



TC.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARIN
İLETİŞİM YETERLİLİĞİNİN SAĞLIKTA İLETİŞİM SORUNLARI
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mahmut Esat ÜNSAÇAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024

TC.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARIN
İLETİŞİM YETERLİLİĞİNİN SAĞLIKTA İLETİŞİM SORUNLARI
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mahmut Esat ÜNSAÇAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi. Hatice KÜÇÜKCERAN
Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

Konya-2024

TEŞEKKÜR

Sözlükler uzman kelimesini “kendini belli bir alanda özel olarak yetiştirmiş, geniş görüş ve bilgisi olan kimse” olarak tanımlıyor. Benim bu açıklamada en çok geniş görüş kavramı ilgimi çekti. Bana bu ilim ve irfan yolculuğunda, “geniş görüş” kabiliyetini kazanmamda katkısı olan ve eşsiz ilgi ve güzel iletişimleri ile bu çalışmam sürecinde başta yol gösteren tez danışmanı sayın hocalarım Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN’a teşekkürü borç bilirim. Üç yıllık asistanlık süresince her türlü yardımını esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN’a, güler yüzü ve hiç eksiltmediği ilgisi için ise Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ’a teşekkür ederim.

Engin şefkatiyle bana her zaman gösterdiği maddi-manevi destek için eşim Feyza’ya; bugünlere gelmemde her daim sabırla emek veren sevgili babam Muhammed Ali ve sevgili annem Sıddıka ÜNSAÇAN’a; bilgisayarlar ve teknoloji konusundaki bilgisizliğime katlanarak sevgiyle yardım eden çok değerli abim Ahmet Kemal ve canım kardeşim Ayten Rumeysa ÜNSAÇAN’a ayrıca teşekkür ederim.

Ne zaman desteklerine ihtiyaç duysam yardımına koşan, muhabbetlerine doyamadığım ve benden esirgemedikleri eşsiz abilikleri için, çok sevgili Musa ve Agâh abime özellikle teşekkür ederim.

Değerli meslek büyüğüm, abim, dert ortağım, yol göstericim Dr. Ömer Adil İLHAN’a, bana yoldaşlık ederek her şeyimi paylaştığım kardeşim Dr. Mustafa ALICI’ya ve içtenlikle yardımları için Dr. Emre GÜNEŞ’e, asistanlık süresince mesai paylaştığımız tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bu sayfa üç yıl boyunca az veya çok zaman geçirdiğim, bana küçük de olsa yardımı ve desteği olan tüm arkadaşlarımin adını anmak için yetersiz olsa da, her birine ayrı ayrı teşekkür ederim.

Mahmut Esat ÜNSAÇAN

Mart 2024

ÖZET

ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARIN İLETİŞİM YETERLİLİĞİNİN SAĞLIKTA İLETİŞİM SORUNLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mahmut Esat ÜNSAÇAN

Uzmanlık Tezi

Konya-2024

Amaç: Sağlık iletişimi ve sağlıkta iletişim sorunları günümüzün koşullarında gittikçe daha çok önem kazanmaktadır. Bir tarafta kitleler ile kurulan ve sağlık okur-yazarlığı ile ilgili konular sağlık iletişimi kapsamına girerken diğer tarafta sağlık personeli ile hasta arasında gerçekleşen ve en özel konuların konuşulduğu iletişim türü de bu kapsamda değerlendirilir. Sağlıkta iletişimi etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sunulan çalışmada hastaneye başvuran kişilerin iletişim yeterliliğinin sağlıkta iletişime etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmada, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine herhangi bir nedenle başvurmuş 18-65 yaş aralığındaki hasta veya hasta yakınları ile yüz yüze görüşme sağlandı ve gönüllük temelinde anket formunu dolduran katılımcılar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 377 kişi dâhil edilmesi gerektiği hesaplandı. Örneklem büyüklüğüne yaklaşık üç ayda (01 Şubat 2023-30 Nisan 2023) ulaşıldı. Anket formu; sosyodemografik bilgi formu, İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (İYÖ-KF) ve Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği (HMİEÖ)'den oluşmaktaydı. İYÖ-KF'i sekiz alt boyutu (1-Sosyal Davranış Yeterliliği 2-İletişimde Bireysel Yönler 3-Empati Yeterliliği 4-Uyum Yeterliliği 5-Duyarlılık Yeterliliği 6-İletişime Teşvik 7-İnsan İlişkileri 8-Dinleme Yeterliliği), HMİEÖ'nün ise yedi alt boyutu (1-Korku ve Endişe 2-Merak ve Bilgi İhtiyacı 3- İlgi İhtiyacı 4- Önyargı 5- Güvensizlik 6-Güvenlik Personeli 7-Bekleme Süresi) bulunmaktadır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $33,76 \pm 12,05$ (min=18, maks=65) yılı ve %50,7'si (n=203) 30 yaş ve altındaydı. Çalışmaya katılanların %50,5'i (n=202) kadın, %56,0'ı (n=224) evli ve %63,2'si (n=253) üniversite mezunu idi. Anketi cevaplayanların %56'sı (n=224) gelir getiren bir işte çalışmakta iken %52,3'ünün (n=209) geliri giderine denk idi ve %91,0'ı (n=364) kentsel bölgede yaşamaktaydı. Katılımcıların %4,8'i (n=19) iletişim kabiliyetinin yetersiz olduğunu belirtirken, %62,0'ı (n=248) ise daha önceki sağlık merkezi başvurularında iletişim sorunu yaşadığını belirtti.

İletişim yeterlilik toplam puanı, evlilerde ($118,45 \pm 15,3$) , bekâr ($115,30 \pm 16,3$) olanlara göre ($p=0,048$), kentsel bölgede ($117,93 \pm 14,6$) ikamet edenlerde ise kırsal bölgede ($108,25 \pm 23,5$) yaşayanlara göre yüksekti ($p<0,001$). Daha önceki sağlık merkezi başvurularında iletişim sorunu yaşamayanların iletişim puanı ($120,09 \pm 15,5$), yaşadığını belirtenlere ($115,20 \pm 15,7$) göre yüksek bulundu ($p=0,003$). Hiçbir kişilik bozukluğu grubuna dâhil edilmeyenlerin iletişim puanı ($120,84 \pm 12,9$), C tipi kişilik bozukluğu grubundakilerin puanına ($113,03 \pm 16,1$) göre yüksek saptandı ($p=0,004$).

Diğer kişilerle iyi iletişim kurduğunu belirtenlerin hasta merkezli iletişim engelleri ölçeği toplam puanı ($107,40 \pm 12,0$), diğer kişilerle iletişimini iyi olmadığı belirtenlere ($100,52 \pm 9,3$) göre daha yüksek bulundu ($p=0,033$). HMİÖ alt boyutlarını incelediğimizde, katılımcılardan 30 yaş ve altı olanların, merak ve bilgi ihtiyacı alt boyut puanı ($16,92 \pm 2,7$), yaşı 30'un üzerinde olanlara göre ($16,25 \pm 3,0$) daha yüksekti ($p=0,022$). Bekleme süresi alt boyut puanı erkeklerde ($11,24 \pm 3,0$), kadınlara ($10,37 \pm 3,2$) göre ($p=0,006$), evlilerde ise ($11,22 \pm 3,0$), bekârlara ($10,27 \pm 3,1$) göre daha yüksekti ($p=0,003$). Daha önce sağlık hizmeti alırken iletişim sorunu yaşadığını beyan edenlerin bekleme süresi alt boyut puanı ($11,28 \pm 2,8$), yaşamadığını belirtenlere ($10,02 \pm 3,4$) göre daha yüksek tespit edildi ($p<0,001$). Ön yargı alt boyut puanı, kadınlarda ($14,42 \pm 3,5$), erkeklere ($13,48 \pm 3,8$) göre ($p=0,012$), 30 yaş ve altı katılımcıların puanı ($14,44 \pm 3,5$), yaşı 30'un üzerinde ($13,45 \pm 3,8$) olanlara göre ($p=0,008$), bekârların ($14,62 \pm 3,5$) ise, evlilere ($13,43 \pm 3,8$) göre daha yüksekti ($p=0,002$).

İYÖ-KF toplam puanı ile HMİÖ toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon olduğu görüldü ($r=0,332$) ($p<0,001$).

Sonuç: Sunulan çalışmada evlilerin bekârlara, erkeklerin kadınlara karşı bazı iletişim engellerine daha duyarlı olduğu görüldü. Katılımcıların daha önce kurduğu sağlık iletişimi süreçlerinde problem yaşayanların iletişimi daha yetersiz bulundu. Hiçbir kişilik bozukluğu grubuna dâhil edilmeyen bireylerin iletişiminin daha iyi olduğu sonucu bulundu.

Yaşı daha genç, eğitim düzeyi yüksek, internet erişiminin daha yüksek olduğu merkezi bir konumda yaşayan katılımcıların, sağlık ile ilgili konularda daha meraklı ancak bir o kadar da ön yargılı olduğu sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Kelimeler: İletişim, iletişim yeterliği, iletişim engelleri, sağlık iletişimi

SUMMARY

EVALUATION OF THE COMMUNICATION COMPETENCY OF THOSE WHO APPLICATE TO THE UNIVERSITY HOSPITAL IN TERMS OF COMMUNICATION PROBLEMS IN HEALTH

Dr. Mahmut Esat ÜNSAÇAN

Master Thesis

Konya-2024

Purpose: Health communication and communication problems in health are becoming more and more important in today's conditions. On the one hand, issues established with the masses and related to health literacy are included in the scope of health communication, while on the other hand, the type of communication between the healthcare personnel and the patient, where the most private issues are discussed, is also evaluated within this scope. There are many factors that affect communication in health. The presented study aimed to evaluate the effect of the communication competence of people applying to the hospital on health communication.

Materials and methods: In the descriptive and cross-sectional study, face-to-face interviews were held with patients or their relatives between the ages of 18-65 who applied to Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine Hospital for any reason, and participants who filled out the questionnaire on a voluntary basis were included in the study. It was calculated that at least 377 people should be included in the study with a 5% margin of error and a 95% confidence interval. The sample size was reached in approximately three months (01 February 2023-30 April 2023). Survey form; The sociodemographic information form consisted of the Communication Competence Scale Short Form (İYÖ-CF) and the Patient-Centered Communication Barriers Scale (HMİEÖ). HS-CF has eight sub-dimensions (1-Social Behavior Competence 2-Individual Aspects in Communication 3-Empathy Competence 4-Adaptation Competence 5-Sensitivity Competence 6-Encouragement to Communication 7-Human Relations 8-Listening Competence), HMİEÖ has seven sub-dimensions. It has sub-dimensions (1-Fear and Anxiety 2-Curiosity and Need for Information 3- Need for Attention 4- Prejudice 5- Distrust 6- Security Personnel 7-Waiting Time).

Results: The average age of the participants was 33.76 ± 12.05 (min=18, max=65) years and 50.7% (n=203) were 30 years old or younger. Of the participants in the study, 50.5% (n=202) were women, 56.0% (n=224) were married, and 63.2% (n=253) were university graduates. While 56% (n=224) of those who answered the survey were working in an income-generating job, 52.3% (n=209) had an income equal to their expenses, and 91.0% (n=364) lived in an urban area. While 4.8% (n=19) of the participants stated that their communication skills were insufficient, 62.0% (n=248) stated that they had communication problems in their previous health center applications.

The communication proficiency total score was higher in married people (118.45 ± 15.3) than in single people (115.30 ± 16.3) ($p=0.048$), and in rural areas (117.93 ± 14.6) in urban areas (117.93 ± 14.6). (108.25 ± 23.5) was higher than the living ones ($p<0.001$). The communication score of those who did not have communication problems in their previous health center applications (120.09 ± 15.5) was found to be higher than those who stated that they did (115.20 ± 15.7) ($p=0.003$). The communication score of those who were not included in any personality disorder group (120.84 ± 12.9) was found to be higher than the score of those in the type C personality disorder group (113.03 ± 16.1) ($p=0.004$).

The patient-centered communication barriers scale total score (107.40 ± 12.0) of those who stated that they communicated well with others was found to be higher than those who stated that they did not communicate well with others (100.52 ± 9.3) ($p=0.033$). When we examined the HMIES sub-dimensions, the curiosity and need for information sub-dimension score (16.92 ± 2.7) of the participants aged 30 and under was higher than that of those over 30 (16.25 ± 3.0) ($p = 0.022$). Waiting time sub-dimension score was higher for men (11.24 ± 3.0) than for women (10.37 ± 3.2) ($p=0.006$), for married people (11.22 ± 3.0) and for single people (10.27 ± 3.1) ($p=0.003$). The waiting time subscale score (11.28 ± 2.8) of those who stated that they had previously experienced communication problems while receiving health services was found to be higher than those who stated that they had not (10.02 ± 3.4) ($p<0.001$). Prejudice subscale score was higher in women (14.42 ± 3.5) than in men (13.48 ± 3.8) ($p=0.012$), the score of participants aged 30 and under (14.44 ± 3.5), It was higher among those aged over 30 (13.45 ± 3.8) ($p=0.008$), and among single (14.62 ± 3.5) than married individuals (13.43 ± 3.8) ($p=0.002$).

It was observed that there was a moderate positive correlation between the IAS-CF total score and the HMIES total score ($r=0.332$) ($p<0.001$).

Conclusion: In the presented study, it was seen that married people were more sensitive to some communication barriers than single people, and men were more sensitive to women. The communication of those who had problems in the previous health communication processes of the participants was found to be less adequate. It was found that individuals who were not included in any personality disorder group had better communication skills.

It was concluded that participants who were younger, had higher education levels, and lived in a central location with higher internet access were more curious but also prejudiced about health-related issues.

Key Words: Communication, communication competence, communication barriers, health communication



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
SUMMARY.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İletişim Kavramı ve Önemi.....	3
2.2. İletişimin Öğeleri	3
2.4. İletişim Çeşitleri	4
2.4.1. Sözlü, Yazılı, Sözlü Olmayan (Sözsüz) İletişim	5
2.4.1.1. Sözlü İletişim.....	5
2.4.1.2. Yazılı İletişim.....	5
2.4.1.3. Sözlü Olmayan İletişim.....	6
2.4.1.4. Sözlü İletişim-Sözlü Olmayan İletişim İlişkisi.....	6
2.5 İletişim Engelleri.....	6
2.5.1. Fiziksel ve Teknik Engeller	6
2.5.1.1. Mesaj ile İlgili Engeller.....	7
2.5.1.2. Kanal ve Araçlarla İlgili Engeller.....	7
2.5.1.3. Gürültü İle İlgili Engeller.....	7
2.5.1.4. Dil İle İlgili Engeller.....	7
2.5.2. Psikolojik ve Sosyal Engeller.....	8
2.6. Sağlık İletişimi	8
2.6.1. Sağlık İletişimi ve Önemi	8
2.6.3. Kişilik Bozukluğu Sağlık İletişimi İlişkisi	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.2. Araştırmanın Evreni	11
3.3. Araştırmanın Örnekleme	11
3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterler	11
3.5. Etik Kurul Onayı.....	11
3.6 Veri Toplama Araçları.....	12
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	12
3.6.2. İletişim yeterlilik ölçeği kısa formu (İYÖ-KF)	13

3.6.3. Hasta merkezli iletişim engelleri ölçeği (HMİEÖ):.....	13
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	14
4. BULGULAR	14
4.1. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi.....	14
4.2. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach Alpha Değerleri	18
4.3. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	18
4.3.1. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanı ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	18
4.3.2. Sosyal Davranış Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması...19	
4.3.3. İletişimde Bireysel Yönler Alt Ölçek Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	19
4.3.4. Empati Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	19
4.3.5. Uyum Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	20
4.3.6. Duyarlılık Yeteneği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	20
4.3.7. İletişime Teşvik Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması	20
4.3.8. İnsan İlişkileri Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması	20
4.4. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	24
4.4.1. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçek Toplamı ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması.....	24
4.4.2. İlgi İhtiyacı Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması.....	24
4.4.3. Korku ve Endişe Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması	24
4.4.4. Merak ve Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması	24
4.4.5. Bekleme Süresi Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması.....	24
4.4.6. Ön Yargı Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması	25
4.4.7. Güvensizlik Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması	25
4.5. İletişim Yeterliliği Ölçeği Kısa Formu İle Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Korelasyon Katsayıları	29
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
7. KAYNAKLAR.....	41
8. EKLER.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR

OECD: Organisation for Economic Co-Operation and Development

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

İYÖ-KF: İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu

HMİEÖ: Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. İYÖ-KF toplam puanı ile HMİEÖ toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi..... 32

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	15
Tablo 2. Kronik Hastalık ve Sağlık Merkezi Başvuru Sıklığı.....	16
Tablo 3. Katılımcıların Kendine Göre İletişim Yeteneği ve Sağlık Hizmeti Alırken Sorun Yaşama Durumu.....	17
Tablo 4. Yakınlarına Göre ve Kendine Göre Kişilik Tipi.....	17
Tablo 5. Yakınlarına Göre ve Kendine Göre Kişilik Tipi Gruplandırılması.....	18
Tablo 6. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Ortalama Puanları ve Sekiz Alt Ölçek Boyutu Puanları ile Cronbach Alpha Değerleri.....	18
Tablo 7. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Formu ve Yedi Alt Ölçek Boyutu Ortalama Puanları ile Cronbach's Alpha Değerleri	19
Tablo 8. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ve Sekiz Alt Ölçek Boyutunun Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	22
Tablo 9. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği ve Yedi Alt Ölçek Boyutunun Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 10. İletişim Yeterliliği Ölçeği Kısa Formu İle Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Korelasyon Katsayıları.....	31

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İletişim kavramı hakkında literatürde birbirinden farklı çok sayıda tanımlama mevcuttur. Türk Dil Kurumu sözlüğünde; duygu, düşünce ya da bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması (bildirim, haberleşme, iletişim) olarak tanımlanmaktadır (1).

Sağlık iletişimi: Temel amacı bireysel ya da toplumsal sağlığın geliştirilmesi olan iletişim türüdür. Bununla birlikte sağlıkta iletişim ya da sağlık iletişimi birden fazla bağlamda gerçekleşen iletişimler grubunun genel adıdır. Toplumsal sağlığı ilgilendiren, kitlelere yönelik ve genelde sağlık ile ilgili kuralları ya da önerileri sunan iletişim türünün yanında; genellikle poliklinikte ortamında, hasta rolündeki kişinin hekiminden sağlığı hakkında bilgi alma amacıyla kurduğu iletişim türü de sağlık iletişimi kapsamına girer (2).

Sağlık ve iletişim olgularının birlikte incelendiği sağlık iletişimi, akademik çevrelerde son yıllarda sıkça araştırılmaya başlanan ve birden çok disiplini ilgilendiren bir çalışma halini almıştır. İlk defa 1970’li yıllarda ABD’de söz edilen sağlık iletişimi kavramı, 1990’lı yıllarda ülkemizde tıp fakülteleri müfredatına dahil edilmiş ve 2000’li yıllardan itibaren günümüze kadar birçok lisans-lisansüstü çalışmaya konu olmuştur. (3). Bahsedilen alan, sağlık hizmetlerinin tüketimi ve sunumu, hasta-hekim ve diğer sağlık çalışanı arasındaki iletişim, kitle iletişim araçları üzerinden sağlıkla ilgili bilgi verilmesi gibi oldukça geniş bir yelpazede araştırma alanına sahip bir alandır.

