.1. İletişim Kavramı

Latince kökenli *communis* sözcüğünden türetilmiş *communication* sözcüğü çok yakın yazılışlarla birçok batı ülkesinde iletişim anlamında kullanılmaktadır. *Communication* sözcüğünün anlamına baktığımızda bir bağı, ortaklığı, toplumsallaşma ve birliktelik anlamlarına geldiğini görülmektedir. Bu Latince sözcüğün sadece kelime-kök anlamlarıyla iletişimin insanları birbirine bağlayan etkisini ilk etapta rahatlıkla anlaşılabilir (Zıllıoğlu 2007: 19).

“1. *isim* Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, komünikasyon

2. *teknik* Telefon, telgraf, televizyon, radyo vb. araçlardan yararlanarak yürütülen bilgi alışverişi, bildirişim, haberleşme, muhabere, komünikasyon” (TDK 2019).

Bu tanımda dikkat çeken Latince *communication* sözcüğü de komünikasyon şeklinde Türkçeye geçmiş. Komünikasyon bir bağı, ortaklığı ve sosyalleşmeyi, birlikte hareket edebilmeyi çağırıyor. İnsanlar birbirleriyle iletişim kurdukları nispette sosyalleşebilirler. Ne kadar sosyalleşirlerse kendilerini ve dünyayı o oranda tanıyabilirler. İnsan sosyal bir varlıktır ve tüm ihtiyaçlarına kendisi tek başına cevap veremez. Toplum halinde yaşamaya mecbur olan insan haliyle iletişime de mecburdur. Dış dünya ile hatta kendi içinde dahi iletişime muhtaçtır. Doğru iletişim kanalları, doğru dil, doğru üslup kullanılmazsa iletişim bozulur ve depresyon dâhil birçok sorunla yüz yüze kalınabilir (Okay 2016: 38).

İnsanlar tek başlarına yaşayarak kendilerine yetmezler. Bu dünyada hiçbir kişi kendi kendisiyle sınırlı değildir. Gücü kendi içinde ve diğer canlı varlıklardan ayrılmış bir durumda değildir. Tüm canlı ve cansız varlıklar bir bütündür ve iç içedir. Bir bütün olunması nedeniyle varlıklar arasında iletişim kurma zorunluluğu vardır.

Her iletişimde de alıcı ve kaynak olması nedeniyle bağımlılık bulunmaktadır (Zılhoğlu 2007: 21).

“İletişim: Kaynağın mesajını anlaşılır biçimde hedefe iletmesidir. Kapsamlı tanımı ise; Bilgi düşünce, tutum, duygu ve davranışların bir kişi, grup ya da örgüt tarafından diğer kişi/kişiler veya grup/gruplara uygun semboller kullanarak aktarılmasıdır” (Tengilimoğlu 2004: 43).

İletişimin temel özellikleri ve amaçları sayılacak olursa; var olmak, bilgi edinmek, paylaşmak, etkilemek, eğlenmek ve eğlendirmek, kişilik geliştirmek, ilişkileri geliştirmek, gereksinimleri giderip ihtiyaçlarımızı karşılamak (Özodaşık 2018) gibi önemli hedefler karşımıza çıkar. Tüm bu temel özelliklere ve amaçlara bakıldığında da iletişim, hayatın tam merkezine koyulabilir. Çünkü her ne yapılsa yapılsın bir iletişim süreci içinde olunacaktır. Bazen bir bakışla bazen el ve yüz hareketleriyle ve bazen de hiçbir şey yapmayarak bir iletişim süreci hali yaşanmaktadır.

Kişilerin anlaşabilmeleri, kendilerini doğru ifade edebilmeleri ve karşısındaki bireyi sağlıklı anlayabilmesi için iletişimin temel becerilerine sahip olunması gerekmektedir. Temel iletişim becerileri kişinin doğuştan var olduğu bir yeteneği değildir. Bu sebeple sonradan öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir beceridir (Tayfur 2009: 44).

“Omololu (1984), iletişim becerisini; dinleme, anlaşılabilir bir biçimde konuşma, göz kontağı kurma, konuşmayı teşvik etme, övgüde bulunma, sözel olmayan davranışları uygun bir biçimde kullanma olarak tanımlamıştır” (Barut 2015: 36).

İletişime bir süreç olarak bakıldığında, karşılıklı olarak anlam paketçiklerinin aktarım sürecidir denilebilir. Bilgi ve duygu alış-verişi, düşüncelerin karşıya iletimi ve karşıdan aynı şekilde etkileşimi de iletişim olarak ele alınır. Zira iletişimin ana gayesi karşılıklı anlaşmadır. Bir tarafta alıcı diğer tarafta kaynak vardır. Kodlanan bilgi, duygu ve düşünceler mesaja dönüştürülür ve bir ileti halinde (sözcükler, dergi, kitap, TV, radyo vs.) aracılığıyla aktarım gerçekleşir. İletişime, genel olarak bireylerin davranış ve tutumlarını etkilemek veya belli bir amaca ulaşmak amacıyla duyguların, düşüncelerin, inançların, tutumların ve davranışların karşı

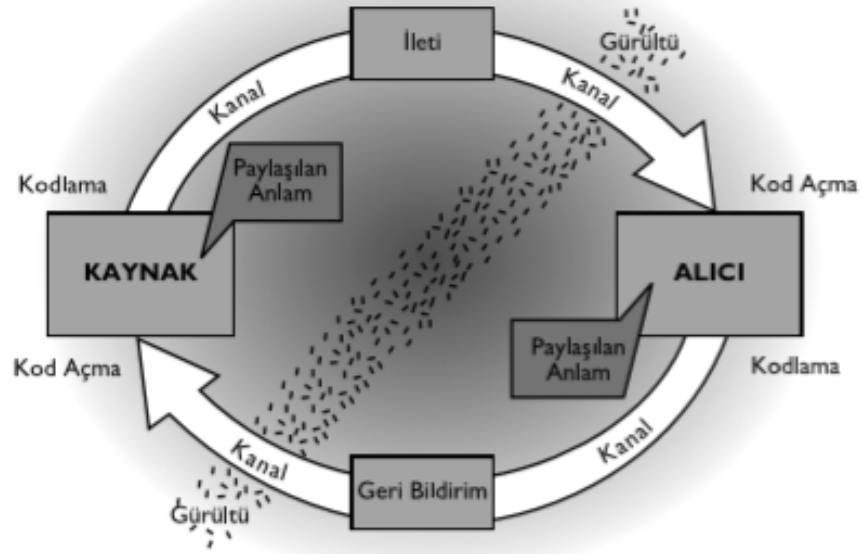
tarafa aktarmaları ve geri dönüşümün olması süreci denilebilir. Bu süreç sözlü, yazılı veya herhangi bir sözsüz şekilde olabilir (Demirtaş 2010: 101).

2.1.1. İletişimin Öğeleri

İletişim ve oluşumu en yalın haliyle ele alınırsa; bir ileti, o iletiyi alan ve ileten arasındaki kurulan süreçtir. Bu sürecin oluşmasında etkisi olan bazı öğeler ve unsurlar vardır. Bunlara birçok eserde; Kaynak, mesaj, kodlama ve kod açma, kanal, alıcı, geri bildirim ve gürültü olarak rastlanabilir.

İletişim sürecine şematik olarak gösterimine bakılacak olursa;

Tablo 1: İletişim Süreci, İletişim Öğeleri



Kaynak: (Orhon 2012)

2.1.2. Kaynak (Gönderici)

İletişimi başlatan taraftır. Duygu, düşünce vb. anlam paketçiklerini (mesajı, iletiyi) bir kanal vasıtasıyla alıcıya aktaran, gönderen kişi, topluluk ya da taraftır. İletişim kurulmadan önce kaynak, alıcının ve kendisinin anlayacağı ve algılayacağı şekilde iletmek istediği iletiyi kodlar ve süreci başlatır (Orhon, Eriş 2012: 43).

Gönderici, bir mesajı kodlayarak, arzu ettiği tepkiyi gerçekleştirmek için alıcıya gönderen unsurdur. İletişimin başlangıç noktası olup, algılama, seçme, düşünme, yorumlama süreçlerinde ürettiği anlamlı mesajları, simgeler aracılığıyla alıcıya gönderen kişi, grup veya kuruluştur. Bu nedenle kaynak, iletişimin etkililiğinde bilgili olmalıdır, kodlama yapabilmelidir, davranış düzlemine, statüsüne ve rol davranışına uygun davranış sergilemelidir, alıcı hedef tarafından iyi tanınan biri olmalıdır (Sabuncuoğlu 2008: 6).

Kaynağın iletişim yetenekleri, becerileri iletişimin seyrini etkiler (Örn. Güzel ve etkili konuşma vb.)

2.1.3. Mesaj (İleti)

Her türlü sözlü, yazılı ya da sözsüz olarak gönderilen, içerisinde bir anlam barındıran sinyaller, etkileşimi sağlayan iletilerdir.

Kaynaktan alıcıya gönderilen her bir uyarı, sinyal, görüş ya da davranış gibi soyut ve somut her şey kaynak aracılığı ile kodlanır ve anlamlı hale gelir. Bu anlam taşıyan paketçiklere mesaj adı verilir. Kaynağın kendisinin ürettiği sözlü, görsel, duysal ve işitsel öğeleri ifade eder (Zıllıoğlu 2007: 188).

2.1.4. Kodlama ve Kod Açma

Kodlama; ilk başta gönderici tarafından mesajın düzenlemesi, anlamlı bir bütün haline getirilmesi sürecidir. Aynı süreç geri bildirim yaptığı takdirde alıcı için de geçerlidir.

Kod açma; alıcı ve geri bildirim yaparsa kaynağın mesajı algılaması, anlaması ve yorumlaması anlamlarına gelir. Yani kodlama da kod açma da iki yönlü bir süreçtir.

“İletişim, kodların kullanımını içerdiğine göre anlamların paylaşımını sağlayabilmek için iletişim sürecinde kodlamanın ve kod açmanın olması gerekmektedir. Kodlama bilgilerin, düşüncelerin ve duyguların alıcı tarafından anlaşılmasına olanak tanıyacak şekilde iletme uygun hazır bir mesaja dönüştürülmesidir. Başka bir ifade ile iletişim sisteminin işleyiş süreci, kaynağın merkezi sinir sisteminde oluşan düşünceleri (anlamları) başkaları tarafından

algılanabilir ve anlaşılabilir örgütlenmiş simge sistemlerine (kodlara) dönüştürmesi işlemine dayanmaktadır” (Zıllıoğlu 2007: 189).

2.1.5. Kanal

İletişimin kurulmasına vesile olan ortam, yol veya kullanılan araçtır. Tüm mesaj ve iletiler bir kanal, bir bağlam sayesinde alıcıya yol bulur. Tüm öğeler gibi kanal olmazsa iletişim gerçekleşmez. Örnek olarak telefon, TV, radyo vb. her şey bir kanal ve frekanstır. Kullandığımız sözler bile birer ses frekans kanalıdır (Uztuğ 2003: 33).

“Örneğin; sözlü iletişimde kanal havadır, telefon görüşmelerinde ise telefon hatları, kanal rolü görür. İnsanların duyu organlarının sağlıklı olması halinde bunların her biri beyne giden iletişim kanallarıdır. Bu nedenle ileti ne kadar çok duyuya hitap ederse etkililiği de o oranda artmaktadır” (Orhon 2012: 51).

2.1.6. Alıcı

İletişim kurulan taraftır. Bir kanal vasıtasıyla kedisine ulaştırılan mesaj ya da iletiyi alan kişi ya da topluluktur. İletişimin muhatabıdır. Eğer geri bildirim yaparsa iletişime katkıda bulunmuş olur. Fakat hiç geri bildirim yapmasa dahi iletişimin vazgeçilmez ögesidir. (Uztuğ 2003: 33)

İletişimin sağlıklı ve kaliteli olabilmesi için alıcı merkezli, alıcı odaklı olması beklenir. Çünkü alıcı mesajı ne kadar kolay kavarsa o denli iyi geri bildirim yapabilir. Evet, hiçbir geri bildirim yapmasa dahi alıcının verilen mesajı anlaması (kod açması) iletişimi sağlar. Aksi halde iletişim oluşmaz. Buna iletişimi bozan, engelleyen gürültüyü tanımlarken değinilecektir (Zıllıoğlu 2007: 188).

2.1.7. Geri Bildirim (Dönüt):

Alıcının, göndericiye verdiği her türlü yanıt ve cevaplarıdır. Geri bildirim olmazsa iletişim tek yönlü bir hal alır. Geri bildirim sayesinde bir dönüt şeklini alır.

Kaynak ve hedef arasındaki iletişim kalitesini belirleyen ögedir. Gönderilen mesajı alıcının anlayıp anlamadığı veya yanlış anladığı dönüt mesajı ile anlaşılabilir (Uztuğ 2003: 33).

Geri bildirim olumlu ya da olumsuz olabilir. Kaynağın gönderdiği mesajı alıcının doğru bir şekilde yorumlayıp dönüş yapmasına olumlu, yanlış anlayıp yanlış dönüş yapmasına da olumsuz geribildirim adı verilir (Orhon 2012).