Sağlık sektörünün en önemli aktörleri olan hasta ile hekim arasındaki iletişimin iyi olması sağlık hizmeti sunumunda ve tüketiminde önemli bir rol oynamaktadır (4). İyonyalı hekim Hipokrat’a göre tedavide uyulması gereken yaklaşım “Önce söz, sonra ilaç, en sonunda bıçak.” şeklindedir. Günümüz tıbbında da benzer yaklaşım geçerli olup, tedavi öncesi iletişim süreci önemini halen sürdürmektedir. Hekimlerin iyi niyetli ve anlayışlı davranmasının hastaların tedavisinde olumlu sonuçlar doğurduğu görülmüştür (2). İzmir’de bir eğitim araştırma hastanesinde, hekiminin güler yüzlü ve hastalara sağlık durumu hakkında bilgi vermesi hasta memnuniyetini artıran en önemli etkenler olarak tespit edilmiştir (5). Ayrıca Kılıç (2015) ve Öztüre (2010); hastalar ile yapılan iletişim kalitesinin, hasta memnuniyetini olumlu yönde ve direkt olarak etkilediğini belirtmiştir (6, 7). Bu gerçekler sağlık iletişiminin önemini göstermektedir.

İletişim bilimcilere göre mükemmel bir iletişim ütopya'dır. Her iletişim sürecinde taraflar bilinçli ya da bilinçsiz olarak farklı eğilimlerle sürecin bozulmasına neden olmaktadır (8). Bunun yanında iletişim süreçleri bağlamlarına göre farklı aktörler, koşullar, gereklilikler, engeller içerir. Hasta hekim arasındaki iletişim süreci; yapısı gereği kültür, eğitim, coğrafya hatta lisan gibi birçok farklı kimlik düzeyindeki bireyin, sağlık gibi temel ihtiyaçlarını karşılama amacıyla bir araya gelmesi üzerine kurulur. Bireylerin sosyokültürel özelliklerine göre farklılaşan iletişim yeterliliği, engelleri ve beklentileri olabileceği gözetilerek; kaliteli bir iletişimin kurulması gerekmektedir. Aksi halde süreç baştan hatalı ve yetersiz gelişecektir.

Literatürde hasta hekim iletişimini inceleyen araştırmalar daha çok hastaların hekimlerden beklentileri, hekimin empati yeteneği, sosyal medya ya da geleneksel medyanın sağlık iletişimine etkisi gibi konulara yönelmiştir (9, 10, 11, 12). Fakat hastaların iletişim yeterliliğinin sağlık iletişimine etkisi inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Çalışmamızın konusu ile benzerlik taşıyan, Willems S ve ark.'nın (2005) 12 makale ve meta-analizi dâhil ettikleri bir sistematik derlemede, hastaların sosyo-ekonomik durumlarının hekimleri ile olan iletişimlerine olan etkisini araştırmış. Ulaşılan sonuca göre düşük sosyo-ekonomik düzeydeki hastaların tanı-tedavi sürecinden daha az memnun kalma ve sağlıkları ile ilgili daha yetersiz bilgi edinimi ile karakterize bir iletişim kurdukları görülmüş. Doktorların iletişim tarzı, hastaların iletişim kurma şekline etkilendiği; kısmen yüksek sosyo-ekonomik seviyedeki hastaların daha aktif iletişim kurduğu ve doktorlarından daha fazla bilgi alarak görece kaliteli iletişim kurduğu gözlemlenmiştir. Sosyo-ekonomik seviyesi düşük hastalar; hekime şikâyetini anlatmada, aklındaki soruları, endişelerini gidermede güçlük yaşama ve yanlış anlaşılma gibi problemler nedeniyle genellikle dezavantajlı olduğu gözlenmiştir (13).

Türkiye'de 2020 yılında toplam 600.261.131 adet hekim başvurusu olmuştur. Bunun 247.273.830'i yani yaklaşık yarısını Aile Sağlığı Merkezleri yani aile hekimleri oluşturmaktadır (14). Başvuru oranına bakıldığında aile hekimlerinin bu iletişim süreçlerinde önemli bir payı olduğu söylenebilir. Türkiye'de 2002 yılında hekime kişi başı müracaat sayısının 3,1 olarak gerçekleştiği ve bu sayının 2018 yılında 2002 yılına göre yaklaşık %66 artarak 9'a yükseldiği görülmektedir. Bu artış ile Türkiye, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü yani Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) ülkeleri arasında 1. Sırada'dır (15). Dolayısıyla Türkiye'de hekime kişi başı müracaat sayısının önemli ölçüde arttığını söylemek mümkündür. Tüm bu verilerin ışığında, yapılan 10 yıllık gelecek projeksiyonunda sağlıkta iletişim alanının daha ileri incelemelere ihtiyaç duyduğu önemli bir gerçektir. Bu nedenle çalışmamızda aile hekimliği pratiğinde sıkça gerçekleşen hasta-hekim

arasındaki iletişim sürecinin değerlendirilmesi, bu iletişim türünün içerisinde barındırdığı engellerin tanımlanması, sağlık iletişimine özellikle hasta perspektifinden bakılarak, hekime başvuran bu bireylerin iletişim yeterliliğinin karşılaştıkları iletişim engelleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İletişim Kavramı ve Önemi

İletişim bilimciler iletişim kavramı hakkında birbirinden farklı tanımlamalar yapmıştır. Bu tanımlamaların sayısı yüzü aşkın civardadır. Ancak genel manada iletişim hakkında söylenebilir ki; iletişim bir süreçtir. Ayrıca bu süreç kaynak, ileti, alıcı şeklinde temel eksenler paralelinde gerçekleşir (16). Yatkın (2018) ise iletişimi birden fazla bireyin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirleriyle anlaşması ile ilgili bir süreç, diğer deyişle kişiler arası bilgi, enerji ve madde alışverişi olarak tanımlamıştır (17). Bu tanımlamaların hepsinde de iletişimin birbirine yakın özellikleri kapsamlı şekilde yansıtılmaya çalışmaktadır. Bunun yanında temel özellikleri değişmese de güncel teknolojik gelişmelerin ışığında, bu tanımlamalarda bahsedilenin dışında alıcı ve göndericinin makine adını verdiğimiz canlı olmayan varlıklarla da olabilecek şekilde değiştiği görülmüştür (18). Günümüz için henüz erken olsa da sağlık iletişimine makinaların ve yapay zeka yazılımlarının da ekleneceği ve farklı iletişim çeşit ve sorunlarının doğacağı öngörülebilir.

İletişim ve taşıdığı önemi göstermesi açısından edebiyat ürünlerine ve atasözlerine bakılabilir. “Acı (kötü) söz insanı dinden çıkarır, tatlı söz yılanı inden çıkarır” (19), “Söz ola kese savaşı söz ola bitire başı, söz ola ağılı aşı bal ile yağ ede bir söz” (Yunus Emre) (20) bunlara örnek olarak verilebilir.

2.2. İletişimin Öğeleri

İletişimin tanımlamaları değişse de temel öğeleri aynıdır. Bunlar kaynak yani gönderici, alıcı yani hedef ve ileti yani mesaj şeklindedir. Kimi iletişim bilimciler ise bunlara kanal, kodlama-kod açma, geri-bildirim ve gürültü öğelerini de dâhil etmektedir (21).

İletişim sürecinde iletmek istediği duygu ve düşüncelerini alıcının anlayabileceği şekilde kodlayarak, adına mesaj ya da ileti denilen forma sokup gönderen kişiye kaynak ya da gönderici denir. Kaynak tek bir kişi olabileceği gibi bir grup, bir şirket, bir kurum-kuruluş da olabilir. Alıcı ise kaynak tarafından hedef olarak seçilen ve kodlanmış halde gönderilen iletiyi kod açma

sayesinde yine duygu, düşünce gibi formlara çeviren ve iletiye muhatap olan taraftır. Alıcı da tek bir kişi veya bir grup olabilir. Bilinenin aksine alıcı iletişim sürecinde pasif gibi görülürse de gerçekte aktif olmalıdır (21).

İletişimin gerçekleşebilmesi için öncelikle temel öğelerden biri olan uygun bir iletinin oluşması gerekmektedir. Mesaj ya da ileti, göndericinin duygu ve düşüncelerinin sembolik bir ifadesidir. İletinin anlaşılabilir olması bu sembollerin kaynak tarafından da anlaşılabilir bir statüde olmasına bağlıdır (21).

Göndericinin hedef ile paylaşmak isteğinde bulunduğu verileri, sözel, yazılı ya da sözel olmayan yollarla paylaşırken kullandığı simgeleme yoluna kodlama denir. Hedef ise kendisine iletilen bu simgelerden oluşan mesajı kod açma ile anlamlı bir mesaja çevirebilir. Bu noktada önemli olan ve gerçekleşmemesi halinde çeşitli olumsuzluklara yol açabilecek durum, uygun kodlamanın yapılamaması olarak düşünülebilir. Tüm bu iletiler topluluğunun aktarıldığı zemin ise kanal olarak isimlendirilmektedir. Kanalin özellikleri iletişimin bağlam, imkân ve koşullarına göre yüz yüze veya telefon gibi teknolojik cihazlar aracılığıyla olabilir (22).

Göndericiden gelen iletinin, hedefte uyandırdığı duygu ve düşüncelerin göndericiye iletilerek, iletişim sürecinin beslenmesine geri bildirim denilir. Bu kavram da aslında bir iletişim süreci olup bu aşamada kaynak ve hedef rolleri değişmektedir. Sağlıklı bir iletişimin başlıca gerekliliklerinden olup iletinin ve kodlamanın kontrolü açısından da iletişimin önemli bir ögesidir (22).

Gürültü ya da parazit yeni bir iletişim sürecinin başlamasında veya mevcut iletişim sürecinde iletinin hedef tarafından alınmasında yaşanan güçlüklerin tamamına verilen isimdir. Bu güçlükler fiziksel ve teknik yetersizlikler olabileceği gibi kişinin ruhsal durumu da örnek olarak verilebilir (23).

2.4. İletişim Çeşitleri

İletişim, çeşitli özelliklerine göre gruplandırılabilir. İletişim sürecinin hangi ortamlarda / hangi kanallar yoluyla yapıldığına bakılarak “sözlü”, “yazılı” ve “sözlü olmayan” iletişim olarak klasik bir gruplandırma yapılabilirken; iletişimde bulunan iki tarafın aynı ortamda bulunup bulunmamasına göre yüz yüze ve uzaktan/aracı iletişim şeklinde farklı bir sınıflandırma yapılabilir. Bunun yanında iletişimin göze, kulağa ve hem göze hem kulağa seslenmesine göre; son olarak iletişimin bağlamına, çerçevesine, kimler arasında meydana geldiğine bakılarak: İçsel iletişim, kişilerarası iletişim, grup / takım iletişimi, halk / kamu iletişimi, örgütsel iletişim,

kitlesel iletişim, kültürlerarası iletişim, uluslararası iletişim ise diğer bir sınıflandırma çeşididir (24). Çalışmamızla ilişkisi nedeniyle yalnızca sözlü ve sözlü olmayan iletişime değinilecektir.

2.4.1. Sözlü, Yazılı, Sözlü Olmayan (Sözsüz) İletişim

İletişimin en temel sınıflandırmasına göre iletinin yazılı olup olmaması veya dilin ve vücut dilinin kullanımına göre sözlü, yazılı, sözsüz iletişim şeklinde üçe ayrılır (24).

2.4.1.1. Sözlü İletişim

Sözlü iletişim göndericinin iletmek istediği verileri iletmek için kullanılan eski olduğu kadar etkili bir iletişim metodudur. Bireyler duygu ve düşüncelerini iletirken kodlama aracı olarak dil kullanırlar. Alıcının da anlayabileceği sembollere aktararak iletilen mesaj ortak bir dil kullanılarak aktarılmalıdır (24).

Dilin kullanım yeteneğine göre iletişimdeki başarı ve engeller değişkenlik gösterebilir. Hitabet ve diksiyon yeteneği yeterli olan kişiler daha rahat iletişim kurarken bunun yanında daha verimli bir geri dönüş ile de muhatap olurlar.

Sözlü iletişimin genel iletişimdeki konumunu ve önemini görmek için toplumların edebiyat geçmişine de bakılabilir. Nitekim milletlerin hayat görüşleri, düşünce şekilleri, geçmiş tecrübe ve deneyimleri o milletin dilinde saklıdır. Atasözleri, deyimler de bunun en güzel göstergesidir. “Dil düşüncenin aynasıdır.” atasözü bu gerçeği göstermesi açısından dikkate değerdir (25). Bununla birlikte dilin önemi tüm kültürlerde önemli şahsiyetler tarafından sıkça dile getirilmiştir. İslam peygamberinin ifadesi şu şekildedir: “Ey İbn-i Abbâs! İnsanlara akıllarının almayacağı bir söz söyleme. Zira böyle yapman, fitneye düşmelerine sebep olur.” (26). Avusturya doğumlu filozof ve matematikçi olan Ludwig Wittgenstein ise bunu “Dilimin sınırları, dünyanın sınırlarıdır.” şeklinde dile getirmiştir (27).

2.4.1.2. Yazılı İletişim

Yazılı iletişim aktarılacak istenen verinin toplumlar arasında farklılık gösteren çeşitli semboller yardımıyla aktarılmasıdır. Bu iletişim türünde gönderici ve alıcının okuma-yazma gibi bazı koşullara sahip olma gerekmektedir. Teknolojik gelişme ile paralel olarak mektup, kart, davetiye, telgraf, faks, kısa mesaj (SMS), e-posta ile kişiler arası duygu, düşünce aktarımı sağlanmaktadır. Genellikle resmi kurumlarca kullanılsa da bilgi aktarımı için önemli bir iletişim yoludur (24).

2.4.1.3. Sözlü Olmayan İletişim

Diğer adıyla vücut iletişimi genellikle sözlü iletişimi güçlendirme amacıyla kullanılır. Basit olarak el, kol, mimik hareketleri gibi düşünülse de kapsamı oldukça geniştir. Kılık- kıyafet, saç şekli, hatta makyaj bile sözlü olmayan iletişim başlığı altında incelenebilir (24).

2.4.1.4. Sözlü İletişim-Sözlü Olmayan İletişim İlişkisi

Bunun yanında, iletişim sürecinde sözlü-sözsüz iletişim arasındaki sınır her zaman net değildir. Örneğin, bir gülümseme şeklinde sözsüz olarak başlayan iletişim, ardından selamlaşma ile sözlü iletişime dönüşebilir. Şaşırtıcı sonuçlara sahip Mehrabian ve Ferris (1967) tarafından yapılan bir araştırmada, bir iletişim sürecinde karşı taraf üzerinde; sözlerin %7, sesin %38, beden dilinin ise %55 oranında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (28).

Sözsüz iletişim ölçülü kullanıldığında sözlü ve yüz yüze yapılan iletişimi güçlendirir, tamamlar. Ancak vücut dili sözlü iletişimin yerine geçerse hedefin dikkatinin dağılması ve iletişim sürecinin bozulması ihtimali mevcuttur (24).

2.5 İletişim Engelleri

Bireyin çevresini, içinde bulunduğu toplumdakilerin davranışlarını anlamlandırabilmesi için etkin ve sağlıklı yürütülen bir iletişim sürecine ihtiyacı vardır. Ancak iletişim bilimcilere göre mükemmel bir iletişim ütopyadır. Çünkü birbirinden farklı geçmişlere, deneyimlere sahip bireyler arasında kurulan iletişim sürecinde ileti kavramının bireylerin zihninde farklı imajlar canlandırma ihtimali yüksektir. Hedefe belli bir amaçla gönderilen ileti ile hedef üzerinde geliştireceği etki aynı olmayabilir, bu nedenle kaynağa dönecek geribildirim de beklendiği gibi olmayabilir. Tüm bunlar iletişim engellerinin tanımlanmasını ve iletişim sürecine olan etkisinin değerlendirilmesini gerektirir (8).

Etkin, verimli ve sağlıklı bir iletişim sürecinin kurulmasını engelleyen çok çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler, fiziksel, teknik, psikolojik ya da sosyal ve örgütsel şeklinde sınıflandırılabilir (29).

2.5.1. Fiziksel ve Teknik Engeller

İletişim sürecini etkileyen ve genellikle mevcut ortam ya da iletişim öğelerinin özellikleri ile ilgili olan engellerdir. Bunlar mesaj, kanal ve araçlar, gürültü ve dil ile ilgili engeller olmak üzere sınıflandırılabilir (8).

2.5.1.1. Mesaj ile İlgili Engeller

Fiziksel engellerin en temeli iletişim sürecinin kurulma amacı olan ileti ile ilgili engellerdir. Kaynağın süreçteki amacından kopuk, belirsizlik içeren bir ileti hedef üzerinde istenen etkiyi bırakmayacak ya da olumsuzluk ile sonuçlanacak bir sürecin doğmasına neden olacaktır (30).

2.5.1.2. Kanal ve Araçlarla İlgili Engeller

İletişimde hedefe gönderilen ileti ve taşıdığı mana ile uyumlu bir kanal seçimi, mesajların net ve doğru olarak iletilmesini sağlamak açısından gerekli olan diğer bir faktördür. Teknolojinin değişimine ve günümüz iletişim olanaklarına ayak uyduramayan, yetersiz ya da güçlerinin üstünde yük taşıyan iletişim kanal ve araçları, iletişim sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerlemesini engellemektedir (8). Anlam yükünü taşıyamayacak bir kanal, iletinin alıcıya iletilmesini zorlaştırır, yanlış anlaşılma neden olabilir. Örneğin duygusal içerikli, sözlerin tek başına taşıyamayacağı, beden dilinin ana yükü taşıması gereken bir iletişim süreci, telefon gibi yalnızca ses ile kurulan bir iletişim kanalının taşıyamayacağı yoğunluktadır. Bu, iletişimin doğasında olan ve vazgeçilmez bir özelliğidir.

2.5.1.3. Gürültü İle İlgili Engeller

İletişim öğelerinin içinde bahsedilen ve tüm iletişim süreçlerinde az veya çok bulunan, bir engel olan gürültü; fizikte hareketi zorlaştıran sürtünme benzeri etki üretir ve iletişimin verimini düşürür. Mesajın kodlanmasından, mesajın çözümlenme aşamasına kadar, iletişimin kötü işlemesine veya tümüyle engellenmesine neden olabilen her türlü etken gürültü olarak isimlendirilir (30).

2.5.1.4. Dil İle İlgili Engeller

Kaynağın aklında canlanan imajın alıcı tarafından da anlaşılabilmesi için kullandığı dil, dolayısıyla kelimeler ve cümleler; yöneltildikleri muhatabın bilgi, tecrübe ve deneyimlerinin düzeyine göre anlam kazanır. Karmaşık, gereksiz ayrıntı yükü fazla olan bir dil, iletişim aracı olmaktan çıkıp iletişim engeline dönüşebilmektedir (31). Kaliteli iletişim sürecinde ne kadar basit, yalın ve açıklayıcı bir dil kullanılırsa, iletişim o kadar sağlıklı ve kaliteli işleyecektir (8).

Sağlık iletişimi ayrı bir başlık altında değerlendirilecektir. Ancak şu nokta üzerinde özellikle durulmalıdır ki, hasta-hekim arasındaki iletişim engellerinden en önemlisi “aynı dili konuşamamak” olarak da ifade edilen, toplumun farklı seviyelerinden gelen iki bireyin; kavramlara kendi bilgi dağarcıklarındaki verdikleri anlamlarının farklı olmasıdır. Örnek olarak

stres, travma gibi kelimelerin tıp literatürü ile halk arasındaki anlamı oldukça farklıdır. Hekimin fizyolojik olarak yüklediği anlamı hasta emosyonel karşılığı olarak algılayabilir. Dolayısıyla beklenti ile geri dönüş uyumsuz hale gelir.

2.5.2. Psikolojik ve Sosyal Engeller

Kaynak ve alıcının; sahip oldukları duygu, düşünce ve değer yargıları veya onların amaç, tutum ve davranışları, düşünce çerçeveleri gibi içinde yetiştikleri sosyo-kültürel ortama bağlı olarak gelişen psikososyal özelliklerinin aynı zeminde olmaması bu engeli ortaya çıkarır (32).

2.6. Sağlık İletişimi

2.6.1. Sağlık İletişimi ve Önemi

Temel kurulma amacının sağlık olduğu, bireylerin deneyim ve tecrübelerini paylaşarak bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesinin amaçlandığı iletişim türüdür. Hülür'e (2016) göre ise sağlık iletişiminin amacı; toplumun bireysel ve genel sağlığını ilgilendiren konularda bilgi seviyesini arttırmak; iyilik halinin devamını sağlanması veya yükseltilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu son olarak ise hastalık oluştuktan sonra tanı ve tedavi sürecinin doğru ve kaliteli bir biçimde yürütülmesi amacı güdülerek kurulur ve bu iletişim kurumsal, bireysel ve toplumsal niteliklere sahip olmalıdır.” (33).

Temel hak ve ihtiyaçların en başında sağlıklı bir yaşam sürdürme hakkı gelmektedir. Bir kişinin fiziksel ya da ruhsal bir rahatsızlığını diğer bir bireye aktarması; buna cevap olarak karşısındaki kişinin kendi deneyim ve tecrübesini paylaşarak bu soruna çare aradığı olgu, sağlık iletişimi kavramının en ilkel hali ile tanımı olarak gösterilebilir. Bireylerin sağlık kavramına yaklaşımları arasında farklar olsa da tarih boyunca toplumların sağlık iletişimi ile ilişkisi yukarıdaki gibidir. Bu nedenle sağlık iletişimi evrenseldir ve ilk insandan beri önemini korumaktadır. Çünkü iletişimin belki de en gerekli olduğu ve üzerinde ciddi düzeyde etkiye bulunabileceği alan sağlıktır. Kısaca iletişimin var olduğundan beri sağlık iletişimi de mevcuttur denilebilir (12).

İletişim süreçleri bir amaç üzerine kurulur ve bu amacın gerçekleşebilmesi, mevcut iletişimin kalitesine bağlıdır. Sağlık iletişimi ise yukarıda da bahsedildiği gibi genel olarak bireysel ya da toplumsal sağlığın daha iyiye gitmesi amacı üzerine kurulur. Örneğin poliklinik ortamında, hasta kimliği ile başvuran bir kişi sağlık durumunu ve şikâyetlerini hekimine iletir. Bunun karşılığında ise anlaşılmak ve şikâyetinin çözümü ile ilgili bilgi almak ister. Bu sürecin sağlıklı

yürütülmesi, direkt olarak bireysel, dolaylı olarak ise toplumsal sağlığa etki eder. Kararlaştırılan tedavinin başarı ile tamamlanmasının yanında tarafların doyum algısı ve süreçten memnuniyeti de bu iletişim sürecinin düzgün ilerlemesine bağlıdır (12).

Kissane ve ark. (2017), sağlık iletişiminde tarafların iletişim seviyesinin yeterli olmasının, verilen hizmet sürecinde hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki farklı bilgi, perspektif, kaynak ve hedeflerden kaynaklanan çeşitli iletişim engellerinin üstesinden gelinmesinde fayda sağlayacağını ifade etmektedir (34).

Mevcut çalışmamızda öncelikle inceleme alanımız olan ve sağlık iletişiminin kişilerarası boyutuna yakın planda bakıldığında ise; hekim, sağlık iletişiminde hem verici hem alıcı rolünü oynayan bir taraftır. Hekim perspektifinden hekim-hasta ilişkisine bakıldığında çeşitli zorlukların olduğu aşîkârdır. Örneğin empati, hekimin iletişim kurarken kazanması gereken ve yokluğunda yanlış anlaşılmalara neden olabilecek bir iletişim yeterliliğidir. Hastanın mevcut sağlık durumunun, ruhsal durumundan bağımsız incelenmesi uygun bir yaklaşım değildir. Dolayısıyla hastanın endişe, tedirginlik, merak içinde olabileceği, dolayısıyla hekimin verdiği iletiyi yanlış algılama ihtimalinin olabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Kısaca sağlık hizmetinde hekimin kazandığı kaynak rolünde iken iletilen bir mesajın, hedef olarak seçilen kişide oluşturabileceği duygusal ve zihinsel etkiyi hesap etmemesi, kısmi bir etki ve yetersiz geri dönüş ile sonuçlanır (35). Bunun yanında hekimin ilk kez karşılaştığı bir kişinin asıl şikâyetini veya anlatmak istemediği ancak tanı için gerekli olan mahrem sırlarını; gereksiz ayrıntılardan ayırım yaparak tanı koymaya çalışması, iletişim sürecinde hekimin taşıdığı diğer bir zorluktur. Ayrıca hekimin tecrübe ve bilgi düzeyi yönünden kendini yetersiz hissetmesi, hukuki sorumluluklar nedeniyle endişe etmesi psikolojik iletişim engelleri içinde değerlendirilebilir.

Bununla birlikte sunulan çalışmada odaklandığımız ve sağlık iletişiminde hem alıcı, hem de verici rolünde olabilen diğer bir kişi ise hasta/danışandır. Hastanın da hekim gibi taşıdığı fiziksel, psikolojik iletişim engelleri mevcuttur. Başta “hasta olarak” hekime müracaat eden kişinin başvuru nedeni şikâyeti hakkında endişe ve merak duygusudur. Kimi insan bu duygularını kontrol altında tutabilirken, kimisi bu duygu yoğunluğu altında ezilebilir ve kendini ifade etmede, söylenileni anlamakta zorluk yaşayabilir. Dolayısıyla iletişim süreci henüz başlamadan çeşitli engelleri ile birlikte gelir.

Hekime göre özellikle başvuru sebebi olan tıbbi konuda bilgi ve deneyim düzeyi düşük olan hasta, kendisine iletilen ve sağlık durumu hakkındaki bir mesajın anlamını, örneğin tedavisi

için yapması gerekenleri kavramada güçlük çekebilir. Bunun yanında yanlış anlamalara bağlı olarak tanı-tedavi sürecinde bozulmaya yol açabilir.

Mevcut sağlık durumu ile ilişkili veya ilişkisiz nedenlerle fiziksel olarak kısıtlanmış, duyu yeteneklerinden en az birini kullanım güçlüğü yaşayan bir hasta nüfusunun olduğu da unutulmamalıdır. Anamnez alma sürecinde, tıbbi durumu hakkında bilgi alış verişinde bulunulması gereken bu kişiler, yakını ya da refakatçisine ihtiyaç duymaktadır. Dolayısıyla kişinin şikâyeti birkaç ağız değiştirerek hekime ulaşacaktır. Bir iletişim sürecinin belli başlı engelleri varken bu durumda, bilgi kirliliğinin yanında çoklu iletişim engellerinin olduğu bir süreç hekim ve yardımcı sağlık personelinin bekliyor olacaktır.

Tüm bunların dışında konuşma yetisi, hatta bilincinin olmadığı yoğun bakım gibi klinik hastalarının iletişim problemleri başlı başına araştırılması gereken bir durumdur. Yukarıda anlatıldığı gibi iletişimin sözlü olması zorunlu olmayıp, diğer iletişim çeşitleri bu süreçte kullanılabilir.

Sonuç olarak sağlık iletişiminin yalnızca medikal bir amaçla yapıldığı yanlış bir yaklaşımdır. Hasta rolündeki kişinin fiziksel ya da ruhsal bir şikayetini paylaşması amacı üzerine kurulan bu iletişim, sağlıklı olarak ilerletildiği takdirde tanı ve tedavi süreci açısından olumlu bir sonuç alınabilir. Bunun yanında ise karşılıklı olarak memnuniyet ve duygusal bir doyum da süreçten beklenen ancak genel olarak farkına varılmayan kazanımlardandır (9).

2.6.3. Kişilik Bozukluğu Sağlık İletişimi İlişkisi

Kişilik bozuklukları uzun süreçli bir durum olmasının yanında oldukça sık görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan bir araştırmaya göre herhangi bir kişilik bozukluğu için prevalans %6,1 olarak saptanmıştır. A, B ve C tipi kişilik bozuklukları sırası ile %3,6, %1,5, %2,7 oranlarında bulunmaktadır (36). Başka bir çalışmaya göre ise özellikle sınırda kişilik bozukluğu bir yetişkin ile birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların oranı %6,4'üne varan oranlara kadar varabilir (37).

Kişilik bozukluğu olan bireylerin tanı almasını zorlaştıran başlıca etmen mevcut durumun genellikle uzun bir geçmişe dayanması ve bireylerin ilişkilerinde yaşadıkları problemlerin kendilerinde değil karşısındaki kişide olduğuna inanmasıdır. Bu etken de iletişim sürecinde belirleyici bir etken olarak çeşitli ilişki sorunlarına yol açar. Bu tanıya sahip bireyler kişilik bozukluğu tipine göre iletişim kurarken çatışmaya meyilli olabileceği gibi ilgiye muhtaç da olabilir (38). Kişilik bozuklukları, sağlık iletişimindeki mevcut olanların yanında yeni engeller

doğurması açısından önemli bir durumdur. Bu nedenle sunulan çalışmada bu durumun kısaca değerlendirilme ve iletişim sürecine olan etkisinin araştırılma amacı, sıklığının yanında kişiler arası iletişimde çatışmalar doğurma ihtimalinin yüksek olmasıdır.

Bununla birlikte kişilik bozukluğu psikiyatristler için de tanısı zor konulan bir durumdur. Sunulan çalışmada amaç tanı koymak değil, çalışmaya katılanlara iletişim becerileri açısından kısa bir yaklaşım sağlamaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup hesaplanan örneklem büyüklüğüne yaklaşık üç ayda (01 Şubat 2023-30 Nisan 2023) ulaşılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Tıp Fakültesi Hastanesine herhangi bir nedenle başvurmuş 18 yaş ve üzeri hasta veya hasta yakınları oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 377 kişi dâhil edilmesi gerektiği hesaplandı. Çalışmanın örneklemi Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvuran, çalışmaya gönüllü ve rastgele seçilmiş toplam 400 birey oluşturdu.

3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterler

- 1- Psikiyatrik hastalık tanısı almış veya psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar.
- 2- Anadili Türkçe olmayan bireyler (Katılımcının ölçekleri anlayıp sorulara cevap verebilecek düzeyde Türkçeye hakim olması gerektiği için)
- 3- İletişime engel sağlık problemi (işitme, konuşma problemi vb.) olanlar

3.5. Etik Kurul Onayı

Çalışma 18 Kasım 2022 tarih 4053 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu onaylıdır.

3.6 Veri Toplama Araçları

NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi poliklinik önü bekleme alanlarındaki hastalarla yüz yüze görüşme sağlanarak ve sözlü onamları alınarak anket formları dolduruldu. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır: 1- Sosyodemografik bilgi formu, 2- İletişim Yeterliliği Ölçeği-Kısa formu (İYÖ-KF), 3- Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği (HMEÖ). Hazırlanan anket formu NEÜ Tıp Fakültesi'ne başvuran bir grup hastaya uygulanarak pilot çalışması yapıldı. Anketin anlaşılabilirliği ile ilgili var olan sorunlar düzeltildi. Pilot çalışmadaki veriler çalışmaya dâhil edilmedi. Sonrasında yüz yüze olarak anket formu katılımcılara uygulandı (EK-1).

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu anket formu, konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlandı. Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, kendine göre iletişim becerisinin düzeyi, kronik hastalık varlığı ve hastane başvuru sıklığı, ailesinde sağlık çalışanı varlığı ve aile nüfus sayısı sorgulandı.

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V' e göre 10 çeşit kişilik bozukluğu tanımlanmıştır. Bunlar üç grup halinde sınıflandırılmış olup A, B ve C grubu olarak isimlendirilmiştir. Bu gruplamayı yapabilmek için katılımcılara kendilerini nasıl tanımladıkları ve yakınlarının onları nasıl tanımladığı sorgulandı. Seçenekler; tuhaf /garip, alışılmamış /sıra dışı, hareketli, kararsız, endişeli / kaygılı, korkak ve hiçbirisi şeklindeydi.

A grubu kişilik bozukluğu: Paranoyak, şizoid, şizotipal kişilik bozukluklarının yer aldığı ve tuhaf, alışılmamış düşüncelerin baskın olduğu kişilerdir (36). Ankette, “tuhaf/garip” veya “alışılmamış/sıra dışı” seçeneğini işaretleyenler bu gruba dahil edildi.

B grubu kişilik bozuklukları: Antisosyal, borderline, histrionik, narsisistik kişilik bozukluklarının yer aldığı, kişilik yapısı hareketli ve kararsız olarak yorumlanan kişilerdir (36). Ankette “hareketli” veya “kararsız” seçeneğini işaretleyenler bu gruba dahil edildi.

C grubu kişilik bozuklukları: Çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun içinde yer aldığı ve endişeli ve korkan olarak tanımlanan kişilerdir (36). Ankette “endişeli” veya “korkak” seçeneğini işaretleyenler bu gruba dâhil edildi.

Bu soru kişilik tipini öngörmek amacıyla sorulmuş olup herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı koydurmamaktadır.

3.6.2. İletişim yeterlilik ölçeği kısa formu (İYÖ-KF)

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak Wiemann, 1977 tarafından geliştirilen İYÖ kullanılmıştır. İletişim Yeterlilik Ölçeği, Wiemann (1977) tarafından iki versiyon şeklinde geliştirilmiştir (39). Bireylerin kendilerinin cevaplandırarak iletişim yeterliliklerinin ölçüldüğü versiyonu ve diğer bireylerin kişiyi değerlendirdiği versiyonudur. Diğer bireylerin kişiyi değerlendirdiği versiyonu Topluer (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (40). Bu çalışmada ise bireyin kendi iletişim becerilerinin değerlendirilmesine yönelik olan ve Koca ve Erigüç (2019) tarafından Türkçeye çevrilerek güvenilirlik çalışması yapılan versiyonu ele alınmıştır. Ölçeğin orijinali 36 maddeden ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Fakat yapılan analizler sonrasında 4, 11, 21, 25, 27 ve 28. sorular ölçeğin alt boyutlarından çıkartılmıştır ve İYÖ-KF versiyonu geliştirilmiştir. Böylelikle bu çalışmada kullanılan bireylerin kendisini değerlendirebildiği versiyonu için yapılan yapı geçerliliği sonucunda 30 maddeli 8 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğe ilişkin elde edilen faktör analizi sonucunda boyutlar; Sosyal Davranış Yeterliliği (22, 23, 26, 29 numaralı sorular), İletişimde Bireysel Yönler (6, 10, 12, 16, 17, 30), Empati Yeterliliği (13, 14, 15, 24), Uyum Yeterliliği (1, 2, 3), Duyarlılık Yeterliliği (19, 20, 21), İletişime Teşvik Yeterliliği (5, 25, 27, 28), İnsan İlişkileri (8, 9, 18) ve Dinleme Yeterliliği (4, 7, 11) olarak adlandırılmıştır. İletişim Yeterlilik Ölçeğinin 4, 8, 11 ve 28. maddeler ölçeğin orijinalinde tersten puanlandırılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek Likert tipi bir ölçek olup, 1; Kesinlikle Katılmıyorum, 2; Katılmıyorum, 3; Kısmen Katılıyorum, 4; Katılıyorum, 5; Kesinlikle Katılıyorum şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek maks puan 150'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça, bu sonuç kişinin daha iyi iletişim yeterliliğine sahip olduğunu göstermektedir. Koca ve Erigüç tarafından yapılan ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir (41).

3.6.3. Hasta merkezli iletişim engelleri ölçeği (HMİEÖ):

Bu çalışmada, Aydın ve Şahin'in 2016 yılında, hastane ortamlarında iletişim problemlerini çözmek için bir model olarak önerdiği ölçek kullanılmıştır (42). İlgili çalışmada olumlu (n=24) ve olumsuz (n=4) ifadeler içeren toplam 28 madde bulunmaktadır. Ölçek; ilgi ihtiyacı (1, 2, 3, 4, 5, 6. sorular), güvenlik personeli (7, 8, 9, 10), korku-endişe (11, 12, 13, 14), merak-bilgi ihtiyacı (15, 16, 17, 18), bekleme süresi (19, 20, 21), ön yargı (22, 23, 24, 25) ve güvensizlik (26, 27, 28) alt boyutu olmak üzere toplam yedi alt boyut ve 28 maddeden oluşmaktadır. Hastalara “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Emin değilim”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle katılıyorum” şeklindeki beşli Likert tipi ölçekten kendilerine en yakın olan seçeneği

işaretlemeleri istenmiştir. Ölçek verilerinin puanlanması için, olumlu ifadeler “Kesinlikle katılıyorum” kategorisinden başlayarak 5 ila 1 arasında puanlanmış ve olumsuz ifadeler (22, 23, 24, 25. maddeler) “Kesinlikle katılmıyorum” kategorisinden başlayarak 1 ila 5 arasında puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek maksimum 140 puan alınabilirken HMİEÖ puan ortalaması arttıkça hasta merkezli iletişimde daha fazla engellerin olduğu düşünülmektedir. Aydın ve Şahin, tarafından ölçeğin güvenilirliği Cronbach alfa değeri 0,81 olarak hesaplanmıştır (42).