2.1.8. Gürültü

İletişim sürecini bozan, baltalayan her türlü dış ve iç etkiye gürültü denir. İletişim sürecindeki aksaklıklara, yanlış anlamlara ve bozukluklara gürültü sebep olur. Örn; kişi kendi iç sesiyle konuşurken, dışarıdan bir kişinin sözlerini hiç duymayabilir yahut yanlış anlayabilir. Bu örnekte alıcının iç sesi bir gürültü teşkil etmiş ve kod açma gerçekleştirmemiş, alıcı mesajı algılayamamıştır. Bu vb. çok örnek verilebilir. Örn; önyargılı olunan bir konuda daha hiç kaynak meramını anlatmadan karşı taraf algı kanallarını kapatır, frekans değiştirir. Göndericinin mesajı umurunda dahi olmaz. İşte bu iletişimi en çok bozan gürültülerden biridir (Orhon 2012: 52).

2.2. İletişim Türleri

İletişim türleri diğer bir ifadeyle iletişimin gerçekleşebileceği seviyelerdir. Bunlar;

- “Kendi kendine iletişim,
- Kişilerarası iletişim,
- Sözlü İletişim
- Sözsüz İletişim
- Grup İletişimi ve Örgütsel İletişim
- Kitle iletişimi” (Okay 2016) (Orhon 2012: 53).

2.2.1. Kendi Kendine İletişim

Her bireyin en fazla muhatap olduğu, en fazla tekrarlanan iletişim türüdür. Kurulan hayaller, düşünceler, analizler, zihindeki sorular ve diğer iletişim türlerinin kurulmasından önceki iç süreci ifade eden iletişim türüdür (Okay 2016: 91).

Kendi kendine iletişim aslında kişinin yorumlarıdır. Tıpkı parmak izi gibi her insanda farklıdır. Farklı boyut ve düzeylerde gerçekleşir. Fakat Berry'nin açıkladığı dört unsur bir genelleme ve kendi kendine iletişime bir boyut getirmektedir.

Kişinin kendisinin özü; burada kişinin kendini ve başkalarının kişiyi nasıl değerlendirdiği, kişiliği ve imajının birleşimi söz konusudur. Kişi bu öz benliğinde sürekli değişken bir şekilde kendiyile iç iletişimde bulunur.

İhtiyaç ve motivasyonlar; başka bireylerle iletişime geçmeden kişinin kendi içinde karar vermeye çalıştığı en önemli ikinci unsur olup nedensellik ve öncelikler ön plana çıkar.

Bilişler; Dünyayı ve varlığını anlamlı hale getirmeye, anlamaya, özel kılmaya yönelik tüm yorumlar, değerlendirme ve iç öğrenme sürecidir.

Başkalarının tepkilerini gözleme; kişi başkalarının kendi üzerinde, kendisinin başkaları üzerinde ne gibi bir etkisi olduğunu inceler, gözlemler ve daha sonraki davranışlarında bunlara dikkat eder (Okay 2016: 92).

2.2.2. Kişilerarası İletişim

Birey kendi içsel iletişiminden çıktığı anda çok yönlü, kişilerarası iletişimin sahasına girer. Yüz yüze, karşılıklı, isteğe dayalı kurulan iletişim türüdür. Örn: Hastalar, hasta yakınları ve tüm diğer kişilerle kurulan iletişim. Kişiler arası iletişim sosyal zekâ ve iletişim beceri düzeyine göre kişiden kişiye farklılıklar gösterir (Okay 2016: 92).

Kişilerarası iletişimde sayı önemlidir. İki kişiyi geçen iletişim türü genelde grup iletişimi kapsamına girer. Fakat grup iletişimi de yine kişilerarası iletişimde alt başlık olarak incelenebilir (Zıllıoğlu 2007: 189).

Kişilerarası iletişimin asıl ayırımı iki birey arasında olmasıdır. Bu sözlü, yazılı (konuşarak, mektuplaşarak, mesaj vb.) olabilir.

Yakınlık derecesi arttıkça kişilerarası iletişimde dili değişir. Aile, yakın arkadaş, sosyal çevre ve resmî kurumlarda kurulan iletişim çok farklı dil ve seviyelerde olabilir. Hasta-Sağlık çalışanı iletişimde bu dil biraz daha resmi olmalıdır. Çünkü siz dili resmî kurumlar için en uygun dildir. Sen dili kullanıldığı takdirde bir iletişim bozukluğuna yol açabilir (Uztuğ 2003: 34).

Kişilerarası iletişim bir tablo halinde göstererek özetlenirse;

Tablo 2:Kişilerarası İletişimin Temel Öğeleri

İnsan	Gönderici ve Alıcı
İleti/Mesaj	İletişimin İçeriği
Kanal	İletilen mesajın ortamı, aracı
Geri Bildirim	Mesajın alındığına dair bilgi ve tekrar bilgi gönderme durumları
Gürültü	İletişimi engelleyici her şey
Etki	İletişimin çıktısı

(Ed. Orhon, Eriş, 2012)

2.2.3. Sözlü İletişim

İnsan konuşabilen bir varlıktır. Kendisine bahşedilen bu yeteneği sayesinde isteklerini, duygu ve düşüncelerini karşısındaki insana aktarabilir, iletişim kurabilir. Sözlü iletişim konuşmayı öğrendiğimiz anla başlar ve bu yetenek bir vücut engeli olmadığı müddetçe ömür boyu devam eder. Çok kullandığımız özellikle cinsiyet farkına bağlı olarak kullanımı daha çok artan iletişim türüdür. Sözlü iletişim konuşma ve yazma olarak iki farklı fonksiyon ile icra edilebilir (Okay 2016: 93).

Etkili iletişim türlerinden biri olan sözlü iletişimde konuşma eylemi sesler yardımıyla gerçekleşir. İnsan sesleri fiziksel olarak; insan bedenindeki organların belirli bir şekilde havayla senkronize olarak hareket etmesiyle ortaya çıkar. Sesler eğitilerek anlamlı sözcükler ortaya çıkar. Sözcüklerde anlamları ölçüsünde kullanıldığı takdirde değer bulur (Orhon 2012: 56).

İyi bir iletişim için seçilen sözcükler çok önemlidir. Ama asıl önemli olan ses tonu ve beden dilidir. Evet, sözlü iletişimde sözcüklerden çok ses tonu %38, beden dili %55 etkilidir. İletişim halinde olunan insana güven duyulması ya da onu bireye yakın hissettiren asıl sebep olan şey sözcükler değil ses tonudur. Sözcükler de çok önemlidir fakat ancak yaklaşık %10 kadar (Orhon 2012: 56).

Sağlık kuruluşları düşünüldüğünde sözlü iletişim noktasında, tıp terimlerinin çok kullanıldığı bir ortam ve buna yabancılaşan hastalar gözümüzün önüne gelir. Fakat genel anlamda artık hastaların birçok tıbbi terimi internet vasıtasıyla kolaylıkla öğrendiği ya da hekimlerin, sağlık camiasının iletişim noktasında daha dikkatli

olduğunu söylemek yanlış olmaz. Yine de bu durum azalsa da yaşanan bir durumdur. Hastanelerde sözlü iletişimde başarının artması tarafların olabildiğince ortada buluşması ile olur (Zıllıoğlu 2007: 189).

2.2.4. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletişim genel manada beden dili kullanılarak yapılan iletişimdir. Yukarıda verilen örnekte; etkili iletişimde %55 beden dili, %35 ses tonu, %10 sözcükler etkilidir. Beden dilini iyi kullanan kişiler her zaman iletişim noktasında rahat olurlar. Beden dilinin etkili kullanılması sözcüklerle çok uzun sürecek iletişimi, önemli oranda kısaltabilir. Sözsüz iletişimde dış görünüş de çok önemlidir. İlk izlenim ve kıyafet seçimi önemlidir. Belki biraz ön yargı olacak ama maalesef insanların hep yaptığı bir şey var ilk 10 saniyede sizinle ilgili bir kaniya varıyorlar ve sizin bu ön yargıyı yıkmanız baya zamanınızı alıyor. İşte bu ön yargıya sebep olan şey sözsüz iletişimdir (Orhon 2012: 57).

Kişilerarası iletişimde, sözsüz iletişimin çok önemli işlevleri vardır. Bu işlevleri ikiye ayırmak mümkün; Birinci olarak sözsüz iletişim vasıtasıyla bazı anlamlar direkt olarak iletilebilir. Örneğin; başımızı sallayarak herhangi bir görüşü onayladığımızı veya birine sarılarak onu sevdiğimizi ifade ederiz. İkinci olarak ise sözlü iletişimi destekleme özelliğidir. Konuştuğumuz zaman jest ve mimiklerimiz, beden dilimiz devamlı olarak aktif rol alır. Aynı zamanda karşımızdakinin yüz ifadeleri ve beden dili bizi dinleyip dinlemediği ya da dinlerken sıkıldığı hakkında devamlı olarak bir geri bildirim durumu söz konusudur. Bu ve benzeri, istemli ya da istemsiz geri bildirimler bize iletişim noktasında çok katkı sağlayacak ve iletişimin gücünü etkileyecektir (Üstünel 2011: 38).

Sözler bize hikâyeyi anlatır ama hissi ses tonu yaşatır. Sözler yalan söyleyebilir ama gözler (beden dili) yalan söylemez. Sözsüz iletişimin en önemli noktası belki de budur. Üzerine herhangi bir eğitim alınmasa bile çoğu zaman karşıdaki kişinin beden dilinden birçok şeyi okunabilir. Sözsüz iletişimin alfabeti evrensel değildir, kültürden kültüre, ülkeden ülkeye farklılık gösterir. Bir jest mimik Türkiye’de iyi hoş demek iken İtalya’da öfkelenme ünlemi olabilir (Yücel 2017: 40).

Sözsüz iletişimde bir diğer önemli detay da proksemidir. (Mesafeye yönelik tutum). Mesafeler araştırmacılara göre değişmekle birlikte genel olarak; çok yakın

mesafe 45 cm, kişisel mesafe 46-76cm, sosyal mesafe ise 121-365cm arasındadır (Okay 2016: 96).

2.2.5. Grup İletişimi ve Örgütsel İletişim

İnsanlar hayatlarını sosyal olarak toplum içinde sürdürürler. Bu kaçınılmaz doğal bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır. Bireysel olarak kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak olan insan yaşayabilmek için başkalarının desteğine gereksinim duyar. Başta ailesi olmak üzere birçok sosyal grubun üyesi olur. Arkadaş grubu, iş grubu vb. gruplarda insan için ayrı birer iletişim süreçleri oluşturur. Bu insan topluluklarını grup olarak nitelendirmek için; grup üyelerinin sayısı, etkileşimi, ortak amaç etrafında hareketi ve bireylerin birbirine bağımlılık seviyeleri önemli rol oynar. Yine bu gruplarda bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde statü, iş bölümü, farklı roller ve liderlik belirir.

Gruplardaki kişiler yüz yüze aynı ortamda iletişim kurabildikleri gibi çeşitli iletişim araçları aracılığı ile de grup iletişimini gerçekleştirebilir. Grup iletişimi birincil ve ikincil gruplar olarak ikiye ayrılır.

- **Birincil gruplar;** aile, arkadaş, komşu vb. ilişkilerin içten ve doğal olduğu, gruptaki herkesin birbirini tanıdığı gruplardır.
- **İkincil gruplar;** resmi, daha çok yarar sağlamayı amaçlayan bir iş veya organizasyon gereği bir araya gelen insanların oluşturduğu gruplardır. Gruptaki herkes birini tanımayabilir ve genel anlamda resmi bir dil kullanılır. Bir araya gelinen konu hariç farklı bir şey paylaşılmaz.

Bir örgütün, kurumun birimleri arasındaki bilgi alışverişi ve iletişim sürecidir. Ast-üst birimlerin emir alışverişi, kurumun iç işleyişi gereği konuların görüşülmesi vb. iç iletişimdir.

Örgütsel iletişim, bir amaç uğrunda bir araya gelmiş bireyler arasında kurulan iletişim türüdür. Dolayısı ile kurum veya kuruluşun işine, amacına yönelik olarak çok değişiklik gösterir. Genelde resmi bir dil kullanılır. Araştırma çerçevesinde hastaneler baz alınır; tüm hastaların kayıtlarının yapılması, yönlendirilmesi, tedavilerinin uygulanması, takipleri ve oluşabilecek aksaklıklara müdahaleleri vb.

birçok karmaşık ve yoğun bir örgüt iletişimi olan ortamlardır. Devlet hastaneleri özelinde düşünülecek olursa; neredeyse tüm yazılı iletişimin kanunlarla düzenlemiş kalıplarda yapılır (Orhon 2012: 102-108).

2.2.6. Kitle İletişimi

Birbirine benzediği düşünülen, aynı şeyleri yapan ya da aralarında belli bazı ortak noktaları olduğu varsayılan ve sosyolojik açıdan birbirleri ile sıkı bağı bulunmayan inşa topluluklarına 'kitle' denir. Sanayi devriminin etkisiyle birbirine çok benzeşen toplu olarak üretim ve tüketim faaliyetleri yapan bireylerin, benzer davranış sergileyeceği varsayılır. Bu varsayımlar ve globalleşen dünyada artık kitle iletişimi hem kolaylaşmış hem de önemi artmıştır (Orhon 2012: 117).