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0” kullanıldı (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile; nümerik değişkenler ikili gruplarda Student-t testi, çoklu gruplarda One-way ANOVA testi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Parametreler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile arandı. Korelasyon katsayısı (r); 0,00–0,24 arası zayıf, 0,25–0,49 arası orta, 0,50–0,74 arası güçlü, 0,75–1,00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik özelliklerin incelenmesi

Analiz edilen 400 kişinin yaş ortalaması $33,76 \pm 12,05$ (min=18, maks=65) yılı ve %50,7’si (n=203) 30 yaş ve altıydı. Çalışmaya katılanların %50,5’i (n=202) ise kadın, %56,0’ı (n=224) evli ve %63,2’si (n=253) üniversite mezunu idi. Anketi cevaplayanların %56,0’ı (n=224) gelir getiren bir işte çalışmakta iken %52,3’ünün (n=209) geliri giderine denk idi ve %91,0’ı (n=364) kentsel bölgede yaşamaktaydı. Bireylerin %46,0’ı (n=184) sağlık çalışanı bir akrabasının olduğunu ve 75 kişi (%41,6) bu akrabasının doktor olduğunu belirtti. Birlikte yaşanan aile birey sayısı beş ve üzeri olanların oranı %32,8 (n=131) idi. Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Erkek	198	49,5
Kadın	202	50,5
Yaş Aralığı		
30 Yaş ve Altı	203	50,7

30 Yaş Üzeri	197	49,3
Medeni Durum	n	%
Evli	224	56,0
Bekâr	176	44,0
Eğitim Durumu		
Lise ve Altı	147	36,8
Üniversite	253	63,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	224	56,0
Çalışmıyor	176	44,0
Gelir Düzeyi		
Geliri Giderinden Fazla	87	21,7
Geliri Gideriyle Denk	209	52,3
Geliri Giderinden Az	104	26,0
Yaşadığı Yer	n	
Kırsal Bölge	36	9,0
Kentsel Bölge	364	91,0
Sağlık Çalışanı Akraba Varlığı		
Evet	184	46,0
Hayır	216	54,0
Sağlık Çalışanı Akrabanın Mesleği*		
Doktor	75	41,6
Hemşire	74	41,1
Diğer	31	17,3
Aile Birey Sayısı		
1	13	3,3
2	49	12,3
3	94	23,4
4	113	28,2
5 ve Üzeri	131	32,8
TOPLAM	400	100,0

*184 kişi cevaplamıştır.

Bireylerin %32,7'sinin (n=131) kronik hastalığı vardı. Kronik hastalığı olan bireylere, açık uçlu olarak hastalığını yazması istenildi. Yazılan cevaplar üç araştırmacı tarafından değerlendirip gruplandırıldı. Belirlenen hastalık gruplarına göre romatizmal hastalıklar [%25,8'i (n=32)] birinci sıradaydı. Sayısı az olan gastrointestinal sistem hastalıkları, nörolojik sistem hastalıkları ve farklı sistem maligniteleri “diğer” grubuna dâhil edildi. Anketi cevaplayanların %59,7'si (n=239) yılda 1-5 kez, %17,3'ü (n=69) 6-10 kez, %42'si (n=42) 10-16 kez, kalanlar ise yılda 16 ve daha fazla kez sağlık merkezi başvurusunun olduğunu belirtti. Başvuru sıklığı karşılaştırılmalı analizler yapılabilmesi için yılda 5 kez ve altı ile yılda 6 kez ve üzeri başvuru yapanlar olarak iki gruba ayrıldı. Kronik hastalık ve sağlık merkezi başvuru durumu tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2: Kronik Hastalık ve Sağlık Merkezi Başvuru Sıklığı

Kronik Hastalık Varlığı	n	%
Evet	131	32,7
Hayır	269	67,3
Kronik Hastalık Türü*		
Romatizmal Hastalıklar	32	25,8
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	17	13,7
Solunum Sistemi Hastalıkları	15	12,1
Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları	14	11,3
Alerji-İmmünoloji Sistem Hastalıkları	14	11,3
Diğer Sistem Hastalıkları	32	25,8
Sağlık Merkezi Başvuru Sıklığı (yılda)		
Yılda 5 kez ve Altı	239	59,7
Yılda 6 kez ve Üzeri	161	40,3
TOPLAM	400	100,0

*131 kişi cevaplandırmıştır.

Katılımcıların %4,8'i (n=19) iletişim kabiliyetinin yetersiz olduğunu, %86,8'i (n=347) yeterli olduğunu belirtirken %8,5'i (n=34) ise emin olmadığını belirtti.

Katılımcılara “sağlık hizmeti alırken hiç iletişim sorunu yaşadınız mı” şeklinde soruldu. Bireylerin %31,3'ü (n=125) hiç yaşamadığını, %57'si (n=228) ara sıra, %4,2'ü (n=17) genellikle, %0,8'i (n=3) her zaman yaşadığını, %6,8'i (n=27) ise hatırlamadığını belirtti; bu sonuçlar karşılaştırılmalı analizler yapılabilmesi için yaşamayan ve yaşayanlar şeklinde iki gruba ayrıldı. Katılımcıların kendine göre iletişim yeteneği ve sağlık hizmeti alırken sorun yaşama durumu Tablo 3' de verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Kendine Göre İletişim Beceri Düzeyi ve Sağlık Hizmeti Alırken Sorun Yaşama Durumu

Kendilerine Göre İletişim Becerisi Düzeyi	n	%
Yeterli	347	86,7
Yetersiz	19	4,8
Emin Değil	34	8,5
Sağlık Hizmeti Alırken İletişim Sorunu Yaşama Durumu		
Yaşamayan	152	38,1
Yaşayan	248	61,9
TOPLAM	400	100,0

DSM V'te yer aldığı şekliyle kişilik bozukluklarını 3 grup halinde gruplandırılmış olup; bireylerin yakınına veya kendisine göre kişilik özellikleri bu gruplara dâhil edildi. Tuhaf/garip veya alışılmamış/sıradışı şeklinde yanıtlayanlar A tipi kişilik bozukluğu grubuna dâhil edildi. Hareketli ve karasız şeklinde yanıtlayanlar B tipi kişilik bozukluğu grubuna dâhil edildi. Endişeli/kaygılı ve korkak şikkını işaretleyenler ise C tipi kişilik bozukluğu grubuna dâhil edildi.

Yakınlarının kendilerini en sık nasıl tanımladığı sorusuna katılımcıların %28'i (n=112) hareketli, %37'si (n=148) ise hiçbir şekilde cevap verdi. Aynı seçenekler için kendisini en yakın hissettiği özellik sorulduğunda %24,3'ü (n=97) hareketli, %30,5'i (n=122) ise hiçbir şekilde cevap verdi (Tablo 4).

Tablo 4: Yakınlarına Göre ve Kendine Göre Kişilik Tipi

Yakınlarına Göre Kişilik Özelliği	n	%
Hareketli	112	28,0
Endişeli/Kaygılı	51	12,7
Kararsız	44	11,0
Alışılmamış/Sıradışı	32	8,0
Tuhaf/Garip	12	3,0
Korkak	1	0,3
Hiçbiri	148	37,0
Kendine Göre Kişilik Özelliği		
Hareketli	97	24,3
Endişeli/Kaygılı	71	17,8
Kararsız	57	14,2
Alışılmamış/Sıradışı	36	9,0
Tuhaf/Garip	11	2,7
Korkak	6	1,5
Hiçbiri	122	30,5
TOPLAM	400	100

Bu yanıtların kişilik bozukluklarına göre yukarıda bahsedildiği şekliyle yeniden gruplandırılması sonucunda; %39'u (n=156) B tipi kişilik bozukluklarına dâhil edilirken %37'si (n=148) ise herhangi bir gruba dâhil edilemedi. Katılımcıların kendilerini yakın hissettiği özellikler yeniden gruplandırıldığında %38,5'i (n=154) B tipi kişilik bozukluklarına dahil edilirken, %30,5'i (n=122) ise herhangi bir gruba yakın hissetmediğini belirtti. Kişilik bozukluğu tiplerine göre yeniden gruplandırılmış şekli tablo 5 de sunuldu.

Tablo 5: Yakınlarına Göre ve Kendine Göre Kişilik Tipi Yeniden Gruplandırılmış Hali

Yakınlarına Göre Kişilik Tipi Grup	n	%
A Tipi Kişilik Bozukluğu	44	11,0
B Tipi Kişilik Bozukluğu	156	39,0
C Tipi Kişilik Bozukluğu	52	13,0
Hiçbir kişilik bozukluğuna dahil edilmeyenler	148	37,0
Kendine Göre Kişilik Tipi Grup		
A Tipi Kişilik Bozukluğu	47	11,7
B Tipi Kişilik Bozukluğu	154	38,5
C Tipi Kişilik Bozukluğu	77	19,3
Hiçbir kişilik bozukluğuna dahil edilmeyenler	122	30,5

4.2. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach Alpha Değerleri

İletişim yeterlilik ölçeği kısa formunun ortalama puanları ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Ortalama Puanları ve Alt Ölçek Boyut Puanları ile Cronbach Alpha Değerleri

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±SD	Cronbach Alpha
İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu	30	45-150	117,06±15,8	0,909
Sosyal Davranış Yeterliliği	4	4-20	14,77±3,4	0,790
İletişimde Bireysel Yönler	6	6-77	23,68±4,5	0,739
Empati Yeterliliği	4	4-20	16,22±2,7	0,778
Uyum Yeterliliği	3	3-15	12,47±2,2	0,802
Duyarlılık Yeterliliği	3	3-31	11,89±2,2	0,381
İletişime Teşvik Yeterliliği	4	7-20	15,07±2,2	0,323
İnsan İlişkileri	3	3-15	11,58±2,2	0,528
Dinleme Yeterliliği	3	3-15	10,89±2,2	0,553

Hasta merkezli iletişim engelleri ölçeği formunun ortalama puanları ve Cronbach’s Alpha değerleri ise Tablo 7’da gösterildi.

Tablo 7. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Formu ve Alt Ölçek Boyutu Ortalama Puanları ile Cronbach’s Alpha Değerleri

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±SD	Cronbach’s Alpha
Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Formu	28	44-131	106,98±11,6	0,797
İlgi İhtiyacı	6	6-30	26,15±3,8	0,859
Güvenlik Personeli	4	4-20	15,27±3,4	0,783
Korku ve Endişe	4	4-20	12,28±4,0	0,796
Merak ve Bilgi İhtiyacı	4	4-20	16,59±2,9	0,804
Bekleme Süresi	3	3-15	10,80±3,1	0,819
Ön Yargı	4	4-20	13,96±3,7	0,803
Güvensizlik	3	3-15	11,91±2,3	0,846

4.3. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

4.3.1. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanı ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Evli olanların iletişim yeterlilik puanı (118,45±15,3) bekârlara (115,30±16,3) göre (p=0,048), kentsel bölgede ikamet edenlerin puanı (117,93±14,6) ise kırsal bölgede yaşayanlara (108,25±23,5) göre yüksek saptandı (p<0,001). İletişim yeteneğinin yeterli olduğunu

düşünenlerin puanı ($119,12 \pm 14,8$), hem yetersiz olduğuna inanların puanına ($97,52 \pm 18,3$), hem de bu soruya emin değilim şeklinde cevap verenlerinkine ($107,00 \pm 13,1$) göre yüksekti ($p < 0,001$). Daha önceki sağlık merkezi başvurularında iletişim problemi yaşamayanlar ($120,09 \pm 15,5$) ile yaşadığını belirtenler ($115,20 \pm 15,7$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,003$). Sağlık çalışanı bir akrabasını olanlar ($119,61 \pm 14,5$) ile olmayanlar ($114,88 \pm 16,5$) arasında anlamlı fark saptandı ($p = 0,003$). Yukarıda açıklandığı şekliyle sınıflandırılarak oluşturulan ve yakınlarının kendisini tanımladığı özelliğe göre hiçbir kişilik bozukluğu grubuna dâhil edilmeyenler ($119,41 \pm 13,7$) ile C grubu ($110,32 \pm 18,3$) arasında anlamlı fark bulundu ($p = 0,002$).

4.3.2. Sosyal Davranış Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Otuz yaş üzeri bireylerin sosyal davranış yeterliliği puanı ($15,32 \pm 3,1$) 30 yaş altı olanlara ($14,22 \pm 3,5$) göre ($p = 0,001$), evli olanların puanı ($15,40 \pm 3,1$) ise bekâr olanlarınkine ($13,96 \pm 3,5$) göre yüksekti ($p < 0,001$). Lise ve altı eğitim seviyesinde olanların puanı ($15,23 \pm 3,4$), üniversite seviyesinde olanlara ($14,50 \pm 3,3$) göre ($p = 0,039$), kentsel bölgede yaşayanların puanı ise ($14,90 \pm 3,2$) kırsal bölgede olanlara ($13,41 \pm 4,5$) oranla ($p = 0,012$) yüksekti. Yakınlarının tanımlamasına göre C tipi kişilik bozukluğu grubunda değerlendirilenlerin puanı ($12,59 \pm 3,8$) hiçbir gruba dâhil edilmeyenler ($15,24 \pm 2,9$) başta olmak üzere tüm diğer kişilik bozukluğu gruplarına göre ($p < 0,001$) düşüktü.

4.3.3. İletişimde Bireysel Yönler Alt Ölçek Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Kentsel bölgede yaşayanların puanı ($23,84 \pm 4,4$) kırsal bölgede yaşayanlara ($22,02 \pm 5,5$) göre yüksekti ($p = 0,022$). Sağlık merkezi başvurusunda iletişim problemi yaşamayanların puanı ($24,41 \pm 5,6$) yaşayanlara ($23,23 \pm 3,6$) göre yüksekti ($p = 0,012$).

4.3.4. Empati Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Kentsel bölgede ikamet edenlerin empati yeterlilik puanı ($16,38 \pm 2,5$), kırsal bölgedekilere ($14,52 \pm 4,0$) göre ($p < 0,001$), sağlık çalışanı akrabası olanların puanı ($16,67 \pm 2,4$) ise olmayanlara ($15,82 \pm 2,9$) göre ($p = 0,002$) yüksekti. İletişiminin yeterli olduğuna inanların puanı ($16,41 \pm 2,6$) yetersiz olanlara ($14,52 \pm 3,2$) göre yüksekti ($p = 0,009$).

4.3.5. Uyum Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Evli olanlar ($12,68 \pm 2,3$), bekâr olanlara ($12,20 \pm 2,2$) göre ($p=0,038$), kentsel bölgede yaşayanlar ($12,59 \pm 2,1$) ise kırsal bölgedekilere ($11,25 \pm 3,3$) göre daha yüksek uyum yeterliliği puanına sahipti ($p=0,001$). Sağlık çalışanı akrabası olanların puanı ($12,83 \pm 1,9$) olmayanlara ($12,16 \pm 2,5$) göre yüksekti ($p=0,003$). Yakınlarının tanımlamasına göre hiçbir kişilik bozukluğu grubuna dâhil edilmeyenlerin puanı ($12,95 \pm 1,9$) A grubuna ($11,59 \pm 2,9$) göre ($p=0,003$), C grubuna ($11,86 \pm 2,5$) göre ise değeri ile yüksekti ($p=0,016$).

4.3.6. Duyarlılık Yeteneği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Sağlık çalışanı akrabası olanların duyarlılık yeteneği ($12,13 \pm 1,8$) olmayanlara ($11,68 \pm 2,4$) göre ($p=0,040$), sağlık merkezi başvurularında iletişim sorunu yaşamayanların puanı ($12,25 \pm 2,5$) ise yaşayanlara ($11,66 \pm 1,9$) göre yüksekti ($p=0,011$).

4.3.7. İletişime Teşvik Yeterliliği Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

Kentsel bölgede yaşayanlar ($15,20 \pm 2,1$) kırsal bölgedekilere ($13,72 \pm 2,7$) göre ($p<0,001$) daha yüksek puana sahipti. Sağlık çalışanı akrabası olanların puanı ($15,40 \pm 2,1$) olmayanlara ($14,79 \pm 2,3$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,007$). Katılımcıların kendilerini yakın hissettiği kişilik bozukluğu tipine göre A tipi kişilik bozukluğu grubundakiler ($14,70 \pm 2,6$) hiçbir gruba dâhil edilmeyenlere ($15,55 \pm 2,2$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puana sahipti.

4.3.8. İnsan İlişkileri Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Kentsel bölgede yaşayanlar ($11,66 \pm 2,2$) kırsal bölgedekilere ($10,80 \pm 2,4$) oranla daha yüksek puana sahipti ($p=0,029$). Sağlık çalışanı akrabası olanların puanı ($11,91 \pm 2,2$) olmayanlara ($11,30 \pm 2,2$) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

Bunun yanı sıra cinsiyet, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sağlık merkezi başvuru sıklığı gibi alt gruplar ile herhangi bir sosyodemografik ve kişilik özelliği ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). İletişim yeterlilik ölçeği kısa formu toplam puanı ve alt boyutlarının ile sosyodemografik veriler arasındaki yapılan karşılaştırma Tablo 8’ de verildi.