Grup oluşumlarından dışarıda, çok geniş ve birbirleriyle grup iletişimdeki bireyler kadar bağlantısı olmayan çok büyük toplulukları ifade eden ve daha çok radyo, televizyon ve internet gibi iletişim araçlarının kullanıldığı iletişim tarzıdır. Kitle iletişimde geri bildirim diğer iletişim türlerindeki gibi hızlı olmayabilir. Kitlenin harekete geçmesi ve geri dönüşü bir süreçtir. Günümüzde birçok kitle iletişim aracı kullanılarak bireylere mesajlar gönderilmekte ve bireyler sadece ilgisini çeken ya da ihtiyaç hissettiği hususlarda harekete geçmekte ve geri bildirim yapmaktadır (Okay 2016: 139).

Kitle iletişimin muhatabı olan kitlenin genel özellikleri;

- Heterojen; özdeş olmayan, çeşitli farklı tabaka ve sınıflardan oluşan,
- Anonim; birbirini tanımayan kişilerden oluşan,
- Birbirinden ayrı ve aralarında sıkı bağlar olmayışlarıdır.

Kısaca kitle iletişimine; önceden tasarlanan iletinin çok yönlü bir şekilde ve çok sayıda farklı insana göndermenin kişisel olmayan versiyonudur denilebilir (Orhon 2012:121).

2.3. Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi, dünyada kendisiyle 20. yy. ortalarında tanışılan yeni kavramlardandır. Türkiye'de 70'li yıllarda yayılma ve gelişim süreci başlayan bu kavramın ilk ortaya çıktığı yer Kuzey Amerika iletişim birimleridir. Sosyal bir alan

olan iletişim ile tıp alanının birleşmesi ortaya çok yönlü, multidisipliner bir yapı çıkarmıştır (Okay 2016: 96).

Bir işlev olarak iletişim, 1900'lerin ortalarından itibaren sağlık sektörüne entegre olmuştur. Fakat iletişimin önemi ve büyümesi son otuz yılda belirginliğe ulaşmıştır (Bozkanat 2016: 1).

“Amerika'nın önde gelen sağlık kuruluşlarından olan “Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi” (CDC) sağlık iletişimini; “sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek maksadıyla iletişim bilimine ilişkin kural ve stratejilerin uygulanması” olarak tanımlamaktadır” (Balduklu 2010: 12).

Sağlık hizmetleri, “bireylerin ve toplumun değişen ihtiyaçlarına yönelik olarak, belli başlı sağlık kurum ve kuruluşlarında değişik sağlık çalışanlarından yararlanılarak her türlü koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sağlamak üzere ülke genelinde örgütlenmiş bir düzen” (Yazgan M. 2009) veya “bireylerin ve toplumların sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonun sağlanmasına yönelik sunulan hizmetlerin tamamı” (Yaprak 2018: 53) olarak tanımlamaktadır.

Sağlık iletişimi çok disiplinli bir kavram ve son yıllarda önemi giderek artan bir alandır. Özellikle Covid-19 süreci dünya genelinde sağlık iletişiminin önemini bir kat daha arttırmıştır. CDC ilk olarak 2010 yılında başlattığı sağlık iletişimi başlığı altındaki projesine 2020 yılı ile birlikte “Healthy People 2020” başlığı altında toplumun sağlığının korunması ve gelişmesi noktasında bazı önerilerde bulunmuştur. Bunlar;

- “Önlenebilir yaralanma, sakatlık ve erken ölüm risklerini azaltacak tedbirlerle daha uzun ömürlü olun.
- Sağlık eşitliğini sağlayın, tüm eşitsizlikleri ortadan kaldırın ve bütün grupların sağlığını iyileştirin.
- Sağlığın gelişmesine yardımcı olacak sosyal ve fiziksel ortamlar oluşturun.
- Tüm yaşam boyunca, tüm yaşam evrelerinde hayat kalitesini ve sağlığın gelişimini arttıracak davranışları teşvik edin.” (CDC 2020)

Sağlık iletişimi hem kamu sağlığı hem de kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve ticaret sektörlerinde giderek daha fazla gelişen ve gelişen bir alandır. Bu nedenle, birçok yazar ve organizasyon, onu zamanla tanımlamaya veya yeniden tanımlamaya çalışmaktadır. Sağlık iletişiminin multidisipliner yapısı nedeniyle, tanımların birçoğu birbirinden biraz farklı görünebilir. Bununla birlikte, çoğu analiz edildiğinde, sağlıkla ilgili iletişimin, bireyleri, toplulukları, sağlık uzmanlarını, politika yapıcılarını veya özel grupları etkilemekte ve desteklemede oynayabileceği rolü göstermektedir; bunlar, bir sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi, davranışsal uygulamayı ya da bir sosyal ya da politika değişikliğini benimser ve sürdürmeye çalışır. Sağlıktaki iletişim özellikle koruyucu sağlık hizmetleri noktasında önemlidir. Çünkü salgınlar, beslenme ile ilgili oluşabilecek sağlık sorunları (bazı gıdaların, bazı bölgelerden yenmemesi vb.), içme suyuna karışabilecek atıklar vb. sıkıntılar, sigara, nargile vb. ürünlerin kullanılması sonucu oluşabilecek her türlü bilgilendirme, toplumu koruma ve bilinçlendirme noktasında iletişim kanalları doğru ve aktif kullanmak çok önemlidir. (Bozkanat 2013: 18).

Sağlık iletişiminin normal iletişimden biraz daha karmaşık halde olduğunu söylersek yanılmayız. Çünkü sağlık iletişiminde; dil, din, yaş, ırk, boy vb. hiçbir ayırım yapmadan hastalar, hasta yakınları, çalışan sağlık personelinin çok çeşitli uzmanlıkları, alt, üst ve denk arkadaş grupları vs. çok farklı dünya görüşlerine sahip yüzlerce insanla iletişim zorunluluğu vardır. En beklenmedik anlarda en beklenmedik tepkilerle, belli mesai saatlerinde hatta birçok durumda 24 saat kesintisiz uğraşma zorunluluğu tüm bunlara ek elbette her bireyin ailesel, bireysel sorumluluk ve sorunları vardır. Bu şartlarda iletişim, memnuniyete ve tedaviye dayanmak zorunda. Peki, bu zor ve karmaşık sağlık iletişimi üzerine ne gibi tanımlar yapılmış zoru kolay kılmak için ne gibi teknikler kullanılmış ve kullanılıyor bir bakalım (Pamukçu 2018: 54).

Sağlık iletişimi, özellikle son yıllarda ilginin hızla arttığı disiplinler arası bir alandır. Bu ara disiplin, psikoloji, sosyoloji ve diğer sosyal bilimlerin, iletişim disipliniyle ilgilenmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Neuhauser 2003: 33).

Sağlık iletişiminin önemini anlamak için devlet gözüyle bakıldığında; halkın sağlık endişelerini gidermek, oluşabilecek sağlık problemlerine karşı haberdar etmek,

kamu sağlığı için alınması gereken tedbirleri duyurmak, daha sağlıklı bir ülke ve toplum inşa etmek, koruyucu hekimliğin yayılmasını sağlamak vs. vs. yapılacak çok önemli işler olduğunu görülür. Bunlar özelde insan için genelde tüm millet ve hatta dünyamızı dşnldğnde, çok hayati konulardır.

Sağlık alışanı ve hasta iletişiminde, vücut dilinin çok iyi etkili olarak kullanması doğru ve kaliteli bir iletişim bakımından büyük öneme sahiptir. Beden dilinin bu kadar önemli olduğu başka bir sektör yok denecek kadar azdır. Umudunu yitirmiş ve korkmuş bir hastanın doktorun yüz ifadesi hastaya mit verebilir veyahasta ümitsizlik içinde yaşama sevincini ve iyileşme inancını tümüyle yitirebilir. Dolayısı ile sağlık iletişimi, hayati bir öneme sahiptir. Sağlık iletişimini etkileyen birçok unsur vardır her yaşa, ülke kültürü vb. bazı sistematik değişikliğe sebep olabilecek gelişmeler söz konusudur. Bunlar;

- Nüfusun yaşlanması
- Küresel farklılıklar ve sağlık hizmeti sunumundaki değişiklikler
- Geleneksel akım ile yeni yaklaşımlar arasındaki gerginlikler
- Sağlığa ayrılan fondaki değişimler
- Sağlık sigortacılığındaki değişimler
- Yeni teknolojilerin sektöre etkisidir (Okay 2016: 58).

2.3.1. Sağlık İletişimin Temel Karakteristik zellikleri

Sağlık alanındaki uygulamaların sahip olması gereken bazı iletişim özellikleri vardır. Bu zellikler;

- *İnsan merkezli*; Tüm süreç insan ile olduğu için birey odaklı.
- *Delile dayalı*; Gerçeklere dayanarak bilgilendirme yapılması.
- *Çok disiplinli*; İletişim, psikoloji, sosyoloji, tıp vb. bilimlerin bir arada uygulanması.
- *Stratejik*; Planlı ve programlı bir iletişim propagandası yapılmalı.
- *Süreç oryantasyonu*; Kısa veya uzun vadeli bir sürece yayılan alışmalar.

- *Uygun maliyetli;* Hedef kitleye ulaşmanın en uygun yolu bulunarak hareket edilir.
- *Stratejinin desteklenmesi konusunda yaratıcı;* Hedef kitleye ulaşmada pratik ve akılcı, hızlı ve çözüme yönelik uygulamalar.
- *Hedef kitleye ve medyaya spesifik;* Her bireyin kendine has özelliği olduğu için hedef kitlenin özelliklerine uygun medya araçları kullanılmalı.
- *İlişki oluşturucu;* Hedef kitle ile kurulan iletişimin bağına göre propaganda etkili olur. Sağlık iletişimi başarılı olur.
- *Davranışsal ve sosyal sonuçlar hedefleyen;* Hedef kitlenin hareketleri ile sağlıkları üzerinde olumlu etkiyi görmek.
- *Yetersiz hizmet almış ve hassas olan grupların dâhil edilmesi;* bireylerin ön yargılarının ve önceki yaşadıkları tatsız hatıraların yıkılması için bilgilendirme, destek olma.

Sağlık iletişimi ilgilendiren iletişim türleri sağlık çalışanlarının hastalar ve hasta yakınlarına karşı, hasta ve yakınlarının da sağlık personeline karşı nasıl olması gerektiğini aşağıda incelenecektir (Okay 2016: 114-116).

2.3.2. Sağlık Çalışanlarının Hastalarla Olan İletişimi

Hasta kavramı; hasta kelimesine baktığımızda, Farsça kökenli olduğunu ve “haste” kelimesinden dilimize hasta olarak geçtiğini görürüz. Haste Farsçada “yaralı, incinmiş kişi” anlamındadır. Bu kelimenin anlamı özelinde bile baktığımızda hasta, yaralıdır, incinmiştir ve merhamete muhtaçtır. Şefkat, merhamet ve ilgiyle karşılanması kendisine olabildiğince nazik davranılması gerekir (Zıllıoğlu 2007: 184).

Talcott Parsons; eğer bireyler sorumlu buldukları sosyal fonksiyonlarını ifa edebiliyorlar ise sağlıklı olduklarını söyler. Ayrıca hastalık kavramı bütünüyle biyolojik bir durumdan ziyade bireyin kendi kararlarını alabilmesi, tercihler yapabilmesi ve sosyal uyumuda ifade eder. (SYD 2020)

Genellikle, hastalık dendiğinde herkesin aynı şeyi anladıklarını düşünülür. Fakat hastalığın tanımı toplumlara, zamana ve yaşanan mekâna göre değişiklik göstermektedir. Bireye ne zaman, hangi koşul ve durumlarda hasta denileceği,

kişinin kendisini ne zaman hasta olarak algılayacağı tam olarak belli değildir. Yani hastalık kavramı her ülke ve devre göre değişiklik göstermekle birlikte kişiden kişiye bile farklılık arz edebilir. Fakat genel manada sağlıklı olma durumunun ortadan kalması ile hastalık süreci başlamış demektir. Bu noktada DSÖ'nün sağlık tanımından da faydalanabilir ve sağlıklı olma halinin zıddı manasına gelen hasta olma hali (hastalık); bedence, ruhça ve sosyal yönden oluşan tüm bozukluklar ya da bunların kronikleşmesi hali denilebilir. Hasta, bir doktor ya da başka tedavi hizmeti sunan biri tarafından muayene edilen, durumu değerlendirilen kişi olarak da tanımlanabilir (Okay 2016: 158).

Hekim-Hasta iletişimi temel manada hastanın tıbbi özgeçmişini öğrenme gereksiniminden doğar. Hastanın hasta olarak nitelendirilmesi ve hastalığının derecesi hekimin tanı ve teşhisi ile anlam bulur. Fiziksel, ruhsal veya herhangi bir yapısal bozukluğa hastalık dediğimiz gibi, en ufak bir baş ağrısı da bir insanı rahatsız edeceği için o rahatsızlığı yaşayan insana da hasta deriz. Yani sağlık camiası için hasta; herhangi bir şikâyetle sağlık kurum veya kuruluşuna başvuran kişidir. Hasta olup olmadığı veya rahatsızlığının boyutu ancak yapılan tetkik ve incelemelerden sonra anlaşılır (Okay 2016: 159).