Tablo 8. İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu ve Alt Boyutlarının Puanları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

	İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (İYÖ-KF) Toplam Puanı	Sosyal Davranış Yeterliliği Alt Boyut Puanı	İletişimde Bireysel Yönler Alt Grup Puanı	Empati Yeterliliği Alt Grup Puanları	Uyum Yeterliliği Alt Grup Puanları	Duyarlılık Yeterliliği Alt Grup Puanları	İletişime Teşvik Yeterliliği Alt Grup Puanları	İnsan İlişkileri Alt Grup Puanları	Dinleme Yeterliliği Alt Grup Puanları
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Cinsiyet									
Erkek	117,18±16,1	14,89±3,3	23,86±5,3	16,20±2,7	12,56±2,3	11,87±2,0	15,15±2,4	11,51±2,3	10,77±2,2
Kadın	116,94±15,5	14,64±3,4	23,50±3,5	16,23±2,6	12,38±2,2	11,90±2,3	14,99±2,0	11,65±2,1	11,00±2,3
p*	0,879	0,472	0,439	0,897	0,422	0,920	0,491	0,527	0,327
Yaş									
30 Yaş ve Altı	116,48±15,4	14,22±3,5	23,62±5,1	16,24±2,7	12,47±2,1	11,92±2,4	15,07±2,2	11,61±2,2	10,99±2,1
30 Yaş Üzeri	117,65±16,2	15,32±3,1	23,75±3,8	16,19±2,7	12,46±2,4	11,85±1,9	15,07±2,3	11,55±2,3	10,78±2,3
p*	0,460	0,001	0,775	0,874	0,962	0,741	0,990	0,800	0,347
Medeni Durum									
Evli	118,45±15,3	15,40±3,1	23,87±3,6	16,40±2,6	12,68±2,3	11,93±1,9	15,12±2,2	11,70±2,2	10,80±2,4
Bekâr	115,30±16,3	13,96±3,5	23,43±5,5	15,98±2,8	12,20±2,2	11,82±2,4	15,01±2,2	11,43±2,2	11,00±1,9
p*	0,048	<0,001	0,337	0,135	0,038	0,629	0,634	0,223	0,390
Eğitim Durumu									
Lise ve Altı	116,74±17,0	15,23±3,4	23,51±3,8	16,15±2,8	12,26±2,6	11,82±2,1	14,85±2,4	11,61±2,2	10,82±2,4
Üniversite	117,25±15,0	14,50±3,3	23,78±4,9	16,25±2,6	12,59±2,0	11,92±2,2	15,20±2,1	11,57±2,3	10,92±2,1
p*	0,756	0,039	0,575	0,724	0,169	0,646	0,136	0,868	0,653
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	117,51±14,5	14,98±3,2	23,68±3,4	16,35±2,5	12,59±2,2	11,87±1,8	15,14±2,1	11,46±2,1	10,89±2,1
Çalışmıyor	116,48±17,3	14,49±3,6	23,68±5,6	16,05±2,9	12,31±2,4	11,90±2,5	14,97±2,3	11,73±2,3	10,88±2,3
p*	0,520	0,152	0,990	0,275	0,233	0,879	0,458	0,237	0,977
Gelir Düzeyi									
Geliri Giderinden Fazla	117,17±16,1	14,63±3,7	23,50±3,8	16,17±2,9	12,52±2,2	12,06±2,0	15,31±2,1	11,35±2,2	10,82±2,2
Geliri Gideriyle Denk	117,30±14,5	14,68±3,2	23,94±5,0	16,31±2,4	12,59±2,1	11,79±2,3	15,07±2,1	11,67±2,2	10,90±2,3
Geliri Giderinden Az	116,49±18,1	15,05±3,3	23,31±4,1	16,07±3,0	12,17±2,5	11,93±2,0	14,86±2,5	11,60±2,2	10,91±2,2

p*	0,910	0,603	0,479	0,764	0,294	0,608	0,403	0,543	0,958
Yaşadığı Yer									
Kırsal Bölge	108,25±23,5	13,41±4,5	22,02±5,5	14,52±4,0	11,25±3,3	11,66±4,2	13,72±2,7	10,80±2,4	10,77±2,0
Kentsel Bölge	117,93±14,6	14,90±3,2	23,84±4,4	16,38±2,5	12,59±2,1	11,91±1,9	15,20±2,1	11,66±2,2	10,90±2,2
p*	<0,001	0,012	0,022	<0,001	0,001	0,526	<0,001	0,029	0,756
Sağlık Çalışanı Akraba Varlığı									
Hayır	114,88±16,5	14,70±3,3	23,41±5,3	15,82±2,9	12,16±2,5	11,68±2,4	14,79±2,3	11,30±2,2	10,68±2,3
Evet	119,61±14,5	14,84±3,4	24,00±3,4	16,67±2,4	12,83±1,9	12,13±1,8	15,40±2,1	11,91±2,2	11,13±2,1
p*	0,003	0,695	0,195	0,002	0,003	0,040	0,007	0,007	0,050
Kronik Hastalık Varlığı									
Hayır	116,50±15,3	14,57±3,3	23,61±4,8	16,22±2,6	12,34±2,2	11,85±2,2	15,04±2,3	11,55±2,2	10,93±2,1
Evet	118,21±16,8	15,17±3,5	23,82±3,9	16,21±3,0	12,72±2,4	11,96±2,0	15,13±2,1	11,66±2,3	10,79±2,4
p*	0,312	0,097	0,670	0,975	0,124	0,617	0,690	0,637	0,555
Sağlık Merkezi Başvuru Sıklığı (yılda)									
5 kez ve altı	116,90±14,7	14,62±3,2	23,46±3,3	16,16±2,5	12,49±2,0	11,91±2,3	15,14±2,1	11,51±2,1	11,00±2,1
6 kez ve üzeri	117,29±17,4	14,98±3,5	24,01±5,8	16,29±3,0	12,43±2,5	11,85±2,0	14,96±2,4	11,69±2,3	10,72±2,4
p*	0,809	0,295	0,239	0,640	0,788	0,808	0,428	0,433	0,237
Kendine Göre İletişim Yeteneği									
Hayır ^a	97,52±18,3	10,73±4,2	19,78±4,2	14,52±3,2	10,15±3,2	10,31±2,1	13,36±1,7	8,89±2,7	9,21±2,3
Evet ^b	119,12±14,8	15,23±3,0	24,10±4,5	16,41±2,6	12,68±2,1	12,09±2,2	15,25±2,2	11,85±2,0	10,97±2,2
Emin Değil ^c	107,00±13,1	12,32±3,7	21,55±3,1	15,14±2,9	11,55±1,9	10,67±1,4	14,11±1,6	10,35±2,4	10,94±2,3
p*	<0,001^{ab} <0,001^{bc}	<0,001^{ab} <0,001^{bc}	<0,001^{ab} 0,004^{bc}	0,009^{ab} 0,025^{bc}	<0,001^{ab} 0,013^{bc}	<0,001^{ab} <0,001^{bc}	<0,001^{ab} 0,012^{bc}	<0,001^{ab} 0,047^{ac} <0,001^{bc}	0,003^{ab} 0,020^{ac}
Sağlık Hizmeti Alırken İletişim Sorunu Yaşama Durumu									
Yaşamayan	120,09±15,5	15,25±3,0	24,41±5,6	16,42±2,8	12,76±2,2	12,25±2,5	15,26±2,5	12,07±2,0	11,23±2,1
Yaşayan	115,20±15,7	14,47±3,5	23,23±3,6	16,09±2,6	12,29±2,2	11,66±1,9	14,95±2,0	11,29±2,35	10,67±2,2
p*	0,003	0,025	0,012	0,251	0,047	0,011	0,189	0,001	0,016

Yakınlarına Göre Kişilik Tipi									
A Tipi Kişilik Bozukluğu ^d	112,72±19,6	14,36±3,7	22,47±4,4	15,68±3,7	11,59±2,9	11,45±2,6	14,59±2,6	11,18±2,1	10,81±2,0
B Tipi Kişilik Bozukluğu ^e	118,30±14,9	15,16±3,2	23,92±3,4	16,42±2,5	12,46±2,2	12,02±2,3	15,14±2,2	11,72±2,1	10,76±2,3
C Tipi Kişilik Bozukluğu ^f	110,32±18,3	12,59±3,8	22,05±4,4	15,61±3,2	11,86±2,5	11,23±2,0	14,94±1,9	10,94±2,6	10,36±2,2
Hiçbir kişilik bozukluğuna dahil edilmeyenler ^g	119,41±13,7	15,24±2,9	24,35±5,4	16,37±2,3	12,95±1,9	12,10±1,9	15,18±2,2	11,79±2,2	11,22±2,2
p*	0,008^{ef} 0,002^{fg}	0,046^{df} <0,001^{ef} <0,001^{fg}	0,048^{ef} 0,009^{fg}	0,133	0,003^{dg} 0,016^{fg}	0,039^{fg}	0,447	0,059	0,083
Kendine Göre Kişilik Tipi									
A Tipi Kişilik Bozukluğu ^h	113,91±22,1	14,57±4,4	22,91±5,0	15,80±3,8	12,04±2,9	11,57±2,6	14,70±2,6	11,57±2,6	10,55±2,3
B Tipi Kişilik Bozukluğu ⁱ	117,04±14,9	15,07±3,0	24,09±5,5	16,22±2,6	12,27±2,3	11,98±2,3	14,95±2,2	11,40±2,2	10,72±2,2
C Tipi Kişilik Bozukluğu ⁱ	113,03±16,1	13,11±3,7	22,58±3,7	15,93±2,8	12,06±2,2	11,33±1,9	14,76±1,9	11,48±2,4	11,02±2,1
Hiçbir kişilik bozukluğuna dahil edilmeyenler ^j	120,84±12,9	15,50±2,7	24,16±3,0	16,54±2,2	13,14±1,7	12,24±1,9	15,55±2,2	11,89±2,1	11,14±2,2
p*	0,004^{ij}	<0,001ⁱⁱ <0,001^{ij}	0,038^{ij}	0,302	0,024^{hj} 0,008^{ij} 0,006^{ij}	0,024^{ij}	0,034^{hj}	0,330	0,290
*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır.									

4.4. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

4.4.1. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçek Toplamı ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

Kendine göre iletişim yeteneğinin yeterli olduğunu düşünenlerin puanı ($107,40 \pm 12,0$), yetersiz olduğunu düşünenlere ($100,52 \pm 9,3$) göre yüksekti ($p=0,033$).

4.4.2. İlgı İhtiyacı Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

Kentsel bölgede yaşayanların ilgi ihtiyacı puanı ($26,28 \pm 3,4$), kırsal bölgede yaşayanlara ($24,75 \pm 6,2$) göre yüksekti ($p=0,021$). Kendine göre iletişim yeteneğinin yeterli olduğunu düşünenler ($26,35 \pm 3,7$), yetersiz olduğunu düşünenlere ($23,36 \pm 4,4$) göre daha yüksek ölçek puanına sahipti ($p=0,002$).

4.4.3. Korku ve Endişe Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

Bireylerin yakınlarının kendini tanımlamasına göre C tipi kişilik bozukluğu grubuna dâhil edilenlerin puanı ($14,34 \pm 3,3$), hiçbir gruba dâhil edilmeyenlere ($11,97 \pm 3,8$) göre daha yüksekti ($p=0,002$). Katılımcılardan kendini yakın hissettikleri kişilik özelliğine göre C tipi kişilik bozukluğuna dâhil edilenlerin puanı ($14,14 \pm 3,6$), hiçbir gruba dâhil edilmeyenlere ($11,35 \pm 3,9$) göre daha yüksek hesaplandı ($p<0,001$).

4.4.4. Merak ve Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

30 yaş ve altı bireylerin puanı ($16,92 \pm 2,7$), 30 yaş üzeri olanlara ($16,25 \pm 3,0$) göre ($p=0,022$), eğitim durumu üniversite seviyesinde olanların puanı ise ($16,82 \pm 2,8$), lise ve altı olanlara ($16,19 \pm 3,0$) göre daha yüksekti ($p=0,039$).

4.4.5. Bekleme Süresi Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

Erkeklerin puanı ($11,24 \pm 3,0$), kadınlara ($10,37 \pm 3,2$) göre ($p=0,006$), evli olanların puanı ise ($11,22 \pm 3,0$), bekârlara ($10,27 \pm 3,1$) oranla daha yüksekti ($p=0,003$). Sağlık hizmeti alırken iletişim problemi yaşayanlar ($11,28 \pm 2,8$), yaşamayanlara ($10,02 \pm 3,4$) göre daha yüksek puana sahipti ($p<0,001$).

4.4.6. Ön Yargı Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

Kadınlar ($14,42 \pm 3,5$), erkeklere ($13,48 \pm 3,8$) göre ($p=0,012$), bekâr olanlar ($14,62 \pm 3,5$), evlilere ($13,43 \pm 3,8$) göre daha yüksek puana sahipti ($p=0,002$). 30 yaş ve altındakilerin puanı ($14,44 \pm 3,5$), 30 yaş üzerindekiilere ($13,45 \pm 3,8$) göre ($p=0,008$), eğitim durumu üniversite seviyesindekilerin puanı ise ($14,37 \pm 3,5$), daha alt eğitim seviyesindekiler ($13,25 \pm 4,0$) göre daha yüksekti ($p=0,004$). Kentsel bölgede yaşayanlar ($14,14 \pm 3,5$), kırsal bölgedekilere ($12,11 \pm 4,8$) göre daha yüksek ölçek puanına sahipti ($p=0,002$). Sağlık çalışanı akrabası olanların aldığı puan ($14,53 \pm 3,5$) diğerlerine ($13,47 \pm 3,8$) göre yine istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecek düzeyde yüksekti ($p=0,005$).

4.4.7. Güvensizlik Alt Boyutu ile Sosyodemografik Verilerin Kıyaslanması

Sağlık çalışanı akrabası olanlar ($12,22 \pm 2,2$), olmayanlara ($11,65 \pm 2,4$) oranla daha yüksek puana sahipti ($p=0,016$).

Bunun yanı sıra çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve yıllık sağlık merkezi başvuru sıklığına göre yapılan gruplandırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ayrıca güvenlik personeli alt ölçek boyutunda da gruplar arasında fark olarak istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmadı ($p>0,05$). Hasta merkezli iletişim engelleri ölçek toplam puanı ve 7 alt boyutu ile sosyodemografik verilerin kıyaslanması Tablo 9' da paylaşıldı.

Tablo 9. Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği ve Alt Boyutlarının ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

	Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Puanları	İlgi İhtiyacı Alt Grup Puanları	Güvenlik Personeli Alt Grup Puanları	Korku ve Endişe Alt Grup Puanları	Merak ve Bilgi İhtiyacı Alt Grup Puanları	Bekleme Süresi Alt Grup Puanları	Ön Yargı Alt Grup Puanları	Güvensizlik Alt Grup Puanları
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Cinsiyet								
Erkek	106,67±11,7	26,49±3,6	15,28±3,5	11,92±4,0	16,48±3,0	11,24±3,0	13,48±3,8	11,74±2,6
Kadın	107,28±11,6	25,81±3,9	15,25±3,3	12,62±4,0	16,70±2,8	10,37±3,2	14,42±3,5	12,08±2,0
p*	0,602	0,073	0,941	0,088	0,458	0,006	0,012	0,157
Yaş								
30 Yaş ve Altı	107,97±11,6	26,15±3,8	15,39±3,4	12,37±3,9	16,92±2,7	10,57±3,1	14,44±3,5	12,08±2,2
30 Yaş Üzeri	105,95±11,6	26,14±3,7	15,13±3,4	12,17±4,1	16,25±3,0	11,04±3,1	13,45±3,8	11,74±2,5
p*	0,085	0,988	0,446	0,621	0,022	0,137	0,008	0,144
Medeni Durum								
Evli	107,08±11,1	26,40±3,6	15,41±3,2	12,19±4,1	16,58±2,8	11,22±3,0	13,43±3,8	11,83±2,4
Bekâr	106,84±12,3	25,82±3,9	15,07±3,6	12,39±3,9	16,61±3,0	10,27±3,1	14,62±3,5	12,02±2,3
p*	0,833	0,136	0,326	0,626	0,911	0,003	0,002	0,409
Eğitim Durumu								
Lise ve Altı	106,04±13,1	26,26±4,2	15,11±3,6	12,29±4,3	16,19±3,0	11,07±3,3	13,25±4,0	11,85±2,8
Üniversite	107,52±10,7	26,08±3,5	15,35±3,2	12,27±3,9	16,82±2,8	10,65±3,0	14,37±3,5	11,95±2,0
p*	0,224	0,645	0,494	0,963	0,039	0,197	0,004	0,668
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	107,39±11,2	26,12±3,3	15,47±3,3	12,11±4,0	16,58±2,9	10,98±3,1	14,05±3,8	12,04±2,3
Çalışmıyor	106,45±12,2	26,18±4,3	15,00±3,5	12,48±4,0	16,60±2,9	10,57±3,1	13,83±3,5	11,76±2,4
p*	0,426	0,882	0,173	0,364	0,965	0,201	0,555	0,245
Gelir Düzeyi								
Geliri Giderinden Fazla ^a	106,74±11,7	25,98±3,7	15,25±3,4	11,88±4,0	16,75±2,8	10,67±3,0	14,08±3,7	12,10±2,2
Geliri Gideriyle Denk ^b	107,94±10,7	26,47±3,3	15,34±3,2	12,31±4,1	16,62±2,8	10,82±3,1	14,37±3,5	11,98±2,2
Geliri Giderinden Az ^c	105,24±13,2	25,62±4,6	15,12±3,7	12,54±3,9	16,40±3,1	10,88±3,1	13,01±3,8	11,63±2,7

p*	0,153	0,158	0,862	0,527	0,696	0,899	0,007^{bc}	0,342
Yaşadığı Yer								
Kırsal Bölge	103,86±18,1	24,75±6,2	14,69±4,1	13,22±4,4	16,08±3,9	11,25±3,5	12,11±4,8	11,75±2,6
Kentsel Bölge	107,28±10,8	26,28±3,4	15,32±3,3	12,18±4,0	16,64±2,8	10,76±3,1	14,14±3,5	11,93±2,3
p	0,093	0,021	0,292	0,145	0,274	0,379	0,002	0,659
Sağlık Çalışanı Akraba Varlığı								
Hayır	106,28±11,9	26,20±3,8	15,19±3,4	12,37±4,0	16,55±2,8	10,82±3,2	13,47±3,8	11,65±2,4
Evet	107,79±11,3	26,08±3,7	15,35±3,4	12,16±4,0	16,64±3,0	10,78±3,0	14,53±3,5	12,22±2,2
p*	0,199	0,760	0,655	0,596	0,745	0,884	0,005	0,016
Kronik Hastalık Varlığı								
Hayır	106,80±11,6	26,00±3,9	15,45±3,2	12,23±4,0	16,55±2,8	10,68±3,1	14,00±3,6	11,88±2,3
Evet	107,33±11,7	26,45±3,6	14,89±3,7	12,38±4,1	16,67±3,1	11,06±3,1	13,87±3,8	11,99±2,5
p*	0,671	0,272	0,126	0,728	0,716	0,249	0,760	0,661
Sağlık Merkezi Başvuru Sıklığı (yılda)								
5 kez ve altı	107,46±11,1	26,27±3,4	15,54±3,2	12,17±3,9	16,72±2,7	11,03±2,9	13,92±3,5	11,77±2,2
6 kez ve üzeri	106,26±12,4	25,96±4,2	14,86±3,7	12,42±4,2	16,39±3,2	10,47±3,4	14,01±3,9	12,12±2,4
p*	0,313	0,420	0,052	0,549	0,270	0,081	0,818	0,154
Diğer kişilerle iyi bir iletişim kurduğunu düşünme durumu								
Hayır ^d	100,52±9,3	23,36±4,4	13,47±3,3	13,31±3,4	15,52±2,8	10,68±2,6	12,73±2,9	11,42±2,1
Evet ^e	107,40±12,0	26,35±3,7	15,34±3,4	12,12±4,1	16,67±2,9	10,74±3,1	14,18±3,7	11,97±2,4
Emin Değil ^f	106,29±8,0	25,64±2,9	15,34±2,8	13,23±3,2	16,38±2,5	11,55±3,0	12,38±3,6	11,55±1,8
p*	0,033^{de}	0,002^{de}	0,062	0,167	0,229	0,349	0,020^{ef}	0,400
Sağlık Hizmeti Alırken İletişim Sorunu Yaşama Durumu								
Yaşamayan	106,19±12,4	26,28±4,3	15,34±3,6	11,24±4,2	16,57±3,0	10,02±3,4	14,73±3,8	11,97±2,5

Yaşayan	107,46±11,1	26,06±3,4	15,22±3,3	12,91±3,8	16,60±2,8	11,28±2,8	13,48±3,6	11,88±2,2
p*	0,986	0,262	0,935	0,114	0,486	<0,001	0,699	0,636
Yakınlarına Göre Kişilik Tipi								
A Tipi Kişilik Bozukluğu ^g	104,25±16,4	24,68±5,8	15,02±4,2	12,50±4,3	16,27±3,4	10,15±2,9	13,93±3,4	11,68±2,7
B Tipi Kişilik Bozukluğu ^h	106,10±10,9	26,28±3,4	15,16±3,4	11,81±4,1	16,49±2,8	10,83±3,3	13,67±3,8	11,83±2,4
C Tipi Kişilik Bozukluğu ⁱ	109,17±13,0	26,07±4,1	14,73±3,5	14,34±3,3	16,75±3,3	10,73±2,8	14,65±3,5	11,88±2,6
Hiçbir kişilik bozukluğuna dahil edilmeyenler ⁱ	107,94±10,0	26,14±3,1	15,64±3,1	11,97±3,8	16,74±2,6	11,00±3,1	14,02±3,7	12,08±2,1
p*	0,105	0,032^{gi}	0,336	0,001^{hi} 0,002ⁱⁱ	0,745	0,486	0,431	0,708
Kendine Göre Kişilik Tipi								
A Tipi Kişilik Bozukluğu ^j	105,00±16,0	25,19±4,9	15,10±3,9	11,61±3,9	16,21±3,8	10,42±3,4	14,70±3,2	11,74±2,6
B Tipi Kişilik Bozukluğu ^k	106,68±11,7	26,17±3,7	15,12±3,4	12,28±4,1	16,55±2,8	10,98±3,1	13,55±3,7	11,99±2,4
C Tipi Kişilik Bozukluğu ^l	108,79±10,4	26,07±3,8	15,18±3,3	14,14±3,6	17,09±2,5	11,02±2,9	14,34±3,5	11,57±2,4
Hiçbir kişilik bozukluğuna dahil edilmeyenler ^m	106,97±10,3	26,53±3,2	15,56±3,2	11,35±3,9	16,48±2,8	10,59±3,1	14,34±3,5	12,10±2,1
p*	0,349	0,237	0,726	0,004ⁱ 0,005^{kl} <0,001^{lm}	0,363	0,547	0,152	0,424
*İkili gruplarda Student-t ve çoklu gruplarda One way ANOVA kullanılmıştır								

4.5. İletişim Yeterliliği Ölçeği Kısa Formu İle Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Korelasyon Katsayıları

HMİEÖ toplam puanı ile İYÖ-KF toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon mevcuttu ($r=0,332$) ($p<0,001$). HMİEÖ toplamı ile İYÖ-KF empati yeterliliği alt boyutu arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı korelasyon ($r=0,356$) ($p<0,001$), İYÖ-KF uyum yeterliliği alt grubu arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı ($r=0,320$) ($p<0,001$) korelasyon saptandı. HMİEÖ toplamı ile İYÖ-KF duyarlılık yeterliliği alt grubu arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı ($r=0,227$) ($p<0,001$) korelasyon saptandı.

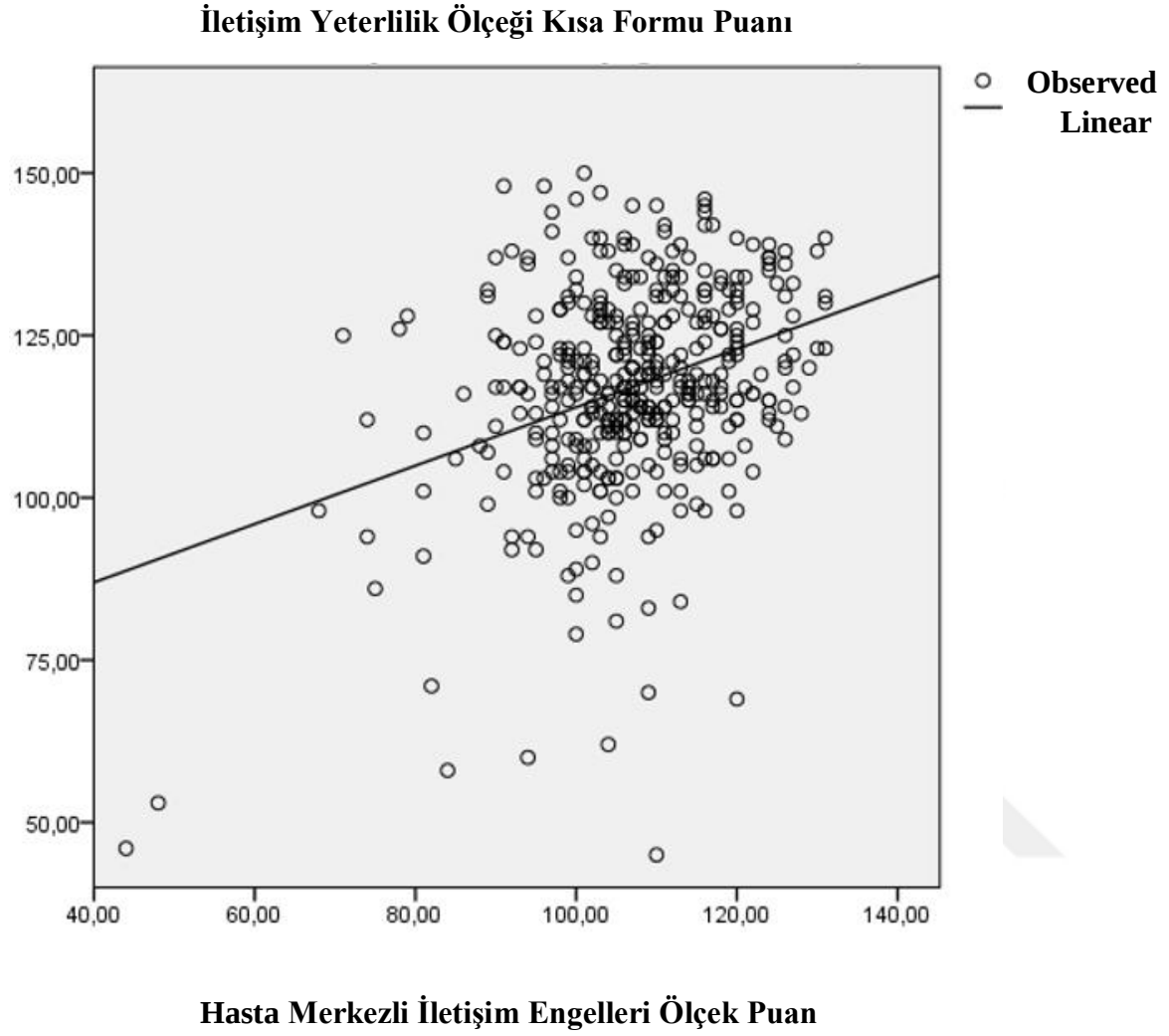
İYÖ-KF empati yeterliliği alt boyutu HMİEÖ ilgi ihtiyacı alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ($r=0,439$) ($p<0,001$), İYÖ-KF uyum yeterliliği alt boyutu ile HMİEÖ ilgi ihtiyacı alt grubu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ($r=0,471$) ($p<0,001$) korelasyon saptandı. İYÖ-KF insan ilişkileri alt boyutu ile HMİEÖ ilgi ihtiyacı alt grubu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon ($r=0,308$) ($p<0,001$) bulundu.

HMİEÖ toplam puanı ve alt boyutlarının İYÖ-KF arasındaki korelasyon değerleri Tablo 10 da verilmiştir.

Doğrusal regresyon analizi yapıldığında İYÖ-KF puanındaki yüksekliğin %11'i toplam HMİEÖ puanındaki yüksekliğe atfedilmektedir ($R^2=0,110$) ($p<0,001$). İYÖ-KF toplam puanı ile HMİEÖ toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi şekil 1' de verilmiştir.

Tablo 10. İletişim Yeterliliği Ölçeği Kısa Formu İle Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Korelasyon Katsayıları

	İletişim Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu Toplamı	Sosyal Davranış Yeterliliği	İletişimde Bireysel Yönler	Empati Yeterliliği	Uyum Yeterliliği	Duyarlılık Yeterliliği	İletişime Teşvik Yeterliliği	İnsan İlişkileri	Dinleme Yeterliliği
Hasta Merkezli İletişim Engelleri Ölçeği Toplamı									
r	0,332**	0,201**	0,274**	0,356**	0,320**	0,227**	0,198**	0,179**	0,229**
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İlgi İhtiyacı									
r	0,489**	0,338**	0,391**	0,439**	0,471**	0,319**	0,355**	0,308**	0,165**
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
Güvenlik Personeli									
r	0,181**	0,135**	0,153**	0,202**	0,170**	0,136**	0,068	0,118*	0,414**
p	<0,001	0,007	0,002	<0,001	0,001	0,007	0,173	0,018	<0,001
Korku ve Endişe									
r	-0,199**	-0,161**	-0,101*	-0,077	-0,174**	-0,088	-0,204**	-0,179**	-0,101*
p	<0,001	0,001	0,044	0,124	<0,001	0,077	<0,001	<0,001	0,043
Merak ve Bilgi İhtiyacı									
r	0,310**	0,192**	0,247**	0,310**	0,266**	0,207**	0,192**	0,196**	0,074
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,138
Bekleme Süresi									
r	0,056	0,043	0,110*	0,099*	0,056	0,046	-0,013	-0,040	-0,009
p	0,268	0,386	0,028	0,048	0,262	0,361	0,800	0,426	0,859
Ön Yargı									
r	0,119*	0,039	-0,004	0,067	0,131**	0,034	0,188**	0,108*	0,132**
p	0,017	0,439	0,939	0,182	0,009	0,502	<0,001	0,030	0,008
Güvensizlik									
r	0,283**	0,174**	0,227**	0,266**	0,261**	0,190**	0,169**	0,161**	0,151**
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,001	0,003
Analiz olarak Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır. * Korelasyon 0,05 düzeyinde önemlidir. ** Korelasyon 0,01 düzeyinde önemlidir.									



Şekil 1. İYÖ-KF toplam puanı ile HMEÖ toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi

5. TARTIŞMA

Sunulan çalışma, sağlık merkezlerinde kurulan iletişimde hizmet alıcısı olarak tanımlanan hastaların mevcut iletişim becerileri açısından ne seviyede olduğu ve karşılaştığı engellerin iletişime etkilerini inceleyen nadir çalışmalardan birisidir. Sağlıkta iletişimi geliştirme açısından literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

İstanbul’da 2019 yılında yapılan bir çalışmada 100 hekimden 95’i hasta ve hasta yakınları ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmaya göre her 10 hekimden dokuzu hastalarla iyi iletişim kurduğunu düşünürken, her 10 hekimin sekizi ise hastalarla iletişim kurarken olumsuzluklarla karşılaşacağını düşünmektedir (43). Cenk S. ve arkadaşlarının yaptığı Muğla ilinde 198 sağlık personelinin kapsayan çalışmada, çalışanların %90,4’ünün sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (44). İletişim denkleminde hekim tarafından bakışın ele alındığı bu veriler çalışılan konunun önemini göstermesi yönünden dikkate değerdir.

İş’in (2019) yaptığı bir çalışmada; hastaların yarısı en iyi iletişim kurduğu sağlık personelinin hekim olduğunu belirtirken yaklaşık 10 kişiden 8’i ise hekimin ilgi ve şefkatinin tedavi sürecine olumlu etki yaptığını düşünmekteydi (43). Bu sonuçlar, hastanın iletişim sürecine verdiği önemi ve ilgi ihtiyacını göstermesi açısından önemlidir.

Sunulan çalışmada erkek katılımcıların iletişim becerisi, kadınlara göre yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bunun yanında Koca ve Erigüç (2019) sağlık çalışanlarının iletişim yeterliliği üzerine yaptıkları çalışmasında sosyal davranış yeterliliği başta olmak üzere erkeklerin iletişim becerisi kadınlara göre yüksek bulunmuştur (41). Diğer yandan literatürde kadın bireylerin iletişiminin erkeklere göre daha iyi olduğunu gösteren çokça çalışma olduğunu da belirtmeliyiz. Korkut (2005) tarafından yetişkinlerin iletişim becerilerini değerlendirdiği bir çalışmada kadın katılımcıların iletişim puanları, erkek katılımcılarınkinden daha yüksek çıkarken yine Korkut’un (1996) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, kız öğrencilerin iletişim becerisi puanının, erkek öğrencilerinkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (45, 46). Literatür ile sunulan çalışma arasındaki farkın nedeni, çalışmanın bir hastanede yapılması, bireylerin sağlık durumları gibi kendilerine endişe verici bazı değişkenlerin etkisinde oldukları ve bu stres faktörünün cinsiyetler üzerinde farklı etkilere yol açabileceğidir. Nitekim Korkmaz ve Ceylan (2012) farklı stres faktörleri etkisi altında kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla sorun yaşadığını saptamıştır (47). Arslanoğlu ve Özargun’un (2023) hipotezimizi destekler nitelikteki sonucuna göre kadınların erkeklere

göre daha çok sağlıkta iletişim sorunu yaşadığıdır (48). Ayrıca kadın ve erkeklerin strese cevabı farklı olduğu ve kadınların özellikle akut strese daha dayanıksız oldukları bilinir (49).

Sunulan çalışmada orta yaştaki erişkinlerin gençlere göre iletişim yeterliliğinin göre daha iyi olduğu tespit edildi. Bu sonucu destekleyen Topal ve ark.'nın (2023) Denizli'de 433 kişi ile yaptığı bir çalışmada, özellikle 40 yaş üstü bireylerin iletişiminin genç olanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiş (50). Çankaya ve Aküzüm (2010) ise öğretmenler ile yapılan bir çalışmada yaşın iletişim üzerine etkisinin olmadığını savunmaktadır (51).

Evlilik, aile ilişkisinin kurulduğu ve bir sonraki neslin yetiştirildiği bir kurum olduğundan, en temel ve en önemli insan ilişkisi olarak tanımlanmaktadır. Evlilik bir iletişim ve etkileşim sistemidir. Eşlerin birbirlerine ruhsal, toplumsal ve cinsel beklentilerini ve mesajlarını ortaya koymaları ve dile getirebilmeleri için karşılıklı etkileşim içinde olmaları gerekir. Uyumlu bir evliliğin ön koşullarından birisi de sağlıklı bir iletişimdir. İzmir'de 2015 yılında yapılan bir araştırmanın sonucuna göre; evlilik uyumunun en önemli belirleyicisi olarak aile içi iletişim düzeyinin ortaya çıktığı, etkili olmayan aile içi iletişim ile de evlilik uyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (52). Bu veri ile paralel olarak çalışmamızın sonucunda da, evli olan bireylerin iletişimi bekârlara göre önemli ölçüde yüksek düzeyde bulundu. Bunun yanında Koca ve Erigüç (2019) çalışmasında olduğu gibi medeni durumun, iletişim üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı yönünde veriler de bulunmaktadır (41). Bu durum çalışmaların yapıldığı popülasyonun sosyokültürel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Eğitimin niteliğine göre bireylerin kazandığı iletişim yeteneği değişmektedir. İletişim eğitiminin en önemli aşamalarından biri empati eğitimidir. Anaokulu öğretmenliğinde eğitim alan 60 kadın öğrenci ile yapılan bir çalışmada, iletişim becerileri eğitiminin bireylerin empati becerileri üzerinde etkili olduğu ve bu becerileri geliştirdiği görülmektedir (53). Barak (1990) ise bireylerin empatik oyun yardımı ile verdiği iletişim eğitiminin empati düzeylerini geliştirdiğini saptamıştır (54). Bunun yanında çalışmamızda genel eğitim seviyesi değerlendirilmiş olup eğitim düzeyi lise ve altı seviyesinde olanların iletişimi, özellikle sosyal davranış yeterliliği alt boyutunda daha yüksek bulundu. Bu sonuç diğer alt boyutlara aynı şekilde yansımamış olup Koca ve Erigüç (2019) çalışması da verimizi desteklemektedir (41). Bunun muhtemel nedeni verilen eğitimin standardize edilmemiş olduğu ve bireyin erken yaşta iş hayatında rol alıp iletişimin seviyesini günlük hayatta geliştirmesi olabilir.

Katılımcıların çalışma durumu veya gelir düzeyine göre yapılan gruplandırmada iletişim düzeyleri benzer seviyedeydi. Literatürde benzer çalışmalar değerlendirildiğinde; Koca ve Erigüç (2019) bir sağlık kurumundaki farklı meslek grupları arasındaki karşılaştırmasında sağlık yöneticilerinin iletişiminin hemşire ve doktorlara göre yüksek olduğu sonucunu ortaya koymuştur (52). Bingöl ve Demir'in (2011) Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 261 öğrenci ile yaptığı bir çalışmada ise; öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre iletişim düzeyi incelendiğinde, gelir durumunun iletişim becerilerini etkilemediği bulunmuştur (55).

Yerleşim yerine göre yapılan kıyaslama sonucu; duyarlılık yeterliliği ve dinleme yeterliliği hariç diğer alanlarda, kentsel bölgede yaşayanların iletişimi daha yüksek bulundu. Mevcut çalışma ile benzer sonuca ulaşılan bir diğer araştırmada uzun süre büyükşehirde yaşayan öğretmen adaylarının iletişim becerileri ile uzun süre şehir, kasaba ve köyde yaşayan öğretmen adaylarının iletişim becerileri arasındaki fark; büyükşehirde yaşayan öğretmen adayları lehine anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (56). Bu sonuçların; yerleşim yerinin, nüfus katmanlarının çeşitliliği ve farklı sosyokültürel seviyedeki kişiler arasında iletişim kurma olanaklarıyla bağlantılı olduğunu düşünüyoruz. Bununla birlikte Tepeköylü ve ark.'nın (2009) araştırması ve Bingöl ve Demir'in (2011) çalışmasında bireylerin yerleşim yeri ile iletişim yetisi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (55, 57).

Kronik hastalık varlığı veya yıl içinde mükerrer sağlık merkezi başvurusu olan katılımcıların iletişim yeteneklerinin diğer bireylere oranla farklı olmadığı sonucuna ulaşıldı. Bu sonuç nispeten sağlık merkezine aşina olma durumunun genel iletişim yeteneğine etkisinin olmadığını yansıtmakta olup beklenen bir sonuçtur.

Mevcut araştırmanın sonuçlarından diğeri ise; sağlık merkezi başvurularında sıklıkla iletişim sorunu yaşadığını belirtenlerin, iletişim becerilerinin sorun yaşamayanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmesidir. Sunulan çalışmanın ana amacı olan sağlık merkezlerinde hasta perspektifinden karşılaşılan iletişim engellerinin, hastanın iletişim engelleri ile ilişkisini vurgulaması açısından bu sonucu çok değerli buluyoruz. Araştırmamızda sorgulanmayan bir değişkenin incelendiği ve sonucu açısından değerli bulunan bir çalışma olan Güngör (1989) çalışmasına göre benlik saygısı düzeyi yüksek olan lise öğrencilerinin algılanan iletişim becerileri, benlik saygısı düzeyi düşük olan lise öğrencilerinden daha yüksektir (58). Bu sonuç mevcut çalışmada verilen cevapları da etkileyen muhtemel bir nedeni öne çıkarmış olup yeni araştırmalarda göz önüne alınması gereken bir etkidir.

Katılımcıların kendini yakın hissettikleri veya yakınlarının tanımlamasına göre yapılan kişilik tipi analizi öngörüsüne göre kişilik bozukluğu tiplerinin hiçbirine dahil edilmeyen bireylerin iletişim yeteneğinin daha yüksek olduğu görüldü. Bunun muhtemel nedeni kendini endişeli, kararsız veya korkak hisseden bireylerin iletişim kurmada güçlük çekmesi olabilir.