“Fişek'e göre hastalık; doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir. Sonrasında ise bu tanıma hastalığın sadece, biyolojik bir süreç olmadığı, toplumsal ve kültürel boyutunun da olduğunu eklemektedir.” (Kumbasar 2012: 87).

Ülkemizde hastaların sahip olduğu bazı haklar vardır. Bu haklar Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Bildirgesi (01.08.1998) ile koruma altına alınmıştır.

Hasta hakları yönetmeliğinin maddeleri ise şunlardır (Zengin 2013: 105-117). Sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanma hakkı bulunmaktadır.

- Bilgi talep etme hakkı; hastanın durumu ve uygulanan tedavi yöntemleri hususunda bilgiye ulaşmayı talep etme hakkı bulunmaktadır.

- Hastaların tedavi göreceği kurumu seçme ve değiştirme, bu kurumda hizmet veren çalışanı tanıma, seçebilme ve hatta gerekli hallerde değiştirebilme hakları vardır.

- Sağlık ve tıbbi duruma uygun tedavi, teşhis ve bakım isteme; hastanın tıbbi durumuna uygun olan tedaviyi talep etme hakkı bulunur.

- Tıbbi gereklilikler dışındaki müdahaleleri reddetme; hasta acil durumlar dışında kendisine önerilen tedaviyi reddedebilmektedir.

- Tıbbi özen gösterilmesi; hastanın mevcut sağlık durumuna uygun tıbbi özenin gösterilmesi gerekmektedir.

- Genel olarak bilgi isteme; hastanın genel sağlık bilgilerini isteme hakkı bulunur.

- Mahremiyete saygı gösterilmesi; hastanın özel hayatına, psikolojik ve fiziksel bütünlüğüne saygı göstermek gerekir.

- Bilgilendirilmiş onayı olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama; hastanın tıbbi müdahale öncesi bilgilendirilmesi ve bu müdahale için gönüllü olması gerekmektedir.

- Tedaviyi reddetme ve durdurma; acil durumlar dışında hastanın tedaviyi noktalamaya veya istememe hakkı bulunmaktadır.

- Güvenliğin sağlanması; hastanın muayene ve tedavi sırasında güvenliğinin sağlanması gerekir.

- Dini ihtiyaçları karşılayabilme ve ibadetlerini yerine getirebilmek için hizmetlerden faydalanma hakkı bulunmaktadır.

- Hastaların değerlerine saygı duyulması ve hastalık durumunda ziyaretçilerinin olabilmesi, refakatçi bulundurabilmesi gibi insani hakları bulunmaktadır (Güven 2018: 52).

2.3.3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanı ile Olan İletişimi

Hastane personeli ile olan iletişim ele alındığında bunun içine; hastane yönetimini, doktor, hemşire, yardımcı sağlık personelinden temizlik görevlilerine kadar tüm personel dâhil olacaktır.

Hastalarla olan iletişim, kişilerarası iletişime hitap ederken, hastane personeli ile ilgili hem kişilerarası hem örgütsel iletişime örnek teşkil etmektedir. Dolayısıyla kişilerarası ve örgütsel iletişimin unsurlarının uygulanması gereken bir konudur. Sözlü ve sözsüz iletişim zaten sağlığın bütün aşamalarında etkindir.

Hem hastaların hem de sağlık personelinin sağlık çalışanlarıyla iletişim halindeyken dikkat etmesi gereken hususlar ve hasta/hasta yakınlarının uyması gereken kural ve sorumluluklar vardır. Bunlar maddeler halinde incelenirse;

- “Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranır ve katılımcı yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu biliciyle hareket eder.
- Yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, gördüğü tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca eksiksiz ve doğru olarak verir.
- Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelir ve tedavi gidişatı hakkında geri bildirimlerde bulunur.
- Randevu tarih ve saatine uyar ve değişiklikleri ilgili yere bildirir.
- İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterir.
- Personele sözlü ve fiziki saldırı vb. uygunsuz hareket ve davranışlarda bulunmaz.
- Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında hasta hakları birimine başvurur.” (Şahin 2019: 63).

Alalında uzman birçok insanla iç içe çalışmak, her birisinin bilgi, tecrübe ve uzmanlığına saygı duymayı gerektirir. Üst ise saygı zaten yasal bir zorunluluktur. Ast ise çalışan hakları, kişilik hakları bakımından ve iş ortamının selameti için iyi bir iletişim zaruridir.

İlk bölümde ele alınan ADSH personeli görev tanımları düşünüldüğünde, bu personellerin uzmanlık alalındaki işi yapmak için gerekli fiziki ortamın hazırlanması ve güvenlik tedbirlerinin alınmış olması gereklidir. Yine bu da yasayla sabittir. (Resmi Gazete 2015)

Çalışan personel görevini yerine getirdiği müddetçe saygıyı hak etmektedir. Yıllarını vererek bir alanda uzmanlaşmış, insanlığa, halkına hizmet edeceği bir meslek seçmiştir. Bu hem hastanın hem de personelin kendisinin unutmaması gereken bir gerçektir.

Genellikle sağlık sektörü bazında hasta haklarından çokça bahsedilir ama elbette sağlık çalışanlarının da bazı hakları vardır. Tüm hastanelerde hasta hakları birimi ve çalışan hakları birimi mevcuttur. Hasta bir sorunla karşılaştığında şiddete başvurmak yerine hasta hakları birimine başvurmalıdır. Aynı şekilde sağlık bakanlığının beyaz kod (1111) uygulaması ile sağlık çalışanları da sözlü, psikolojik ya da fiziksel bir saldırı halinde hemen yasal süreci başlatılabilir. Kamu personeline karşı hakaret ve şiddet para ve hapis cezasıyla karşılık bulmaktadır.

“5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir. Kanunda, bu amacın gerçekleştirilmesi için ceza sorumluluğunun temel esasları ile suçlar, ceza ve güvenlik tedbirlerinin türleri düzenlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının genellikle maruz kaldığı suç türleri;

- Yaralanma (TCK Madde 86-87)
- Tehdit (TCK Madde 106)
- Hakaret (TCK Madde 125)” (Şahin 2019: 34).

2.4. Hasta-Sağlık Personeli İletişim Süreçleri

2.4.1. Etkili Dinleme

Bir sağlık kurumunda sağlık hizmeti veren sağlık çalışanı ile bu hizmeti alan hasta ve hasta yakını arasında, hedeflenen amaç doğrultusunda iletişimin kurulabilmesi için; kaynaktan gelen tüm mesajların doğru olarak alınması varsa engel durumların ortadan kaldırılarak doğru geri bildirim yapılması sürecidir. Etkili dinleme nasıl olur, nasıl sağlanır? Bu soruların cevapları düşünüldüğünde bazı noktalar ön plana çıkabilir.

“Etkin Dinleme İçin;

- Hasta ve yakınları göz teması kurularak dinlenilmeli
- Mümkün olduğunca göz hizasında olacak Şekilde karşılıklı oturulmalı
- Hastanın veya yakının sözü kesilmemeli
- Dinlerken mecbur olunmadıkça başka Őeyler ile ilgilenilmemeli
- AnlaŐılmayan noktalar sorulmalı
- Uygun jest ve mimiklerle geri bildirim verilmeli
- Tebessüm edilmeli” (Şahin 2019: 34).

2.4.2. Etkili Konuşma

Sağlık hizmeti sunucusu durumunda olansağlık çalışanı ile hizmet sürecindeki muhatabı olan hasta/hasta yakını arasında, arzulanan hedef doğrultusunda iletişimin kurulabilmesi noktasında; kaynak pozisyonunda olan sağlık personeli alıcıya mesajlarını en doğru ve anlaşılır bir Şekilde aktarmasını ve hasta/hasta yakının geri bildirim yapması sürecini kapsar. Etkin konuşma noktasında bazı Őeylere dikkat edilmesi gereklidir.

“Etkili Konuşma İçin;

- Göz teması kurularak konuŐulmalı
- Mümkün olduğunca siz dili ile hitap edilmeli
- Sade, anlaşılır ve hastanın kavrayabileceği ifadeler seçilmeli
- Uygun ses tonu ile konuŐulmalı
- Yargılayıcı ifadelerden kaçınılmalı
- Genelleyici ifadelerden sakınılmalı
- Jest ve mimiklerle birlikte beden dili doğru kullanılmalı
- Türkçe karŐılıėı bulunan kavramlar için tıbbi terimler kullanılmamalı
- Yüksek dozda nasihat cümleleri kurulmamalı
- Hastanın beden dili ile verdiği geribildirimleri değerlendirerek iletişime devam edilmeli” (Şahin 2019: 34).

2.4.3. Empatik Yaklaşım

Sağlık hizmetini sunan sağlık çalışanı ile hizmeti alan hasta/hasta yakını arasında, hedeflenen amaca yönelik iletişimin kurulabilmesi noktasında; kişiyi

iletişim kurduğu karşısındaki kişinin yerine koyması, onun bakış açısını anlamaya çalışarak duygu ve düşüncelerini aktarmasını ve hasta/hasta yakınına geri bildirimde bulunması sürecine kapsayan durumdur. Empatik yaklaşım iletişim noktasında birçok kullanışlı ve pratik bilgi ve tecrübe gerektirir. Sağlık çalışanı ve hastanın bilgi, deneyim ve tecrübesine bağlı olarak iletişim ve anlayış hızı ve kalitesi değişiklik gösterecektir.

Empatik Yaklaşım kullanıldığında;

- Sağlık çalışanı ve hasta arasında duygu ve düşüncelerin karşılıklı net olarak anlaşılması sağlanır
- Yanlış anlaşılmalarda en aza indirilir
- Karşılıklı güven duygusu gelişir
- Hastalığın kabul edinme ve tedavi süreci kolaylaşır
- Kurumsal amaçların gerçekleşmesine katkı sağlanmış olur (Şahin 2019: 35).

2.4.4. Geribildirim

Sağlık hizmeti veren sağlık personeli ile bu hizmeti alan hasta/hasta yakını arasında; hedeflenen amaca yönelik iletişimin kurulmasını sağlamak üzere; kaynak tarafından gönderilen her türlü duygu, düşünce ve bilginin alıcı tarafından değerlendirilmesi sonucunda kaynağa geri gönderilen görüş, duygu, düşünce, tutum ve bilginin akışını ifade eden süreçtir. Bu süreç kapsamında doğru ve etkili iletişim sağlanabilmesi için bazı noktaların üzerinde durulması yararlı olacaktır.

Geribildirimde bulunurken;

- Öncelikle olumlu olan geribildirimler belirtilmeli, olumsuz olanlar sona bırakılmalı
- Değişmesi mümkün olmayan davranış ve tutumlarla ilgili geribildirim verilmemesi
- Olumsuz geribildirim verilecekse farklı çözüm yolları da gözden geçirilmeli
- Genelleyici ve yargılayıcı geribildirimler verilmemeli
- En uygun zamanda yapılmalı (Şahin 2019: 35).

2.5. Sağlık İletişimini Olumsuz Etkileyen Tutum ve Davranışlar

“Sağlık hizmeti veren sağlık çalışanı ile bu hizmetin alıcısı konumundaki hasta ve hasta yakını arasındaki iletişimin bozulmasına, azaltıcı veya engelleyici tutum ve davranışları ifade eder. Bunlar;

- Tıbbi terminolojinin gereksiz kullanılması
- Beden dilinin yanlış kullanılması
- Argo kelimeler kullanılması
- Sen dili kullanmak
- Ön yargılı yaklaşımda bulunmak
- Emir vererek yaklaşmak
- Suçlayıcı, yargılayıcı davranmak
- Alaycı yaklaşmak
- Karşı tarafın sözünü kesmek
- Başka işlerle meşgul olmak
- Etkili dinlememek
- Empatik yaklaşımda bulunmamak
- Empatinin sempatiye dönüşmesi
- Aşırı sert ya da aşırı yumuşak üslup kullanmak
- Küçümsemek
- Acıyarak yaklaşım göstermek
- Tehdit edici konuşmak
- Kibirli ya da donuk davranmak
- Geribildirimde bulunmamak” (Şahin 2019: 35).

III. BÖLÜM

3. SAĞLIK PERSONELİ VE HASTA ARASINDAKİ İLETİŞİMİN İNCELENMESİ

3.1. Araştırma Problemi

Etkili ve verimli bir sağlık iletişim süreci oluşması için sağlık çalışanları ve hasta arasındaki iletişimin yüksek olması önemlidir. Bu çalışmada iki taraf arasındaki iletişimin hangi alanlarda ilerlemeye muhtaç olduğu araştırılmış, hastaların sağlık personeli ve sağlık kurumlarına karşı tutumları incelenmiştir.

3.2. Araştırma Amaç ve Önemi

Bu araştırma ve anket çalışmasının amacı sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimi hastaların memnuniyeti göz önünde tutularak, hangi tutum ve davranışların hastaları mutlu ettiği, hangilerinin rahatsız ettiğini tespit edip daha yüksek bir iletişim ve anlayış seviyesine ulaşılmasına katkı sağlamaktır.