Kişilik bozukluğu ile empati arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar daha çok antisosyal, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu gibi spesifik alanlarda yoğunlaşmakla beraber, bu bulgular genel sonuç ile uyumlu görünmektedir. Flury ve ark (2008) borderline kişilik özellikleri yüksek ve düşük olan bireyleri karşılaştırmış ve borderline kişilik özellikleri yüksek olanların empatik hassasiyetlerinin daha düşük olduğunu, diğerlerinin duygu ve düşüncelerini okumakta, yorumlamakta daha çok zorluk çektiklerini tespit etmişlerdir (59). Ritter ve ark.'na (2011) göre ise Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı alanlarla sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada narsisistik KB grubunun diğer insanların duygularını anlamayı içeren duygusal empati becerilerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yetersizlik olduğu görülmüştür (60). Konduz'un (2015) çalışmasına göre alt gruplara inmeden yapılan değerlendirmeye göre, kişilik bozukluğu tanısı alan grubun kişilerarası işlevsellikte yetersizlik düzeyleri, tanı almayan gruba göre daha yüksektir (61). Çalışmamızın yüzeysel düzeyde de olsa incelediği konu olan kişilik bozukluğu düşünülen kişilerin iletişimde zorluk yaşadıkları düşüncesi, literatürdeki bu çalışmalar ile uyumlu görünmektedir.

Hasta perspektifinden sağlık sisteminde karşılaşılabilecek muhtemel engellerin değerlendirilmesinin önemini vurgulamak isteriz. Hekim açısından bakıldığında hastaya/danışana göre literatüre daha çok hâkim olması nedeniyle kullandığı bazı ifadelerin hastalar ve hasta yakınları tarafından anlaşılmaması veya kafa karışıklığına neden olmasının yanında, yanlış anlaşılması ile bedenen ve ruhen yıpratıcı süreçlere yol açabileceği öngörülmelidir. Bu nedenle hasta ve hasta yakınları için iletişim sürecindeki engelleri tanımlamaya, toplumun farklı kesimleri için karşılaştırmaya çalıştık.

Mevcut çalışmadaki kadın katılımcılara kıyasla erkeklerin tanı ve tedavi sürecinde bekleme süresini önemli bir engel olarak değerlendirdikleri gözlemlendi. Kadınların ise bu sürece karşı taşıdıkları ön yargı düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü. Aydın ve Şahin'in (2018) Gaziantep ilinde yaptığı çalışmasında ulaştığı sonuca göre ise kadınların bekleme süresinin yanında korku ve endişe düzeyinin de erkeklere karşı daha yüksek olduğudur (42). Cinsiyetler arasında çeşitli iletişim parametrelerinde farklılıklarının olduğu yukarıda bahsedilmişti; bu sonuçlar, sağlıklı ilişkili konularda da benzer şekilde mevcut olduğu sonucuna ulaşmamızı sağlamaktadır. Bunun

yanında bekleme süresinin tarafsızca belirlenecek bir rakamı yoktur. Hastaların beklediği mekânın koşulları dahi bu sürecin sübjektif olarak uzun ve rahatsız hissedilmesine neden olabilir. Ayrıca bekleme süresinin hastaların tıbbi hizmetlerden memnuniyetini etkileyen ana belirteçlerden biri olduğu bilinmektedir (62).

30 yaş altı bireylerin merak ve bilgi ihtiyacının yanında ön yargısının da 30 yaş üstüne göre yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu sonuç genç hastaların sağlıkları hakkında daha çok bilgi ihtiyacının olduğunu, ancak sağlıkları ile ilgili bu sürece ve sağlık personeline daha ön yargılı yaklaştıklarını göstermektedir. Aydın ve Şahin'in (2018) sonucuna göre ise 60-69 yaş grubunda güvenlik personeline tutumlar daha fazla olumlu ve güven düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür (42). Bu verilerin, yaşla birlikte iletişimde olumlu yaklaşımın arttığı düşüncemizi pekiştirdiğini inanıyoruz.

Çalışmamızın örnekleminin yarısından fazlasını oluşturan evli bireylerin tedavisi sürecinde beklemekten daha çok etkilendiğini görmekteyiz. Bununla birlikte bekâr olanların sağlık personeline karşı daha ön yargılı olduğu da ulaşılan sonuçlardandır. Evli olup başka biri ile yakın ilişkide olmanın hastalığı ile ilgili olan iletişimde ön yargıyı azalttığını ancak poliklinik sırası gibi beklemesini gerektiren bir sürecin onu daha çok etkilediği sonucuna ulaştık. Bekar bireylerin evlilere göre yakın ilişki kurma olanaklarının daha düşük olmasına bağlı bu sonuca ulaşılmış olabilir.

Çalışmamızda da eğitim durumu üniversite düzeyinde olanların tedavi sürecinde daha çok merak ve bilgi ihtiyacında oldukları sonucuna ulaştık. Merak, bilgi ve ilgi ihtiyacı başta birçok sosyokültürel faktör sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (63). Ayrıca literatürün taranması ile sağlık okuryazarlığının, eğitim düzeyinin artması ile de doğru orantılı olarak arttığı görülmektedir (64). Çalışmamızda da eğitim durumu üniversite düzeyinde olanların tedavi sürecinde daha çok merak ve bilgi ihtiyacında oldukları sonucuna ulaştık. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu bir kesimde bu sonucun olağan karşılanması gerektiğini düşünüyoruz. Bunun yanında üniversite seviyesindeki bu grubun sağlık personeline olan ön yargısının da daha yüksek olduğu görüldü. Bu sonuç sağlıkla ilgili merakı yüksek olan bireylerin, karşılaşılabileceği yanlış bilgi yükünün de toplumun diğer kesimine göre daha yüksek olacağı ve hekiminin kendisi ile ilgili önerilerini ön yargı ile karşılayacağını gösterdiğine inanıyoruz.

Yukarıdaki veriyle paralel olarak; kentsel bölgede yaşayanların sağlıkla ilgili süreçlerde ön yargı düzeylerinin yüksek olduğu görüldü. Literatürde bu sonuca karşı olumlu ya da olumsuz

yönde bir yargı bulunamamış olup eğitim seviyesi, internet ve sosyal medya erişimi ile dolaylı yoldan ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Nitekim Balıkesir'in Kepsut İlçesi'ndeki internet ve sosyal medya kullanımının araştırıldığı bir çalışmada edilen bulgulara, ilçe merkezinde bulunan ve ilçe merkezine yakın olan mahallelerdeki bireylerin internet ve sosyal medya kullanımının yüksek bunun aksine ilçe merkezine uzak olan mahallelerdeki bireylerin daha az olduğu anlaşılmaktadır (65). Bununla birlikte özellikle COVID-19 sürecinde görüldüğü gibi sağlık sistemine mevcut tedavi ve aşı çeşitlerine karşı ön yargı gelişmiş olup ana nedeninin sosyal medyadaki bilgi kirliliği olduğu kanısındayız. Heidi Oi Yee Li ve ark. 'nın (2020) kaleme aldıkları bir makale COVID-19 ile ilgili en çok görüntülenen YouTube videolarının dörtte birinden fazlasının yanıltıcı bilgiler içerdiğini ve dünya çapında milyonlarca izleyiciye ulaştığını ortaya koymuştur (66). Bu veriler ışığında kentsel bölgede yaşayanların sosyal medyaya, dolayısıyla sağlık sistemine karşı daha ön yargı içeren enformasyonla karşı karşıya olduğundan bahsedebiliriz.

Ulaştığımız şaşırtıcı bir diğer sonuca göre sağlık çalışanı bir akrabası olan hasta ve hasta yakınlarının, tanı ve tedavi sürecinde daha güvensiz ve ön yargılı davrandığıdır. Mevcut sonuç ile ilişkili literatürde bir veri bulunamamıştır.

Kronik hastalık varlığı veya hastaneye başvuru sıklığına göre bireylerin iletişim engellerinin farklı olabileceği ön görüşümüzün doğru olmadığı sonucuna vardık. Beklendiğinin aksine bireylerin mükerrer başvurusuna neden olan kronik hastalık gibi bir durumun, poliklinikteki iletişimlerine etkisinin olmaması düşündürücüdür. Bu sonuca rağmen kişisel deneyimize göre özellikle aile hekimi gibi aynı hekime tekrarlayan başvuruların; sağlık iletişiminde engellerin kalkması benzeri, özellikle olumlu yönlerinin artırdığı şeklindedir. Kişinin aynı sağlık personeli ile daha yakından ilişki içerisinde olduğu yatan hasta ile görece olarak daha farklı kişiler ile temas halinde olduğu ayaktan hasta grubu arasında karşılaştırma yapan Aydın ve Şahin (2018); yatan hastaların yakınlarının “merak/bilgi öğrenme isteği” ve “güven” düzeylerinin daha fazla; ayaktan sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının ise önyargı düzeyinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır (42).

Çalışmanın en çarpıcı sonuçlarından biri ise iletişim yeteneğinin yeterli olduğunu düşünenlerin, ilgi ihtiyacı başta olmak üzere sağlık iletişimindeki engellerden en çok etkilenen grup olmasıdır. Çalışmamızın ilk kısmında da ortaya koyduğumuz şekliyle; iletişiminin yeterli olduğuna inanan katılımcıların iletişim yeteneği, yetersiz olduğunu düşünenlere oranla daha yüksek bulunmuştu. Bu veri ile birlikte değerlendirildiğinde iletişim yetisi daha yüksek olan ve bunun farkında olan

bireylerin, ilgi ihtiyacı başta olmak üzere, iletişim kurduğu taraftan da iletişim kanallarını daha etkin kullanmasını istediğini düşünüyoruz.

Daha önceki sağlık merkezi başvurularında iletişim problemi yaşayanların, başlıca sağlık iletişim engeli olarak bekleme süresini gördükleri sonucuna ulaştık. Yukarıda bekleme süresinin önemine dair paylaştığımız düşünceyi destekler nitelikte, beklemenin gruplar arasında önde gelen bir engel olarak öne çıktığını görmekteyiz.

Çalışmanın sonucuna göre iletişim yeterliliğinin tüm alt boyutlarının, sağlıkta iletişim engelleri ölçeğinin toplamı ile pozitif korelasyonla artmaktadır. Bu sonuç somutlaştırıldığında; empatisi, iletişim uyumu yüksek, iletişim kurmaya istekli olan bireylerin, hekiminden daha çok ilgi ihtiyacında olduğu, şikayeti hakkında daha çok bilgilendirilme isteğinde olduğu; bununla birlikte sağlık iletişimi sürecine karşı daha çok ön yargı taşıdıkları anlamına gelmektedir. Bu sonuç bireyin iletişimde yeterliliği arttıkça, karşısından da aynı düzeyde beklenti içinde olduğu, ve beklentisinin karşılanmamasına bağlı olabilir.

Bunun yanında hekime başvuran kişinin korku ve endişesi ne kadar yüksekse iletişim yeteneği o kadar düşmektedir. Örneğin kişi sağlık merkezinde iken kendisi veya yakını için taşıdığı endişe onun sağlık personeli ile olan iletişim yeteneğini düşürüp, insan ilişkilerinde pek çok probleme yol açabilmektedir. Bu veri tersten de okunabilir; hastanın iletişimi yetersiz ise bu kişide yetersizlik hissine neden olup korku ve endişe seviyesinde artmaya neden olabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hekime başvuran, adına hasta veya danışan denilen bireyin iletişim yeterliliğinin, kurulan iletişime etkisi doğrudan ve ihmal edilemeyecek seviyededir. Hekimin, hastanın başvuru şikâyetine odaklanırken karşısındaki birey ile arasındaki iletişim sürecine bigâne kalması mevcut ilişkide farklı problemlere yol açabileceği kanaatindeyiz. İletişim sürecinin hasta rolündeki tarafının iletişim yetenekleri, çalışmamızda odak noktası olarak seçilmiş olup; toplumsal sınıfın, daha önceki deneyimlerin, kişilik özelliklerinin bu sürece etkisi araştırılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetinden kişilik tipine, eğitim durumundan daha önceki deneyimlerine kadar pek çok değişkenin hekime ya da herhangi bir sağlık çalışanı ile olan iletişimine beklenti, ilgi ihtiyacı, ön yargı gibi farklı şekillerde yansımakta olduğu ulaşılan bazı sonuçlardandır.

Sağlık iletişiminde tarafların yeterliliği kimi problemleri aşmada yardımcı olsa da, kişilerin beklenti seviyesini yükseltmekte, olumsuz bir sonuçla karşılaşıldığında bunun bireydeki mevcut duruma olan tepki düzeyini artırabildiğine inanıyoruz. Bununla birlikte bu iki durumun da iletişim eğitimine olan önemini görmemizde fayda sağladığını düşünüyoruz.

Kadın ve erkek cinsiyetinin gerek biyolojik gerekse sosyokültürel çevre farkına bağlı olarak iletişim sürecine yaklaşımları farklı olabilmektedir. Literatürde kimi çalışmalarda kadınların, empati gibi yeterlilikler başta olmak üzere iletişimde daha etkin ve problem çözücü olduğu sonucu varken, sağlık iletişimi özelinde yapılan birçok çalışmada ise bunun aksi hakimdir. Sağlık iletişiminin kendi atmosferinin gereği özellikle stres etkenlerine bağlı olarak iletişim yeterliliği düzeyleri de cinsiyetler arasında farklılık gösterebileceğine inanıyoruz. Çalışmamızda her ne kadar anlamlı sonuç bulunamamış olsa da kişisel fikrimize göre erkeklerin sağlık iletişimi sürecini daha sağlıklı ilerlettiği yönündedir. Ayrıca çalışmamız ile literatürde gördüğümüz bu farklı sonuçların irdelenmesi için ek araştırmalara ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

Toplumdaki bireylerin farklı değişkenlere göre kazandıkları rollerin, sağlık iletişimindeki çeşitli engellere karşı daha yatkın kıldığı çalışmamızın sonuçlarındandır. Nitekim evlilerin bekârlara, erkeklerin kadınlara karşı bazı iletişim engellerine daha duyarlı olduğu görüldü. Bunlardan en beklenmeyeni ise sağlık çalışanı akrabası olmanın, tanı ve tedavi sürecine karşı ön yargı ve güvensizlik olarak yansıdığıdır. Beklentimiz bu sonucun tersi şeklinde çıkması ve iki taraflı olan sağlık iletişiminin, sağlık personeli tarafına en çok empati ile yaklaşması gereken kesimin, yine sağlık çalışanı akrabası olan kişiler olması gerektiği idi. Bu sonuç bizi şaşırtmış ve farklı çalışmalar ile ilgi çekici yeni sonuçların doğabileceğine inanıyoruz.

Daha önce sağlık iletişimi süreçlerinde problem yaşayanların iletişimi daha yetersiz bulundu. Bu veri çalışmamızın ana sonuçlarından biri olup; iletişim sürecine hasta merkezli bakış açısını bize göstermesi açısından değerlidir. Ayrıca yukarıda da bahsedildiği gibi; iletişim yeterliliği odaklı verilen eğitimin, özellikle sağlık iletişimi sürecinde bazı engellerin aşılması açısından faydalı olabileceğini göstermektedir.

Kişilere yönelttiğimiz ve kişilik tiplerini belirlemeye çalıştığımız sorulara verilen yanıtlarda; kişilerin kendini yakın hissettikleri kişilik bozukluğu tipi ile, yakınlarının kendilerini en sık tanımladığı tipin aynı sıralamada olduğu görüldü. Bu veri bize kişilerin iç görüşünün yeterli olduğunu göstermekle birlikte, yakınlarına aynı soruyu yöneltme olanağımız olsaydı daha kaliteli sonuçlar çıkabileceğini de düşündüğümüzü belirtmeliyiz. Ayrıca hiçbir kişilik

bozukluğu grubuna dâhil olmayan bireylerin iletişiminin daha iyi olduğunu görmemiz bizim açımızdan oldukça değerli bir veri olarak yorumlanmıştır. Hasta olarak hekime başvuran kişinin kişilik tipi ile bağlantılı olarak, duygu durumu farklı olabileceğini ve bunun iletişimde farklı problemlere yol açabileceğini düşündürmüştür. Bu düşüncemizin, farklı yönlerden irdelendiği yeni araştırmaların literatüre kazandırabileceği şeyler olduğuna inanıyoruz.

Bekleme süresinin sağlık iletişimini etkileyen başlıca engellerden olduğu yukarıda belirtilmiştir. Bu durumun doğurduğu ikinci bir sorun ise, ayaktan muayene süreçlerinde belirgin bekleme sürelerinin varlığı, hastaların doğrudan kabul edilecekleri acil polikliniklere yönlennemelerine yol açmasıdır. Bekleme süreleri ile ülkemizde ciddi bir sorun haline gelen acil hizmetlerin gereksiz kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırarak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bunun yanında düşüncemizi ulaşabildiğimiz nesnel bir veriye dayandırmamak da; bekleme süresinin bireylerin beklediği mekân koşulları ile de direkt olarak etkilendiğine inanıyoruz. Bu nedenle hasta bekleme salonlarının koşullarının iyileştirilmesi, bekleme süresini kısaltmasa da sağlık iletişiminde olan engel boyutunu azaltabileceğini düşünüyoruz.

Yaşı daha genç, eğitim düzeyi yüksek, internet erişiminin daha yüksek olduğu merkezi bir konumda yaşayan bireylerin sağlık ile ilgili konularda daha meraklı ancak bir o kadar da ön yargılı olduğu sonucuna ulaşıldı. Bu veri sonucunda şuna inanıyoruz ki; poliklinik başvurusunda nispeten genç, eğitilmiş bireylere karşı iletişim yolları daha hassas kullanılmalı, bilgi düzeyine göre bilgi vermekte daha istekli davranılmalı, ancak karşı tarafın tarafımıza olan ön yargısı olabileceğini göz ardı etmeden yaklaşılmalı. Yukarıda internet ve sosyal ağlardaki sağlık süreçleri ile ilgili yanlış bilgi yükünün yüksek olduğundan bahsedilmişti. Ancak internet erişiminin olmazsa olmaz olduğu, bireylerin sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak için kullanacakları ilk kaynaklardan olan internet ve sosyal medya gerçeğini yadsıyamayız. Bu nedenle hastaların hekiminden yeterli ve doğru bilgiye ulaşamazsa, yanlış bilginin çokça olduğu bu kanala yönelecekleri ve hatalı sonuçlara ulaşabilecekleri unutulmamalıdır.