Araştırma amacı doğrultusunda cevap aranacak sorular;

- Sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimi etkileyen faktörler nelerdir?
- Sağlık çalışanları hastalarına ne kadar ilgili ve anlayışlı olabiliyor?
- Hastalar, sağlık personelinin hangi tutum ve davranışlarından olumlu ve olumsuz etkilenirler?
- Sağlık personeli hastalarla olan iletişimini nasıl daha yüksek bir seviyeye çıkarabilir?
- Hastalar sağlık sunumundan ne kadar tatmin olmuş bir şekilde hastaneden ayrılıyor?

3.3. Araştırma Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma, Sivas ADSH kurumunda 04.03.2019-22.03.2019 tarihleri arasındaki muayene ve tedavi gören hastalar ile sınırlıdır. Mikro ölçekte hastaların görüşleri incelenerek bazı veriler elde edilmiştir.

Sağlık iletişimi kapsamında bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel olarak çok farklı oldukları ve genel anlamda sadece muayene oldukları hastane ve personeli değil daha önce de yaşadıkları tecrübeler göz önüne alındığında tüm Türkiye hakkında dolaylı manada bir bilgi edilmiştir.

3.4. Araştırma Yöntem ve Modeli

Sağlık personeli ve hastalar arasındaki iletişimin incelendiği araştırma kapsamında nicel araştırma yöntemi olarak anket uygulamasından faydalanılmıştır. Beşli likert ölçek kullanılarak sorulan sorular; ilgi, anlayış ve iletişim soruları faktörleştirilerek anlamlı sonuç elde edilmiştir.

Tarama modeli kullanılarak, sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşunun, hastalar ve yakınları nezdinde tutumları değerlendirilmiştir.

3.5. Araştırma Evreni

Araştırma evreni, Türkiye’de ki bütün ağız ve diş sağlığı hastanelerindeki sağlık çalışanları ve bu hastanelere başvuran hastalardır. Fakat tüm hastane ve hastalara ulaşma imkânı olmadığı için örnekleme gidilmiştir. Evreni temsil ettiği düşünülen ve diş ünit sayısına göre belirlenmiş, 04.03.2019-22.03.2019 tarihleri arasında gönüllü onam formları alınmış 300 hasta örnekleme teşkil etmektedir.

3.6. Araştırmanın Hipotezi

Araştırma kapsamında yapılan literatür taramaları sonucunda belirli demografik özellikler de farklılık oluşabileceği varsayımları değerlendirilerek bazı hipotezler oluşturulmuştur.

Oluşturulan hipotezler;

H₀: Hastaların yaş gruplarına göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur.

H₁: Hastaların yaş gruplarına göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında farklılık vardır.

H₀: Hastaların cinsiyetlerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur.

H₁: Hastaların cinsiyetlerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında farklılık vardır.

H₀: Hastaların eğitim düzeylerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur.

H₁: Hastaların eğitim düzeylerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında farklılık vardır.

H₀: Hastaların medeni durumlarına göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur.

H₁: Hastaların medeni durumlarına göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında farklılık vardır.

H₀: Hastaların gelir düzeylerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur.

H₁: Hastaların gelir düzeylerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında farklılık vardır.

Olarak belirlenmiştir.

3.7. Bulgular

Araştırma sonucunda birtakım bulgular elde edilmiştir. Bu bulgular aşağıda başlıklar halinde incelenerek gerekli testler yapılmıştır.

3.7.1. Katılımcıların Demografik Bulgularına İlişkin Dağılımlar

Tablo 3: Cinsiyete Göre Dağılım

Cinsiyet	Frekans	%
Kadın	166	55,9
Erkek	131	44,1
Toplam	297	100,0

Tablo 3'e göz atıldığında anketimize katılanların sayıları 297 kişi olup anketimize katılım sağlayan kadınların sayıları 166 kişi ile katılanların %55,9'unu ve ankete katılım sağlayan erkekler 131 kişi ile %44,1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 4: Yaş Aralıkları Dağılımı

Yaş	Frekans	%
18-26	94	31,7
26-34	66	22,2
35-44	71	23,9
45-54	32	10,8
55 ve üzeri	34	11,4
Toplam	297	100,0

Tablo 4'e baktığımızda ankete katılım sağlayanların sayısı 297 kişi olup bu sayı ankete 18-26 yaş grubu 94 kişi ile %31,7'sini oluştururken, ankete katılan 26-34 yaş grubu 66 kişi ile %22,2'sini, ankete katılan 35-44 yaş grubu 71 kişi ile %23,9'unu, ankete katılan 45-54 yaş grubu 32 kişi ile %10,8'ini, ankete katılan 55 ve üzeri yaş grubu 31 kişi ile %11,4'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 5: Medeni Durum Dağılımı

Medeni Durum	Frekans	%
Evli	172	57,9
Bekâr	98	33,0
Dul/Boşanmış	27	9,1
Toplam	297	100,0

Tablo 5'e göz atıldığında ankete katılım sağlayanların sayısı yine 297 kişidir. Ankete katılan bekâr medeni durum 172 kişi ile %57,9'unu, ankete katılan evli medeni durum 98 kişi ile %33'ünü, ankete katılan dul/boşanmış medeni durum 27 kişi ile %9,1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 6: Eğitime Göre Dağılım

Eğitim	Frekans	%
İlkokul	48	16,2
Ortaokul	89	30,0
Ön Lisans	69	23,2
Lisans	66	22,2
Lisansüstü	25	8,4
Toplam	297	100,0

Tablo 6'ya göz atıldığında ankete katılım sağlayanlar 297 kişidir. Ankete katılan ilkokul eğitim durumu 48 kişi ile %16,2'sini, ankete katılan ortaokul eğitim durumu 89 kişi ile %30'unu, ankete katılan önlisans eğitim durumu 69 kişi ile %23,2'sini, ankete katılan lisans eğitim durumu 66 kişi ile %22,2'sini, ankete katılan lisansüstü eğitim durumu 25 kişi ile %8,4'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 7: Meslek Durumları Dağılımı

Engel Durumu	Frekans	%
Memur	80	27,0
İşçi	50	16,8
Serbest Çalışan	61	20,5
Emekli	20	6,7
İşsiz	86	29,0
Toplam	297	100,0

Tablo 7'ye göz atıldığında ankete katılım sağlayanların sayıları 297 kişidir. Ankete katılan memur meslek grubu 80 kişi ile %27'sini, ankete katılan işçi meslek grubu 50 kişi ile %16,8'ini, ankete katılan serbest çalışan meslek grubu 61 kişi ile %20,5'ini, ankete katılan emekli meslek grubu 20 kişi ile %6,7'sini, ankete katılan işsiz meslek grubu 86 kişi ile %29'unu oluşturmaktadır.

Tablo 8: Gelir Durumuna Göre Dağılım

Gelir (TL)	Frekans	%
Düzenli gelir yok	73	24,6
Asgari Ücret	59	19,9
2500-3500TL	63	21,2
3500-5000TL	66	22,2
5000TL Üzeri	36	12,1
Toplam	297	100,0

Tablo 8'e göz atıldığında ankete katılım sağlayanlar 297 kişidir. Ankete katılan asgari ücret gelir durumu 73 kişi ile %24,6'sını, ankete katılan 2500-3500 gelir durumu 59 kişi ile %19,9'unu, ankete katılan 3500-5000 gelir durumu 66 kişi ile %22,2'sini ve ankete katılan 5000 ve üstü gelir durumu 36 kişi ile %12,1'ini oluşturmaktadır.

3.7.2. Verilerin Normallliği

Tablo 9: Basıklık ve Çarpıklık Katsayısına Göre Normal Dağılım İncelemesi

Faktör	N	Skewness(Çarpıklık)	Standart Hata of Skewness	Kurtosis (Basıklık)	Standart Hata of Kurtosis
İlgi	297	-0,490	0,141	0,067	0,282
Anlayış	297	-0,474	0,141	0,104	0,282
İletişim	297	-0,157	0,141	0,246	0,282

Tablo 9 incelendiğinde çarpıklık ve basıklık değerlerinin kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, normal dağılımı ortaya koymaktadır. Tabloya göre **ilgi** faktöründe Skewness(çarpıklık) değerinin -0,49 ve Kurtosis (Basıklık) değerinin 0,06 olduğu görülmektedir, ilgili faktörü ± 1 sınırları içinde olduğundan ilgi faktörü normal dağılım göstermektedir. **Anlayış** faktöründe Skewness(çarpıklık) değerinin -0,47 ve Kurtosis (Basıklık) değerinin 0,10 olduğu görülmektedir, anlayış faktörü ± 1 sınırları içinden olduğundan anlayış faktörünün normal dağılım göstermektedir. **İletişim** faktöründe Skewness(çarpıklık) değerinin -0,15 ve Kurtosis (Basıklık) değerinin 0,24 olduğu görülmektedir, iletişim faktörü ± 1 sınırları içinden olduğundan iletişim faktörünormal dağılım göstermektedir.

Faktörlerin tamamının normal dağılım gösterdiğinden dolayı demografik verilere göre farklılıklar analizinde parametrik teknikler kullanılacaktır. İki bağımsız değişkenin farklılıklarında t testi, ikiden fazla değişkenin farklılıkları ANOVA testi kullanılarak farklılıklar tespit edilecektir.

Aynı zamanda ortaya çıkan farklılıkların hangi gruplardan olduğunu tespit etmek için homojenlik testi yapılarak çoklu karşılaştırma testlerinden Tamhane t2 veya Tukey testi kullanılacaktır.

3.7.3. Verilerin Güvenilirliği

Tablo 10: Ölçeklerin ve Maddelerin Cronbach α Katsayıları

Faktörler	Maddeler	Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayısı (α)
İletişim	5 Madde	0,634
Anlayış	6 Madde	0,807
İlgi	9 Madde	0,910
Toplam	20 Madde	0,905

Tablo 10 incelendiğinde Cronbach α katsayılarına göre kullanılan ölçeğin, iç tutarlılığının faktörler açısından aynı zamanda ölçeğin bütünü olarak yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

3.7.4. Faktörlerin Cinsiyete Göre Analizi

Cinsiyetin alt grupları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenecektir. Bu kapsamda iki grup karşılaştırmasında kullanılan bağımsız gruplar t testi yapılmış sonuçlar tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Faktörlerin Cinsiyete t Testi

Faktörler	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	P
İletişim	Kadın	166	3,32	0,73	0,55	0,577
	Erkek	131	3,37	0,82		
Anlayış	Kadın	166	3,49	0,84	-0,06	0,949
	Erkek	131	3,48	0,89		
İlgi	Kadın	166	3,38	0,88	-0,07	0,939
	Erkek	131	3,37	0,91		

Tablo 11’deki t testin bulgularına göre katılımcıların “İletişim” faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=-0,55$; $p>0,05$). “Anlayış” faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=-0,06$; $p>0,05$). “İlgi” faktöründe cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t=-0,07$; $p>0,05$).

Cinsiyet değişkenine göre faktörler açısından hiçbir faktörde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Yani İletişim, Anlayış ve İlgi açısından farklılıklar bulunmamaktadır. Üç faktörde cinsiyet açısından çok yakın değerler elde edilmiştir.

3.7.5. Faktörlerin Medeni Duruma Göre Analizi

Tablo 12: Faktörlerin Medeni Duruma Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
İletişim	Gruplar Arası	5,528	2	2,764	4,577	,011
	Gruplar İçi	177,554	294	,604		
	Toplam	183,082	296			
Anlayış	Gruplar Arası	,337	2	,168	,221	,802
	Gruplar İçi	223,901	294	,762		
	Toplam	224,238	296			
İlgi	Gruplar Arası	,290	2	,145	,177	,838
	Gruplar İçi	240,422	294	,818		
	Toplam	240,711	296			

Tablo 12’teki ANOVA testi bulgularına göre “İletişim” faktöründe katılımcıların medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($F=4,577$; $p<0,05$)

Tablo 12’teki ANOVA testi bulgularına göre “Anlayış” faktöründe katılımcıların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($F=0,221$; $p>0,05$).

Tablo 12’teki ANOVA testi bulgularına göre “İlgi” faktöründe katılımcıların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($F=0,177$; $p>0,05$).

Tablo 12’nin bulguları doğrultusunda medeni durum gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilen İletişim faktöründe ($p=0,01$) farklılığın hangi medeni durum gruplarından kaynaklandığını belirlemek için sırayla homojenlik testi ve çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan homojenlik testi Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Faktörlerin Medeni Duruma Göre Homojenlik Testi Sonucu

Faktörler	Levene İstatistiği	s.d. 1	s. d. 2	P
İletişim	0,949	2	294	0,388

Tablo 13'teki Levene varyansların homojenliği testi bulgularına göre **iletişim** faktörünün puanlarına ilişkin yaş gruplarına ait varyansların homojen olduğu görülmektedir ($p=0,388>0,05$). Buna göre iletişim faktöründe görülen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi ile tespit edilecektir.

Yapılan Tukey testi bulguları ve gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri sırası ile Tablo 14 ve Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 14: Medeni Durum Gruplarına Göre Tukey Testi Sonuçları

1.Grup	2. Grup	Ortalama Farkı	P
Evli	Bekâr	-,24646*	,034
	Dul/Boşanmış	-,35538	,071
Bekâr	Evli	,24646*	,034
	Dul/Boşanmış	-,10892	,795
Dul/Boşanmış	Evli	,35538	,071
	Bekâr	,10892	,795

Tablo 15: Faktörlerin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

Faktörler	Yaş Grupları	N	\bar{X}	Ss
İletişim	Evli	172	3,23	,807
	Bekâr	98	3,48	,749
	Dul/Boşanmış	27	3,59	,669
	Toplam	297	3,35	,786

Tablo 14'deki Tukey testi sonuçlarına göre Evli ile bekâr medeni durum gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,034<0,05$) olduğundan evli ile bekâr medeni durum grupları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Tablo 15'e bakıldığında, evli medeni durum grubu için iletişim düzeyi 3,23 (%65), bekâr medeni durum için iletişim düzeyi 3,48(%70) bulunmuştur. Yani katılımcıların iletişim faktörü düzeyinde bekâr medeni durum grubunun evli medeni durum gurubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.7.6. Faktörlerin Yaşa Göre Analizi

Tablo 16: Faktörlerin Yaşa Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
İletişim	Gruplar Arası	3,073	4	,768	1,246	,292
	Gruplar İçi	180,010	292	,616		
	Toplam	183,082	296			
Anlayış	Gruplar Arası	5,550	4	1,388	1,853	,119
	Gruplar İçi	218,687	292	,749		
	Toplam	224,238	296			
İlgi	Gruplar Arası	3,002	4	,750	,922	,452
	Gruplar İçi	237,710	292	,814		
	Toplam	240,711	296			

Tablo 16'daki ANOVA testi sonuçlarına göre "İletişim" faktöründe katılımcıların yaş gruplarına göre çok anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($F=1,246$; $p>0,05$).

Tablo 16'daki ANOVA testi sonuçlarına göre "Anlayış" faktöründe katılımcıların yaş gruplarına göre çok anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($F=1,853$; $p>0,05$).

Tablo 16'daki ANOVA testi sonuçlarına göre "İlgi" faktöründe katılımcıların yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,922$; $p>0,05$).

Anova testi sonuçlarına göre yaştan alt gruplarında iletişim, anlayış ve ilgi faktörlerinde herhangi bir farklılık tespit edilememiştir.

3.7.7. Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Analizi

Tablo 17: Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
İletişim	Gruplar Arası	2,459	4	,615	,994	,411
	Gruplar İçi	180,623	292	,619		
	Toplam	183,082	296			
Anlayış	Gruplar Arası	1,361	4	,340	,446	,776
	Gruplar İçi	222,877	292	,763		
	Toplam	224,238	296			
İlgi	Gruplar Arası	4,708	4	1,177	1,456	,216
	Gruplar İçi	236,003	292	,808		
	Toplam	240,711	296			

Tablo 17’deki ANOVA testi sonuçlarına göre “İletişim” faktöründe katılımcıların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,994$; $p>0,05$).

Tablo 17’deki ANOVA testi sonuçlarına göre “Anlayış” faktöründe katılımcıların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,446$; $p>0,05$).

Tablo 17’deki ANOVA testi sonuçlarına göre “İlgi” faktöründe katılımcıların eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,456$; $p>0,05$).

Anova testi sonuçlarına göre eğitim durumunun alt gruplarında iletişim, anlayış ve ilgi faktörlerinde herhangi bir farklılık tespit edilememiştir.

3.7.8. Faktörlerin Mesleğe Göre Analizi

Tablo 18: Faktörlerin Mesleğe Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
İletişim	Gruplar Arası	1,884	4	,471	,759	,553
	Gruplar İçi	181,199	292	,621		
	Toplam	183,082	296			
Anlayış	Gruplar Arası	1,774	4	,443	,582	,676
	Gruplar İçi	222,464	292	,762		
	Toplam	224,238	296			
İlgi	Gruplar Arası	5,009	4	1,252	1,551	,187
	Gruplar İçi	235,702	292	,807		
	Toplam	240,711	296			

Tablo 18'deki ANOVA testi sonuçlarına göre "İletişim" faktöründe katılımcıların mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,759$; $p>0,05$).

Tablo 18'deki ANOVA testi sonuçlarına göre "Anlayış" faktöründe katılımcıların mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,582$; $p>0,05$).

Tablo 18'deki ANOVA testi sonuçlarına göre "İlgi" faktöründe katılımcıların mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,456$; $p>0,05$).

Anova testi sonuçlarına göre mesleğin alt gruplarında iletişim, anlayış ve ilgi faktörlerinde herhangi bir farklılık tespit edilememiştir.

3.7.9. Faktörlerin Gelire Göre Analizi

Tablo 19: Faktörlerin Gelire Göre Anova Testi

ANOVA						
Faktörler		Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	P
İletişim	Gruplar Arası	1,606	4	,401	,646	,630
	Gruplar İçi	181,477	292	,621		
	Toplam	183,082	296			
Anlayış	Gruplar Arası	1,008	4	,252	,330	,858
	Gruplar İçi	223,229	292	,764		
	Toplam	224,238	296			
İlgi	Gruplar Arası	1,639	4	,410	,500	,736
	Gruplar İçi	239,073	292	,819		
	Toplam	240,711	296			

Tablo 18'deki ANOVA testi sonuçlarına göre "İletişim" faktöründe katılımcıların gelirlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,646$; $p>0,05$).

Tablo 18'deki ANOVA testi sonuçlarına göre "Anlayış" faktöründe katılımcıların gelirlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,330$; $p>0,05$).

Tablo 18'deki ANOVA testi sonuçlarına göre "İlgi" faktöründe katılımcıların gelirlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=0,500$; $p>0,05$).

Anova testi sonuçlarına göre gelirin alt gruplarında iletişim, anlayış ve ilgi faktörlerinde herhangi bir farklılık tespit edilememiştir.

3.7.10. Faktörler Arasındaki İlişki Düzeyi

Tablo 20: İletişim, İlgi ve Anlayış Faktörleri Arasındaki İlişki Düzeyi

Korelasyon				
		İletişim	Anlayış	İlgi
İletişim	PearsonKorelasyon	1	,419**	,392**
	P		,000	,000
	N	297	297	297
Anlayış	PearsonKorelasyon	,419**	1	,655**
	P	,000		,000
	N	297	297	297
İlgi	PearsonKorelasyon	,392**	,655**	1
	P	,000	,000	
	N	297	297	297

Tablo 20'deki korelasyon analizi sonucu incelendiğinde iletişim ve Anlayış faktörleri arasında 0,01 düzeyinde ($p=0,000<0,01$) anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin düzeyinin ise pozitif yönlü yaklaşık %42 düzeyinde güçlü bir ilişkinin olduğu söylenebilir. İletişim ve İlgi faktörleri arasında 0,01 düzeyinde ($p=0,000<0,01$) anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin düzeyinin ise pozitif yönlü %39 düzeyinde güçlü bir ilişkinin olduğu söylenebilir. İlgi ve Anlayış faktörleri arasında 0,01 düzeyinde ($p=0,000<0,01$) anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Bu ilişkinin düzeyinin ise pozitif yönlü %65 düzeyinde güçlü bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Faktörler arasındaki incelenen ilişki düzeylerinin varlığı faktörler arasında etkileşimin olduğunun kanıtıdır. Bundan dolayı bağımlı değişken **İletişim** faktörüne, bağımsız değişkenlerden **ilgi** ve **anlayışın** etkileri, regresyon analizi ile test edilecektir.

Tablo 21: İletişim Faktörüne İlgili ve Anlayışın Etkisi

ANOVA					
Model	Kareler Toplamı	s.d.	Kareler Ortalaması	F	p
Regresyon	36,583	2	18,291	36,708	,000
Kalıntı	146,500	294	,498		
Toplam	183,082	296			
Bağımlı Değişken: İletişim					
Bağımsız Değişken: İlgili, Anlayış					

Tablo 21’de katılımcıların anlayış ve ilgi düzeylerinin İletişime etkisi verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların ilgi ve anlayış faktörlerinin hastane personellerinin iletişim düzeylerine etkisinin olduğu görülmüştür ($p=0,000<0,05$). İletişim faktörüne etkilerinin dereceleri ve yönü aşağıdaki tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: İletişim Faktörüne İlgi ve Anlayış Faktörlerinin Etkilerinin Yönü ve Dereceleri

Alt Boyutlar	Standardize Edilmemiş Kat Sayılar		Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları	t	P
	B	St. Hata	Beta		
Sabit	1,848	,180		10,258	,000
Anlayış	,256	,062	,283	4,101	,000
İlgi	,181	,060	,207	3,004	,003
Bağımlı Değişken: İletişim					

Tablo 20’de katılımcıların iletişimin ve ilginin hastaların anlayış düzeylerine etkisi verilmiştir.

Tablo incelendiğinde **Anlayış** faktörünün iletişim faktörüne anlamlı etkisinin olduğu ($p=0,000<0,05$) tespit edilmiştir. Anlayış faktörünün İletişime etkisinin 0,25 düzeyinde pozitif yönlü olduğu görülmektedir. **İlgi** faktörünün iletişime anlamlı etkisinin olduğu ($p=0,003<0,05$) tespit edilmiştir. İlgi faktörünün iletişime etkisinin 0,18 düzeyinde pozitif yönlü olduğu görülmektedir.

Yani bulgulara göre hastaların iletişim düzeylerine, anlayış faktörünün büyük etkisinin olduğu bu durumda anlayışlı davranan personelin iletişimi artırdığı söylenebilir.

3.7.11. Regresyon modeli

Tüm bu bulgular neticesinde bir regresyon modeli elde edilmiştir. Oluşan model;

$$Y=B+B_1.X_1+B_2.X_2$$

Y= Bağımlı Değişken (İletişim)

X₁= Bağımsız Değişken (Anlayış)

X₂= Bağımsız Değişken (İlgi)

$$\text{İletişim} = 1,84 + 0,25.X_1 + 0,18.X_2$$

Bağımsız değişkenin etkilerine göre bağımlı değişkeni hangi düzeyde etkilediği yukarıdaki model ile gösterilmiştir.

Tablo 23: Faktörlere Göre Ortalamalar

Ortalamalar				
		İletişim	Anlayış	İlgi
Toplam	Ortalama	3,35	3,48	3,38
	N	297	297	297
	Standart sapma	,78646	,87038	,90178

Tablo 23 incelendiğinde ankete cevap verenlerin genel ortalaması verilmiştir. Buna göre ortalamalar incelendiğinde; iletişim faktörünün ortalamasının 3,35 (%67), Anlayış faktörünün ortalamasının 3,48 (%70) ve ilgi faktörünün ortalamasının 3,38 (%68) olduğu tespit edilmiştir. Bulgulara göre en fazla memnuniyetin anlayış faktöründe olduğu görülmektedir. Buna göre hastane personelinin tedaviye gelen hastalara anlayışlı davrandığını söyleyebilmekle birlikte tüm faktörler birbirine yakın seyrederek yaklaşık %70’lik bir memnuniyet elde edilmiştir.

3.8. Tartışma

Sivas ADSH’de 300 hastaya anket uygulaması yapılarak incelenmiştir. İncelemeler kapsamında 297 kişi cinsiyetini belirttiği ve bu kitlenin 166 kişi ile %55,9’u kadın, 131 %44,1’i erkek olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre faktörler arası bir fark olup olmadığı ve memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla t testi uygulanmıştır. T testin sonuçlarına göre katılımcıların “İletişim” faktöründe cinsiyete göre ($t=-0,55$; $p>0,05$) değeri ile “Anlayış” faktöründe cinsiyete göre ($t=-0,06$; $p>0,05$) değeri ile “İlgi” faktöründe cinsiyete göre de ($t=-0,07$; $p>0,05$) değeri ile anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu verilere göre H_0 “Hastaların cinsiyetlerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur.” hipotezi kabul edilmiştir.

Ankete katılan hastalardan 18-26 yaş grubu 94 kişi ile %31,6'sını oluşturur. Ankete katılan diğer yaş grupları 26-34 yaş grubu 66 kişi ile %22,2'sini, 35-44 yaş grubu 71 kişi ile %23,9'unu, ankete katılan 45-54 yaş grubu 32 kişi ile %10,8'ini, ankete katılan 55 ve üzeri yaş grubu 31 kişi ile %11,4'ünü oluşturmaktadır. ANOVA testi sonuçlarına göre "İletişim" faktörü ($F=1,246$; $p>0,05$), "Anlayış" faktörü ($F=1,853$; $p>0,05$), "İlgi" faktöründe ise ($F=0,922$; $p>0,05$) değerleri ile üç faktörde de yaş gruplarına göre çok anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür. Bu bilgiler bize göstermektedir ki; **H₀**: "Hastaların yaş gruplarına göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur."

Yapılan ankete katılan ilkokul mezunu birey sayısı 48 kişi ile %16,2'dir. Ortaokul mezunu 89 kişi ile %30, ön lisans mezunu 69 kişi ile %23,2, lisans mezunu 66 kişi ile %22,2, lisansüstü eğitim almış kişilerde 25 kişi ile kitlenin %8,4'ünü oluşturmaktadır. Anove testi sonuçlarına göre "İletişim" faktörünün eğitim durumuna göre elde edilen değer ($F=0,994$; $p>0,05$), "Anlayış" faktörüne göre elde edilen değer ($F=0,446$; $p>0,05$), "İlgi" faktörüne göre bulunan değer ise ($F=1,456$; $p>0,05$) olarak gözlemlenmiştir. Bu değerler ışığında; **H₀**: Hastaların eğitim düzeylerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur." hipotezi kabul edilmiştir.