İletişim yeteneği yüksek bireylerin, özellikle hasta rolünde iken kurdukları iletişim süreçlerinde, engeller ile daha çok muhatap oldukları görüldü. Bunun nedeni olarak; bireyin iletişimde yeterliliği arttıkça, karşısından da aynı düzeyde beklenti içinde olduğu ve belki de hassaslaştığına inanıyoruz. Bununla birlikte yukarıdaki düşüncemizin sağlık iletişimi ile ilgili süreçlerin yanında günlük iletişimi de kapsadığına inanıyoruz. Bu düşüncemizi; Alman edebiyatçı, siyasetçi doğa bilimci Johann Wolfgang von Goethe'ye dayandırılan ve dilimize “Dünya hassas kalpler için cehennemdir” şeklinde çevrilen “die welt ist eine hölle für

zarte herzen” sözü ile desteklemek isteriz. Tüm bunların yanı sıra bu hipotezimizin oldukça öznel bir çıkarım olduğunu ve farklı coğrafya ve sosyokültürel koşullarda denenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Sağlık iletişimi, tüm poliklinikler için önemli bir konudur. Bunun yanında aile hekimliği, toplum açısından ulaşım kolaylığının yanında bireyler ile birebir iletişim kurma olanaklarının genişliği dolayısıyla; sağlık iletişimin önemini görülmesi açısından değerli bir sistemdir. Sunulan çalışmanın aile hekimliği siteminde kurulan iletişim sürecine katkı sağlayacağını, ayrıca yeni çalışmalarla literatürün zenginleşebileceğine inanıyoruz.

Sonuç olarak sağlık iletişimi kavramı, henüz önemine kıyasla hak ettiği düzeyde ilgiyi görmemiştir. Sağlık merkezindeki birey çoklu uyaranlar ve farklı stres etkenleri altında bulunmaktadır. Bu değişkenlerin, iletişim sürecine olan etkileri göz önünde bulundurulmalı ve hastalara, mevcut durumlarının getirdiği ihtiyaç ve problemlerinin farklılaşacağı unutulmadan yaklaşılmalıdır. Aksi halde hasta ile hekim arasında kurulması planlanan iletişim süreci çoklu engellerle sınanacak ve muhtemel sorunlara bağlı zaman, maliyet kaybının yanında her iki tarafın da unutamayacağı kötü anılar gibi manevi bazı kayıpların da olacağı bilinmelidir.

Ulaşılan sonuçların bu alanda küçük de olsa bir adım niteliğinde olduğu, ancak bu yolda gidilecek daha çok yol olduğu inancındayız. Sağlık iletişimi, iletişim sağlığı kadar önemli bir konu olup bu alanda daha çok araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. sozluk.gov.tr/. [Online]. [cited 2024 Şubat 16. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
2. Büyükaslan A. Sağlık İletişiminde Sektörel Tespitler. Erciyes İletişim Dergisi. 2018; 5(3): 2-10.
3. Yılmaz D, Günay MA. Türkiye' de Sağlık İletişimi: Sağlık Çalışanları Üzerine Yapılmış Bir Araştırma. İnönü Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi (İNİF E-Dergi). 2022; 7(1).
4. Khanal M.C , Karki L, Rijal B, Joshi P, Bista NR, Nepal B, et al. Patient Satisfaction in Doctor Patient Communication in a Tertiary Care Hospital of Kathmandu: A Descriptive Cross-Sectional Study. Journal Nepal Medical Associate. 2021; 59(236): 317-321.
5. Gül G, Bol P, Erbaycu AE. Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta-Hekim İletişiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bir Kano Model Analizi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2012; 26(3): 183-194.

6. Kılıç T, Topuz R. Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2015 Mart; 9(1): 78-97.
7. Öztüre A. Hasta Memnuniyeti Üzerine Analiz. 2010. Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
8. Elgünler TÇ, Fener TÇ. İletişimin Kalitesini Etkileyen Engeller ve Bu Engellerin Giderilmesi. Turkish Online Journal of Design Art and Communication. 2011; 1(1): 35-39.
9. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç ZP. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; 2(2): 127-43.
10. Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F, Pekşen Ünüvar Ö, Demirkaya F. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Empatik Beceri Düzeyleri. Journal Of Psychiatric Nursing. 2012; 3(1): 6-12.
11. Asa Afyoncu A, Korkmazer B, Sarıgül B, Şahin E. Araştırma görevlisi hekimlerin empati düzeyi. Troia Med Journal. 2021; 2(1): 3-7.
12. Koçak A, Bulduklu Y. Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. Selçuk İletişim Dergisi. 2010; 6(3): 5-17.
13. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient education and counseling. 2004 Feb; 56(2): 139-46.
14. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. İstatistik. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık; 2022.
15. Çıraklı Ü. 18 OECD Ülkesinde 2002-2018 Yılları Arası Kişi Başı Ortalama Hasta Muayene Sürelerinin Karşılaştırılması. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi. 2020;: 43-54.
16. Güz N. İletişim Süreci ve Temel Öğeler. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. 2012;(7): 121.
17. Yatkın A, Yatkın Ü. Halkla İlişkiler ve İletişim. 7th ed. Ankara: Nobel; 2018.
18. Şenyüz B. İletişim Çalışmalarında İnsan-Makine İletişimi(İmi): Paradigma Değişikliği Ve Temel Yaklaşımlar. Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi. 2021;(36): 203-202.
19. Türk Dil Kurumu. sözlük.gov.tr. [Online]. [cited 2024 Şubat 20. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
20. Bilgin A. Yunus'un Sözü. Türk Dili Dergisi. 2020 Mart; 69(819): 30.
21. Tuna Y. İletişim. 1st ed. Vural İ, editor. Ankara: Pegem Akademi; 2012.
22. Küçük M. İletişim Bilgisi. 1st ed. Orhon N, editor. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2012.
23. Özgen E. İletişim ve Liderlik. İletişim Dergisi. 2003; 18(1): 99-119.
24. Aziz A. İletişime Giriş. 5th ed. İstanbul: Hiperlink Yayınları; 2016.

25. Oğuzkan A. Dilin Millet Hayatındaki Yeri ve Önemi. [Online]. [cited 2024 Ocak 25. Available from: <https://www.turkedebiyati.org/dilin-millet-hayatindaki-yeri-ve-onemi/>].
26. Topbaş O. Kur'an-ı Kerim Işığında Nebiler Silsilesi. 1st ed. İstanbul: Erkam Yayınları; 2018.
27. Hadot P. Wittgenstein ve Dilin Sınırları Erşen M, editor. Ankara: Doğu Batı Yayınları; 2011.
28. Mehrabian A, Ferris S. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. Jount of Consulting Psychology. 1967 Haziran; 3(31): 248-252.
29. Sabuncuoğlu Z, Gümüş M. Örgütlerde İletişim. 1st ed. İstanbul: Arıkan Yayıncılık; 2008.
30. Bayrak S. Örgütlerde Etkili İletişim ve Yönetimi. 1995. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
31. Erdoğan, İ. İletişimi Anlamak. 1st ed. Ankara: Erk Yayınları; 2002.
32. Türkmen İ. Yöneticiler İçin Etken İletişim Modeli. 1st ed. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi; 1992.
33. Hülür AB. Sağlık İletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016; 14(1): 155-178.
34. Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Bylund CL, Noble S, Wilkinson S. Oxford textbook of communication in oncology and palliative care. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. ; 2017.
35. Metin H. Empatik İletişim ve Yönetişim. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi. 2011;(32): 177-203.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 6th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
37. Mendez-Miller M, Naccarato J, Radico AJ. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu. American Family Physician. 2022; 2(105): 156-161.
38. Ertan EA, Cankorur VŞ. Kişilik bozukluklarının tanısı: yeni bulgular ile tanıda kullanılan anket ve ölçekler. Kriz Dergisi. 2017 Haziran;(25): 1-17.
39. Wiemann JM. Explication and test of a model of communicative competence. JHuman Communication Research. 1977; 3(3): 195–213.
40. Topluer A. İlköğretim okulu yöneticilerinin iletişim yeterlilikleri ile örgütsel çatışma düzeyi arasındaki ilişki “Malatya ili örneği”. 2008. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya..
41. Koca GŞ, Erigüç G. The Effects of Communication Skills Levels of Health Professionals on The Dimensions of The Johari Window Model. International Journal of Healthcare Management. 2019; 1(13).
42. Aydın B, Şahin E. Hastanelerde Hasta Yakınları Tarafından Belirlenen İletişim Engellerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. İletişim Kuram Ve Araştırma Dergisi. 2018;(46): 59-75.

43. İş Y. Hekim-Hasta İletişiminin Niteliği Ve İletişimi Etkileyen Faktörler,. 2019. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi.
44. Cenk SC, Karahan S. Acil Servis Çalışanlarında Şiddete Maruz Kalma Durumunun İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018 Şubat.
45. Korkut F. Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2005;(28): 143-149.
46. Korkut F. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışmaları. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 1996; 2(7): 18-23.
47. Korkmaz M, Ceylan B. Örgütsel Stres Yönetimi Ve Stresin İstanbul Büyükşehir Belediyesi Çalışanlarının İş Performansı Üzerine Etkisinin Uygulamalı Olarak İncelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012;(10): 313-344.
48. Arslanoğlu A, Özargun G. Sağlık iletişimi Sorunlarının Tedavi Sürecine Etkisi. Sağlık Ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi. 2023; 5(2): 212-223.
49. Kılıç C, Esel E. Stres tepkisi süreci. Klinik Psikofarmakolojik Bülteni. 2002;(12): 41-48.
50. Topal İ, Canbay İ, Erbil M, Ülker R, Çakır Z, Altıntaş M. Öğretmenlerin İletişim Yeterlikleri. International Journal Of Social Humanities Sciences Research. 2023; 10(95): 1107-1118.
51. Çankaya İH, Aküzüm C. İlköğretim okullarında öğretmenlerin iletişim kurma düzeyleri ile yöneticilerin destekleyici liderlik rolleri arasındaki ilişki. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010;(14): 49-57.
52. Soylu Y, Kağnıcı DY. Evlilik Uyumunun Empatik Eğilim, İletişim ve Çatışma Çözme Stillere Göre Yordanması. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2015; 5(43): 44-54.
53. Kapıkıran NA, Kapıkıran Ş. İletişim Becerisi Eğitiminin Anaokulu Öğretmenliği Öğrencilerinin Empatik Eğilim Ve Empatik Becerileri Üzerindeki Etkileri. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2000; 8(8): 69-77.
54. Barak A. Counselor Training in Empathy by A Game Procedure. Counselor Education and Supervision. 1990;(29): 170-178.
55. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. Göztepe Tıp Dergisi. 2011;(26): 152-159.
56. Özen O. Kamu hastanelerinde tanı ve tedavi süreçlerinde bekleme sürelerinin analizi. 2020. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
57. Tepeköylü Ö, Soytürk M, Çamlıyer H. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (Besyo) Öğrencilerinin İletişim Becerisi Algılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2009;(7): 115-124.
58. Güngör A. Lise Öğrencilerinin Özsaygı Düzeylerini Etkileyen Etmenler. 1989. Hacettepe Üniversitesi ,Doktora Tezi, Ankara, (1989).

59. Flury JM, Ickes W, Schweinle W. The borderline empathy effect: Do high BPD individuals have greater empathic ability? Or are they just more difficult to “read”. Journal of Research in Personality. 2008;(42): 312-332.
60. Ritter K, Dziobek I, Preibler S, Vater A, Fydrich T, Lammers CH, et al. Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. National Library Of Medicine, Pubmed. 2011; 187(1-2): 241-247.
61. Konduz N. DSM-5'e göre kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların kişilerarası işlevsellikte yetersizlik düzeyleri. 2016. Adnan Menderes Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
62. Tekinalp M, Şahinöz T. Bekleme Sürelerinin Hasta Memnuniyeti Üzerinde Etkilerinin Ölçülmesi. Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi. 2021; 8(3): 13-8.
63. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi. 2020 Ağustos; 1(1): 5-9.
64. Kırarç, R, Öztürk Ye. Halkın Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Sağlık Kaygısı Arasındaki İlişkisi. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. 2020; 23(2): 214-243.
65. Bozkurt S. Türkiye’de Kırsal Alanda Sosyal Medya Eğilimleri: Balıkesir’in Kepsut İlçesi Örneği. Sdü İletişim Fakültesi İfade Dergisi. 2019; 2(1): 9-35.
66. Li HOY, Bailey A, Huynh D, Chan J. YouTube as a source of information on COVID-19: a pandemic of misinformation. BMJ global health. 2020; 5(5).

8. EKLER

EK-1 Çalışma Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Aşağıda size yönlendirilen sorular etik kurul onaylı bir tez çalışması kapsamında üniversite hastanesine başvuran hastaların iletişim yeterliliğinin sağlıkta iletişim sorunlarıyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları

doldurarak ve kutucukları çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayabilirsiniz. Yardıminız için teşekkür ederiz.

1- Tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

2- Yaşınız:.....

3- Cinsiyetiniz:

☐ Erkek ☐ Kadın

4- Medeni durumunuz :

☐ Evli ☐ Bekar

5- Öğrenim durumu:

☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise ☐ Yüksekokul/Üniversite ve üzeri

6- Çalışma durumunuzu belirtiniz :

☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

7- Mevcut gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ Gelirim giderimden fazla ☐ Gelirim giderimle denk ☐ Gelirim giderimden az

8- Yaşadığınız yer?

☐ Kırsal bölge ☐ Kentsel bölge

9- Diğer kişiler ile iyi bir iletişim kurduğunuzu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim

11- Kronik hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Lütfen açıklayınız)

12- Sağlık kuruluşların başvuru sıklığınız nedir?

☐ Yılda 1-5 kez ☐ Yılda 6-10 kez ☐ Yılda 11-15 ☐ Yılda 16 ve fazla

13- Sağlık hizmeti alırken iletişim sorunu yaşadınız mı?

☐ Hiç yaşamadım ☐ Ara sıra ☐ Hatırlamıyorum ☐ Genellikle ☐ Her zaman

14- Ailenizde sağlık çalışanı akrabanız var mı?

☐ Evet ☐ Evet (Lütfen mesleğini yazınız).....

15- Birlikte yaşadığınız ailenizin nüfus sayısını belirtiniz:

16- Yakınlarınız sizin için aşağıdaki tanımlamalardan en çok hangisini kullanır? (Lütfen yalnız bir tane seçeneği işaretleyiniz)

- ☐ Tuhaf / Garip ☐ Alışılmamış / Sıra dışı ☐ Hiçbiri
- ☐ Hareketli ☐ Kararsız
- ☐ Endişeli / Kaygılı ☐ Korkak

17- Siz kendinizi nasıl tanımlarsınız? (Lütfen size göre en uygun olan bir tane seçeneği işaretleyiniz)

- ☐ Tuhaf / Garip ☐ Alışılmamış / Sıra dışı ☐ Hiçbiri
- ☐ Hareketli ☐ Kararsız
- ☐ Endişeli / Kaygılı ☐ Korkak

18- Lütfen aşağıdaki her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve sizin için uygun olan ifadeyi 1'den (Kesinlikle katılmıyorum) 5'e (Kesinlikle Katılıyorum) kadar derecelendirerek işaretleyiniz.

	İFADELER	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
		1	2	3	4	5
1.	İnsanlarla iyi geçinirim.					
2.	Değişen durumlara uyum sağlayabilirim.					
3.	İnsanlara birer birey olarak davranırım.					
4.	Başkaları konuşurken çok fazla sözlerini keserim					
5.	İnsanları konuşmaya teşvik ederim.					
6.	Esnek biriyim.					
7.	İyi bir dinleyiciyimdir.					
8.	Kişisel ilişkilerim soğuk ve mesafelidir.					
9.	İnsanların rahatça konuşabileceği bir kişiyim					
10.	Başkalarının o anki ihtiyaçlarına karşı duyarlıyım.					
11.	Başkalarıyla konuşma tarzım sakın değildir.					
12.	Sesimi ve vücut dilimi etkili bir şekilde kullanmayı severim.					
13.	Genelde diğer insanların ne hissettiklerini anlarım.					
14.	Başkalarını anladığımı onlara belli ederim.					
15.	Diğer insanları anlarım.					

16.	Genellikle doğru zamanda doğru şeyi söylerim.					
17.	İnsanlar sorunları olduğunda bana gelebilir.					
18.	İnsanlara yakın ve ilgili olmayı severim.					
19.	Genellikle nerede nasıl davranacağımı bilirim.					
20.	Arkadaşılarımdan genelde beklenmedik isteklerde bulunmam.					
21.	Etkili bir konuşmacıyım.					
22.	Yetkililerle konuşmaktan çekinmem.					
23.	Yeni insanlarla tanışmak beni rahatsız etmez.					
24.	Kendimi kolaylıkla başkalarının yerine koyabilirim.					
25.	Konuşma esnasında konuşulanlara dikkat ederim.					
26.	Yeni tanıştığım biriyle konuşurken rahatımdır.					
27.	Başkalarının söyledikleriyle ilgilenirim.					
28.	Konuşulanları çok iyi takip edemem.					
29.	Yeni insanlarla tanışabileceğim sosyal ortamlardan hoşlanırım.					
30.	Sevilen bir kişiyim.					

19- Lütfen aşağıdaki her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve sizin için uygun olan ifadeyi 1'den (Kesinlikle katılmıyorum) 5'e (Kesinlikle Katılıyorum) kadar derecelendirerek işaretleyiniz.

	İFADELER	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYIYORUM	KESİNLİKLE KATILYIYORUM
1.	Sağlık personelinin beni anlamasını isterim.					
2.	Sağlık personelinin benimle ilgilenmesini isterim.					
3.	Sağlık personelinin olumlu bir yaklaşım içerisinde olmasını isterim.					
4.	İhtiyacım olduğunda sağlık personeliyle iletişim kurmak isterim.					
5.	Sağlık personelinin arkadaş gibi davranmasını isterim.					
6.	Sağlık personeline güvenmek isterim.					
7.	Güvenlik personeli sağlık hizmeti almama yardımcı olur.					

8.	Güvenlik personeli sağlık personeli ile bir araya gelmeme yardımcı olur.					
9.	Güvenlik personelinin hastane sisteminin bir parçası olduğunu düşünürüm.					
10.	Güvenlik personelinin gerekli olduğunu düşünürüm.					
11.	Hayatımı kaybetme korkusu yaşarım.					
12.	Ne olacak kaygısı ile endişelenirim.					
13.	Sağlığımın düzelip düzelmemesi konusunda endişelenirim.					
14.	Tıbbi uygulamalar beni korkutur.					
15.	Uygulanacak tedavinin aşamalarını merak ederim.					
16.	Sağlık personelinin uygulamalarının içeriğini merak ederim.					
17.	Sağlığımın ileride nasıl olacağını merak ederim.					
18.	Sağlık durumumu merak ederim.					
19.	Teşhis için istenilen tetkik sonuçların çıkmasının zaman alması beni rahatsız eder.					
20.	Tedavinin uzun sürmesi beni rahatsız eder.					
21.	Sağlık hizmeti alırken bekletilmem beni rahatsız eder.					
22.	Sağlık personelinin yeterince çalışmadığını düşünürüm.					
23.	Bazı hastalara öncelik tanındığını düşünürüm.					
24.	Sağlık personeli tarafından ihmal edildiğimi düşünürüm.					
25.	Tedavimin geciktiğini düşünürüm.					
26.	Tedavinin, konusunda uzman sağlık personeline yapıldığını bilirim.					
27.	Sağlık personelinin verdikleri bilgilere güvenirim.					
28.	Uygun tedavinin uygulandığını düşünürüm.					