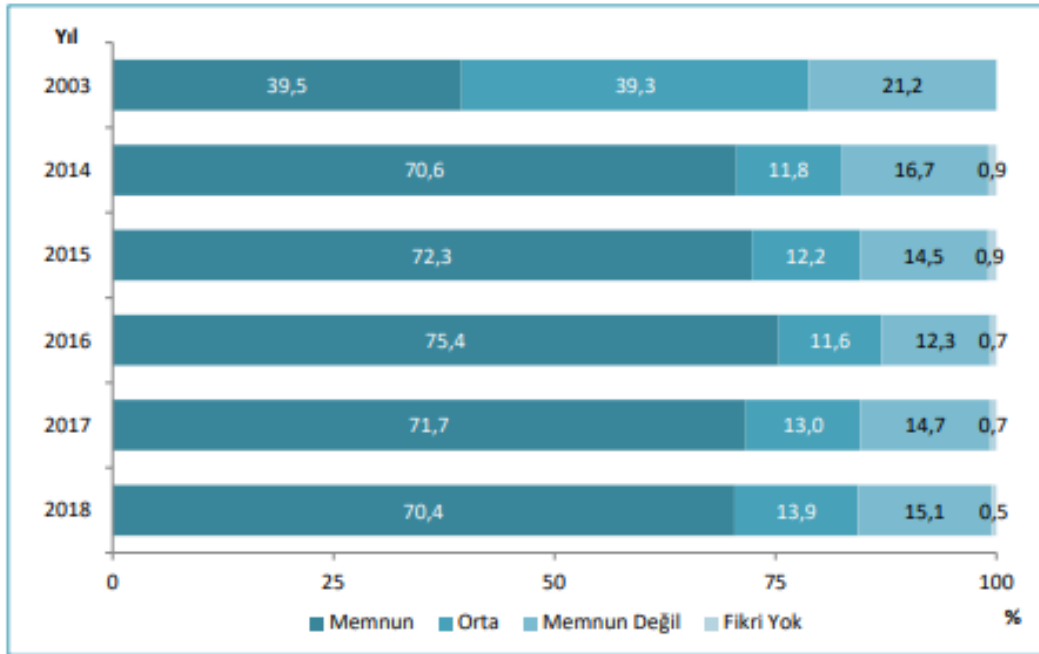
Ankete katılan kişilerden bekâr olan bireyler 172 kişi ile kitlenin %57,9'unu, ankete katılan evli olanlar 98 %33'ünü, dul/boşanmış olanlar ise 27 kişi ile %9,1'ini oluşturmaktadır. Yapılan Tukey testi sonuçlarına göre evli ve bekâr medeni durumda olan gruplarının p değeri 0,05'den küçük ($p=0,034<0,05$) olduğu için aralarında anlamlı bir farklılık vardır denilebilir. Bu farka bakıldığında evli olanların iletişim düzeyi 3,23 (%65), bekâr olanların ise iletişim düzeyi 3,48(%70) olarak bulunmuştur. Bu veriler ile **H₁**: Hastaların medeni durumlarına göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında farklılık vardır." hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan Anova testleri sonuçlarına göre katılımcıların gelir durumlarına göre üç faktörde elde edilen sonuçlar; "İletişim" faktöründe ($F=0,646$; $p>0,05$), "Anlayış" faktöründe ($F=0,330$; $p>0,05$), "İlgi" faktöründe ise ($F=0,500$; $p>0,05$) olarak elde edilmiştir. Bu değerlere bakıldığında faktörler arasında gelir düzeylerine göre anlamlı bir farklılık bulunamamış ve **H₀**: Hastaların gelir düzeylerine göre incelenen faktörlerde memnuniyet oranlarında fark yoktur." hipotezi kabul edilmiştir.

Tüm analizler ve istatistik uygulamaları ankete katılım sağlayan bireylerin cevapları dağılımının homojen olduğunu göstermiştir. Sadece medeni durumlarına göre küçük bir fark hariç tüm gruplarda faktörlerin dağılımı homojendir. Dağılımın bu denli homojen oluşu, Sivas ADSH personelinin hastalara karşı yaş, cinsiyet, gelir durumu vb. demografik ve sosyal yönlerden ayırım yapmadan eşit davrandığı izlenimini oluşturmaktadır. Medeni duruma göre oluşan küçük farklılık ise bekâr medeni durumda olan bireylerin iletişime daha önem verdiği ve daha açık oldukları varsayımını destekler niteliktedir.

3.8.1. Elde Edilen Sonuçların Önceki Araştırmalar ve Genel Durum ile Karşılaştırılması

Elde edilen bulgular ışığında tüm araştırma sonucuna ve verilerine genel olarak göz atıldığında hastaların sağlık iletişimi noktasında iletişim, ilgi ve anlayış faktörlerinde yaklaşık %70’lik bir oran dikkat çekmiştir. Bu oran Şekil 5’te de görüldüğü gibi TÜİK ’in “yaşam memnuniyeti anketi” kapsamında yaptığı sağlık hizmetlerinden genel olarak memnuniyet verileriyle çok yakın seyretmektedir.



Şekil 5. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri

Kaynak: (Birinci 2019: 44)

2008 yılında yapılan ve anketini ölçeklendirerek kullandığımız sağlık kurumlarındaki iletişimin incelendiği araştırmada %51,7 iletişimden memnuniyet oranı gözlemlenmiştir (Çelik 2008). Bu oran sağlıkta memnuniyet oranlarının yıllık seyrine göre yapıldığı yıl itibarıyla genel ortalamaya yakın değerlerdedir.

2016 yılında özel, devlet ve üniversite hastanelerin iletişim ve memnuniyetlerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada devlet hastanelerinde (iletişim: %62, memnuniyet: %75) değerleri elde edilmiştir (Kılıç 2016). Araştırma sonuçları ile bu çalışma arasında yakın değerler dikkat çekmektedir

2017 yılında bu araştırmanın saha çalışma alanı olan Sivas ADSM’de yapılan bir tez çalışmasında faktörlerimize yakın sorular ile yapılan ankette yaklaşık %70’lik bir memnuniyet oranı elde edildiği gözlemlenmiştir (Özbek 2017).

Araştırma kapsamında incelenen tüm faktörler homojen dağılım sergilemiştir. Sağlık personeli ve hasta iletişimde genel durum ve önceki araştırmalar benzer bir tablo sergilemiştir.



SONUÇ

Sağlık, sağlık kuruluşları ve sağlık personelinin ele alındığı ilk bölümde ülkemizdeki sağlık kurum ve kuruluşları, çalışan personel ve fiziki alt yapı durumu, uluslararası kıyaslama vb. çeşitli unsurlar incelenmiştir. Araştırma sonucunda bazı önemli veriler elde edilmiştir. Genel olarak iyiye giden bir sağlık hizmeti olduğu, personel sayı ve niteliğinin pozitif yönlü seyrettiğini söylemek mümkündür. Yüz bin kişiye düşen diş hekimi sayısı otuz beş olarak alt sıralarda yer alınan bir durum varken elbette kat edilmesi gereken yol vardır.

Sağlık hizmeti bir ekip işidir. Bir takım çalışması gerektirir. Uyum, dikkat ve özen hat safhada olmalıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında; birçok profesyonel, uzman ve alanında yüksek eğitim almış kişilerin uyum içinde çalışmasıyla sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilebilir.

İkinci bölümde; iletişim, iletişim türleri ve iletişim süreçleri ele alınıp çeşitli çıkarımlar elde edilmiştir. İletişim; karşılıklı saygı ve anlayış ile gerçekleşebilir. Tüm iletişim süreçleri birbirine bağlıdır ve kopukluk yaşandığında yanlış anlaşılmalara meydana gelebilir. Bu yanlış anlamaları en aza indirmek için iletişime açık olunmalı ve sözler özenle seçilmelidir. Empatik yaklaşım sergilenmeli, geri bildirimlerde bulunup muhabata değer verilmelidir.

Sağlık iletişimi; çok farklı uzmanlıktaki, farklı alan ve dünya görüşüne sahip personel ve tüm halk göz önüne alındığında uygulaması en zor alanlardandır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanları saygıyı fazlasıyla hak ederler.

Hasta bireyler ve hasta yakınları içinde buldukları mağduriyet, zor şart ve koşullar ele alındığında ilgi ve anlayışı, sabırlı olup tatlı ve kibar dili hak ederler. Sağlık personeli ile hasta iletişiminde her meslek grubunun ayrı ayrı önemi vardır. Doktor-hasta, hemşire-hasta, tekniker-hasta ve hastane yönetimi-hasta iletişimi hepsi ayrı uzmanlıklar ile önem kazanmaktadır. Hastaya yardımcı olmak, hastanın iyileşeceğine dair umut ve beklentilerini tatmin etmek her birinin halini anlamaya çalışıp tüm adımlarda ve tüm meslek gruplarında hastaya iyi davranmak, iyi bir iletişim kurmak çok önemlidir.

Hastalarla olan iletişimde sağlık çalışanlarının dikkat etmesi gereken unsurları incelediğimizde aşağıdaki önerileri verebiliriz;

- Sağlık çalışanları tüm hastalarına eşit davranmalı. (Tanıdık, dış görünüşü vb. şeylerle bazı hastalara öncelik tanımamalı)
- Sabırlı, anlayışlı ve elinden geldiği ölçüde kibar bir dil, açık bir Türkçe kullanmalı.
- Mesleği ve konumu gereği otoritesini (uzmanlık, yetkili ve iş yapma, yaptırma gücü) kullanmalı.
- Hastalarına ilgili olmalı ve özen göstermeli,
- Yol gösterici olmalı, aydınlatıcı açıklamalar yapmalı.
- Hastasına değer verdiğini, onun rahatsızlığını önemseydiğini belli etmeli.
- Yapabildiği ölçüde tıbbi terimleri hastanın anlayacağı şekilde kullanmalı.
- Hastasını aşağılayıcı, küçümseyici davranışlardan kaçınmalı.

Bu maddeler dışında genel olarak sağlık çalışanı kendisi hasta olarak bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda kendisine nasıl davranılmasını arzu ediyorsa hastalarına karşı öyle davranmaya çalışmalıdır.

Sağlık Çalışanları ile kurulan iletişimde hastaların dikkat etmesi gereken hususlar maddeler halinde incelendiğinde ise;

- Uzmanlığına saygı duyulmalı (Mesleği hakkında bilgi sahibi olunmadığı halde işine karışılmamalı. Bilgi sahibi olursa dahi bir hata söz konusu değilse saygı gereği işine karışılmamalı).
- Kişilik haklarına saygı duyulmalı. (Her kişinin doğuştan gelen hakları)
- Duyulan bir rahatsızlık olduğunda bu kibar bir dille aktarılmalı,
- Çalıştığı kurumun itibarı düşünülerek iletişim kurallarına dikkat edilmeli. (Sonuçta oradaki çalışan kurumunun kendisine sunmuş olduğu imkânlar dâhilinde ve kurumun kendisine yüklediği görev ve sorumluluk sebebiyle orada bulunmaktadır.)
- Çok fazla soru sorulmamalı (Gereksiz ve fazla soru işin yavaşlamasına ve bizden sonraki bireylerin haklarına tecavüze sebep olabilir).
- Bir bulaşıcı hastalığı varsa bunu sağlık çalışanına ilk iletişimde belirtmeli.

Bu maddelere değindikten sonra genel olarak hasta da kendisine yapıldığında rahatsız olacağı bir hareketi, duygudaşlık kurarak sağlık personeline yapmamalı.

Yapılan araştırma sonucunda; Cronbach Alfa katsayısı 0,905 ile yüksek bir iç tutarlılık katsayısı elde edilmiştir. Oluşturulan regresyon modeli bize net bir şekilde göstermektedir ki hastalara karşı ilgili ve anlayışlı olunduğu muddetçe iletişimden memnuniyet artmaktadır. Hasta ve yakınlarının, sağlık personelinden istediği şey; kendilerinin halini anlaması ve anlayışlı davranılmasıdır. Bu da ancak ilgili olarak ve iletişim kanallarını açık tutmakla mwmkmn olabilir.





KAYNAKÇA

- Aydoğan, Murat (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda İletişimin Önemi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Barut, Yasin (2015). *Duygusal Zeka ve İletişim Becerileri İlişkisi: Örgüt Kültürünün Aracı Rolü*. İzmir: Yaşar Üniversitesi, Doktora Tezi.
- Birinci, Şuayip (2019). *Sağlık İstatistik Yıllıkları 2018*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Bozkanat, Esra (2016). *The growth of health communications—A story of consumer power and medical innovation.* *Health Industry Communication*.
- Bozkanat, Esra (2013). *Health communication: From theory to practice*. Düzenleyen R John Wiley & Sons SCHIAVO. (Çevrimiçi) https://books.google.com.tr/books/about/Health_Communication.html?id=: İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Bulduklu, Yasin (2010). 'Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri' *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, no. 24: 78.
- Çelik, Fatih (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim: Hasta İle Sağlık Personeli Arasındaki İletişim Üzerine Bir Çalışma*. Konya: Selçuk Üni. Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Yük. Lis. Tezi.
- Çelik, Fatih (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma*. Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Demirtaş, Mustafa (2010). Örgütsel İletişimin Verimlilik ve Etkinliğinde Yararlanılan İletişim Araçları ve Halkla İlişkiler Filmleri Örneği.» *İİBF Dergisi* 28, no. 1: 413.
- Fidan Nevin ve Şimşek Mehmet (2005). *Kurum Kültürü ve Liderlik*. Konya: Tablet Kitabevi.
- Amzat, James O. Razum (2014). *Medical Sociology in Africa*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Karaoğlan, Işıl (2001). «Dünden Bugüne Diş Hekimliği.» *Yeni Türkiye*, 39:357.

- Kavuncubaşı, Şahin (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kılıç, Taşkın (2016). *Hastalarla İletişimin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması*. Gümüşhane: Gümüşhane Üniversitesi.
- Koca, Fahrettin (2019). «54567092/045 sayılı Genelge.» *Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılması*. Sağlık Bakanlığı / Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 10.
- Kumbasar, Bahadır (2012). «Sağlık İletişiminde Mesaj Tasarlamada Kültürel Faktörlerin Rolü.» İstanbul: İstanbul Üniversitesi SBE.
- Kuzu, Ömer Faruk (2019). *Türkiye'deki Ağız ve Diş Sağlığı Politikalarının İncelenmesi ve Yeni Model Önerisi*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Neuhauser Linda, Kreps Gary (2003). *Rethinking Communication in the E-health Era*. Cilt 8. Journal of Health Psychology.
- Okay, Ayla (2016). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Orhon, Nezih (2012). *İletişim Bilgisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Özbek, Rabia (2017). *Sağlık Kuruluşları Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Özensel, Ertan (2004). *Hekimler ve Hekimlik*. Çizgi Kitap.
- Özodaşık, Mustafa (2018). *Halkla İlişkiler ve İletişim*. Yayın: 2682: Anadolu Üniversitesi.
- Pamukçu, Denizsu (2018). *Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. Saliha Özpınar)*. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- Tengilimoğlu Dilaver, Akpolat Mahmut ve Işık Oğuz (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* içinde, 73. Ankara.
- S.B. <https://istanbulism.saglik.gov.tr/TR,50448/saglik-kurumlari.html>. 4 1 2020. (1 4, 2020 tarihinde erişilmiştir).

Sabuncuoğlu Zeyyat, Gümüş Mustafa (2008). *Örgütlerde İletişim*. Arıkan Basım Yayım.

Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Organizasyon. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2015.

Sağlık Bilimleri, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. «2017, Sağlık İstatistik Yıllıkları.» Sağlık Bakanlığı. *Sağlık İstatistik Yıllıkları*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>, tarih yok.

Somunoğlu, Sinem (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi 1*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Sağlık Kavramı (2020). Sağlık Yönetimi Dergisi <https://journalhealthmanagemant.blogspot.com/2016/11/saglk-kavram.html>, Erişim 05.08.2020: 2020.

Şahin, Fatıma (2019). *Yöneticiler, Sağlık Çalışanları, Hasta ve Hasta Yakınları İçin Eğitim/İletişim Kitabı*. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.

Tayfur, Rafet (2009). *Etkili İletişim ve Beden Dili*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

TBMM. *T.C. Anayasası*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2012.

TDK. (2019). *Türk Dil Kurumu*. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=İLETİŞİM, 2019.

Tengilimoğlu, Dilaver (2004). *İşletmelerde Halkla İlişkiler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Tengilimoğlu, Dilaver, (2009). Oğuz Işık, ve Mahmut Akbolat. *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınevi.

TÜİK (2017). «Sağlık İstatistik Yıllıkları 2017.» SB. *Sağlık İstatistik Yıllıkları* . Ankara, 2017.

TÜİK (2017). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması*. Sağlık İstatistik Yıllıkları 2018,

Uztuğ, Ferruh (2003). *Halkla İlişkiler Ve İletişim*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

- Üstünel, Gülcan (2011). *Etkili İletişim ve Beden Dili*. Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- WHO (1947). *DSÖ Anayasası*. World Health Organisation: https://www.who.int/governance/who_constitution_en.pdf (31.08.2019).
- Yaprak, Öztürk (2018). *Kayseri ilinde sağlık hizmetleri talebinin belirleyicileri: Nested Multinomial Logit Model analizi*. Kayseri, Doktora Tezi: Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazgan Mehmet (2009). *Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesi*. İzmir, Yüksek lisans Tezi: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yogesh Pai ve Satyanarayana Chary (2013). *Dimensions of Hospital Service Quality: A Critical Review Perspective of Patients from Global Studies*. Cilt 26. 4 cilt. Abstract International Journal of Health Care Quality.
- Yücel, Erdinç (2017). *İletişimin Derin Sularında*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Zengin Ahmet, Erbaycu Mertoğlu, Yazıcı Ekrem ve Çetinalp Hakan (2013). «Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nin Beş Yıllık Deneyim.» *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*: 105-117.
- Zıllıoğlu, Merih (2007). *İletişim Nedir?* İstanbul, s 199: Cem Yayınevi.
- Zıllıoğlu, Merih (2007). *İletişim Nedir?* İstanbul: Cem Yayınevi.
- CDC. *Center of Disease Control and Prevention, Healthy People 2020*. ABD: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020.htm, 2020.
1219. «Tababet ve Şuabatı San'atların Tarzı İcrasına Dair Kanun.» *Madde 29 – (Değişik: 11/12/2010-6088/1 md.)*, 1928: 891.
- 1219, Kanun. «Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.» *2/1/2014 tarihli ve 6514 sayılı Kanununun 24 üncü maddesi*, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219-20141119.pdf> 1928: 898-2.
27515. *Resmi Gazete Yönetmelik* . resmigazete.gov.tr, 2010.

29007. *Yönetmelik*. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının Görev Tanımlarının ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Sayı: 29007, 22 5 2014.

29256. *Sağlık Bakanlığından; Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönetmelik*. Resmi Gazete, Beşinci Bölüm, 3 2 2015.

29256, Sayı. «Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi.» *Yönetmelik*. Resmi Gazete, 3 2 2015.

29256, Sayı:.. *Sağlık Bakanlığından; Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Hakkında*. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150203-3.htm>, Sayı: 29256, 3 2 2015.

«5510 sayılı kanun.» *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*. 31 5 2006.



EKLER

Ek 1: Anket

SORULAR

1- Yaşınız

- 1)10-20 2)21-32 3)33-44 4)45-54 5)55-64 6) 65 ve üzeri

2- Medeni Durumunuz?

- 1) Evli 2) Bekâr 3) Dul/Boşanmış

3- Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Bay 2) Bayan

4- Varsa çocuk sayısı: _____

5- Eğitim durumunuz nedir?

- 1) İlköğretim 2) Orta Öğretim 3) Ön Lisans 4) Lisans 5) Lisansüstü

6- Yaptığınız iş nedir?

- 1)Memur 2) İşçi 3) Serbest çalışan 4) Emekli 5) İşsiz 6) Öğrenci

7- Sosyal güvenceniz var mı?

- 1) Emekli sandığı 2) SSK 3) Bağ kur 4) Yeşil kart 5) Yok

8- Gelir durumunuz nedir?

- 1) Düzenli gelire sahip değilim ()
2) Asgari ücretle çalışıyorum ()
3) 2500-3500 TL arası ücret alıyorum ()
4) 3500-5000 TL arası ücret alıyorum ()
5) 5000 TL ve üzeri ücret alıyorum. ()

Cevaplarınızı aşağıdaki soruların önem derecesine göre 1, 2, 3, 4 ve 5 seçeneklerinden birisini işaretleyerek verebilirsiniz.

Kesinlikle katılmıyorum:1 Katılmıyorum:2 Fikrim yok:3 Katılıyorum:4 Kesinlikle katılıyorum:5

		1	2	3	4	5
1	Sağlık çalışanlarının hastalara karşı iyi davrandığı kanaatindeyim. (Genel manada)					
2	Sağlık kuruluşuna ve çalışanlarına karşı olumsuz düşüncem yok.					
3	Sağlık personelinin, hastaların durumlarını anlayabildiklerini düşünüyorum.					
4	Sağlık kuruluşlarına başvurduğum zaman beklentilerim karşılanıyor.					
5	Doktorumun muayeneye ayırdığı zaman dilimini yeterli buluyorum.					
6	Sağlık kurum ve kuruluşlarında sorun yaşadığım zaman başvurabileceğim herhangi bir yetkili bulabiliyorum.					
7	Sağlık çalışanlarının bazı hastalara daha ayrıcalıklı davrandıklarını düşünüyorum.					
8	Sağlık personelinin cinsiyeti problemimi rahatça anlatmamı etkilemiyor.					
9	Hastanenin işleyişini sağlayan hukuki düzenlemelerin (reçete, sevk vs.) taraflar arasındaki iletişimi olumsuz etkilediğini düşünüyorum.					
10	Hasta hakları konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum.					
11	Sağlık personelinin herkese eşit davrandığını düşünüyorum.					
12	Sağlık personelinin hastalarına karşı sabır gösterdiğini düşünüyorum.					
13	Sağlık personelinin aldığı kararlarda otoriter davrandığını düşünüyorum.					
14	Sağlık personelinin karşısındaki hastasına değer verdiğini düşünüyorum.					
15	Sağlık personelinin hastasına ilgi gösterdiğini düşünüyorum.					
16	Sağlık personelinin güler yüzlü davrandığını düşünüyorum.					
17	Sağlık personelinin hastasına karşı güzel konuştuğunu düşünüyorum.					
18	Sağlık personelinin yol gösterici olduğunu düşünüyorum.					
19	Hastanın giyiminin sağlık personelinin iletişimini etkilediğini düşünüyorum.					
20	Sağlık personelinin hastalarına durumları hakkında açıklayıcı bilgi verdiklerini ve bu konuda onları tatmin ettiklerini düşünüyorum.					

Ek 2: Anket Uygulama İzni



T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sivas Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi



Sayı : 12199614-771
Konu : Anket Uygulama İzni



AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :Fatih AKBULUT' un 21.03.2019 tarih ve 12199614-00-161 sayılı dilekçesi

İlgi tarih ve sayılı yazı dilekçe gereğine gereğince Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Fatih AKBULUT' un “ Sağlık Kuruluşlarında Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi (Sivas ADSH Örneği) isimli tez çalışması kapsamında anket çalışmasını 01.03.2019-01.11.2019 tarihleri arasında hastalara uygulaması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Ö.İsmet TAMER
İdari ve Mali İşler Müdürü

O L U R
.../03/2019
e-İmzalıdır.
Dt. Fuat ŞEN
Başhekim

Sivas Ağız Diş Sağlığı Merkezi Kardeşler Mahallesi Bağdat Caddesi 6. Sokak No: 4
SİVAS

Telefon: Faks No:

e-Posta:buket.kiris@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Buket KIRIŞ

Bilgi için:Buket KIRIŞ

MEMUR

Telefon No:(0 346) 215 20 25

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 25b3f04f-24d9-4925-a439-d94ffd28b785 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3: Anket Uygulaması



T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sivas Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi

SİVAS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ - SİVAS ADŞH
EĞİTİM BİRDİM
17/03/2019 14:34 - 12199614 - 044 - E.15



Sayı : 12199614-044
Konu : Fatih AKBULUT'un Anket
Uygulaması



AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

- İlgi a) Fatih AKBULUT'un 21.03.2019 tarih ve 161 sayılı dilekçesi.
b) 22.03.2019 tarih ve 294 sayılı Başhekimlik Onayımız.

Hastanemizde Sağlık Teknikeri (Radyoloji) olarak görev yapan Fatih AKBULUT'un ilgi (a) dilekçeye istinaden ilgi (b) onay ile "Sağlık Kuruluşlarında Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi (Sivas ADŞH Örneği)" konulu tez çalışmasını yapmak üzere hastanemizde Çalışan ve Hastalara anket uygulaması yapılmış olup, anketler fiziken Fatih AKBULUT'a teslim edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Ö. İsmet TAMER
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü

Ek: 300 adet Anket

Yüceyurt Mh. Rahmi Günay Cd.Numune Hast. Kampüsü No3/L 58040/SİVAS

Telefon: Faks No: 0346 223 49 00

e-Posta: vediadidem.yetim@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sivas.hsm.saglik.gov.tr

Bilgi için: Vedia Didem AKIN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 346) 444 78 58

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b0a16ac4-f9cc-49e3-98a2-1430d8972a5c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Fatih AKBULUT
Doğum Tarihi : 03.09.1988
Doğum Yeri : Sivas
e-posta adresi : fatihakbulut58@hotmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Ön Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi SMYO Radyoloji Bölümü	2010
Lisans	Anadolu Üniversitesi AÖF Uluslararası İlişkiler Bölümü	2014
Lisans	İstanbul Üniversitesi Sağlık Yönetimi	2017
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği	2020

İŞ TECRÜBESİ

Görev	Kurum	Çalıştığı Yıl
Radyoloji Teknikeri	Almus Devlet Hastanesi	2011-2016
Radyoloji Teknikeri	Sivas Numune Hastanesi	2016-2017
Radyoloji Teknikeri	Sivas ADSH	2017-2020