



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARININ TEDAVİ SÜRECİNE ETKİSİ*

THE EFFECT OF HEALTH COMMUNICATION PROBLEMS ON THE TREATMENT PROCESS

Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU¹

Gizem ÖZARGUN²

ÖZ

Sağlık iletişimi; sağlık hizmetlerinin sunum ve tüketim süreçlerinde, kitle iletişim araçları yardımıyla sağlıkla ilgili mesajların iletilmesinde ve hasta hekim arası ilişkilerde kullanılan bir kavramdır. Hedefi ise bireysel veya halk sağlığı sonuçlarını savunma ve iyileştirmedir. Bu hedefe yönelik bakıldığında tedavi sürecinde de etkili olacağı düşünülmüştür ve sağlık iletişiminde yaşanan sorunların tedavi süreçlerine etkisinin incelenmesi çalışmanın amacı olmuştur. Çalışmamızda veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket içeriğinde Sağlık İletişimi Sorunları ölçeğinden de yararlanılmıştır. Çalışmaya Türkiye genelinde 394 kişi katılım sağlamıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdelik) elde edilmiştir. Çalışmanın Cronbach Alpha katsayısı 0,845 olarak bulunmuştur. Tedaviden vazgeçme değişkeni incelenmesinde; etkili iletişim (T=6,914 P<0,05), sosyal iletişim (T=4,264 P<0,05), iletişim engelleri (T=5,738 P<0,05) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=7,398 P<0,05) yüksek derecede anlamlı farklılıklar görülmüştür. Tedaviye devam edilen kurum değişkeninde; etkili iletişim (T=-5,749 P<0,05), sosyal iletişim (T=-2,059 P<0,05), iletişim engelleri (T=-5,125 P<0,05) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=-5,819 P<0,05) anlamlı farklılıklar görülmüştür. Analizlerimiz sonucunda sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İletişimi, Tedavi, Sağlık İletişimi Sorunları, Hekim-Hasta, İletişim.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I12, I19.

ABSTRACT

Health communication; It is a concept used in the presentation and consumption processes of health services, in the transmission of health-related messages with the help of mass media, and in the relations between the patient and the physician. Its goal is to advocate for and improve individual or public health outcomes. Considering this goal, it was thought that it would be effective in the treatment process as well, and examining the effects of the problems experienced in health communication on the treatment processes was the aim of the study. In our study, a questionnaire was used as a data collection tool. The Health Communication Problems scale was also used in the survey content. 394 people participated in the study across Türkiye. In the analysis of the data, descriptive statistics (frequency, percentage) were obtained by using the SPSS program. The Cronbach Alpha coefficient of the study was found to be 0.845. In the examination of the treatment abandonment variable; Effective Communication (T=6.914 P<0.05), social communication (T=4.264 P<0.05), communication barriers (T=5.738 P<0.05) sub-dimensions and therefore the general average of the scale (T=7.398 P) <0.05) highly significant differences were observed. In the institution variable where treatment is continued; Effective Communication (T=-5.749 P<0.05), social communication (T=-2.059 P<0.05), communication barriers (T=-5.125 P<0.05) sub-dimensions and therefore the general average of the scale (T = -5.819 P<0.05) significant differences were observed. As a result of our analyzes, it was observed that health communication problems negatively affected the treatment process.

Keywords: Health Communication, Treatment, Health Communication Problems, Physician-Patient, Communication.

JEL Classification Codes: I10, I12, I19.

* Bu çalışma 13 Ekim 2022 tarihinde 5. Uluslararası 15. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde özet bildiri olarak sunulan ve tam metni bildiriler kitabında yayınlanmayan "Sağlık İletişimi Sorunlarının Tedavi Sürecine Etkisi" başlıklı bildiriden hazırlanmıştır.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aliarslanoglu18@gmail.com

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, gizemozargunn@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health institutions are among the areas where communication is most intense. For this reason, it is possible to experience difficulties in communication. Problems caused by difficulties in communication affect factors such as patient satisfaction and service quality. This relationship between health and communication has brought the concept of "Health Communication" to the literature. Health communication: It is a concept used in the presentation and consumption processes of health services, in the transmission of health-related messages with the help of mass media, and in the relations between the patient and the physician. Although there are various definitions, mostly as a similar approach in all of them; appears to target the process of advocating and improving individual or public health outcomes. Based on this target, it was thought that health communication would also be effective in the treatment process. Thus, the aim of the study; An in-depth study was conducted on the effect of health communication problems on the treatment process.

Design/methodology/approach:

In our study using cross-sectional and descriptive research method, questionnaire was preferred as data collection method. The questionnaire was sent to the volunteers online. Our participants are adults living in different provinces of Turkey. Sekaran's table was used to calculate the sample size. According to the table, the population size representing 1,000,000 and above represents the sample size, representing the number 384 and above. 394 people participated in our study. In the questionnaire form, There are four socio-demographic questions (age, gender, marital status, educational status), Health Communication Problems Scale consisting of thirteen items in order to evaluate whether health communication is problematic, and seven questions determined by the researchers by scanning the literature about the treatment process. The scale used has a structure of 3 factors and 13 items. The sub-dimensions included are named as Effective Communication, Social Communication and Communication Barriers. In the 5-point Likert-type scale, the measurement tool is graded as 1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = undecided, 4 = agree, and 5 = strongly agree. Item 5 is in reverse coding. Necessary permission was obtained via e-mail regarding the use of the scale. The criteria for the pandemic process were not included in the questions, and the participants were asked to make a general assessment. The survey was collected between 9 June and 30 July. In the analysis of the data, descriptive statistics (frequency, percentage) were obtained by using the SPSS program.

Findings:

First, the reliability and validity values of our study were calculated. The Cronbach alpha coefficient was found to be 0.845, and the data were found to be reliable. When the socio-demographic characteristics and the scale data we used were compared, significant relationships were found. It has been observed that individuals aged "31-35 years old" and "aged 36 and over" have more health communication problems than those aged "20 and under". In the social communication sub-dimension of the scale used, it was determined that women had more problems than men. It is another finding of our study that married people have more health communication problems than singles. According to the educational status variable, it was observed that there were significant relations between undergraduate and graduate education, and it was concluded that people with graduate education level had more problems. In the comparison of the questions about the treatment process and the scale used; It has been observed that people who have communication problems prefer different institutions or their willingness to give up treatment has increased. As a result, it has been proven that health communication problems negatively affect treatment processes, and it has been scientifically proven that communicative problems in the field of health have a significant impact on treatment processes.

Conclusion and Discussion:

It is an important public problem that the treatment process is affected by the problems experienced in health communication. From the service rendered with the thought of regaining one's health; Getting bad results with communicative reasons puts both individual and social health at risk. Because it is such a sensitive issue, it is necessary to take various precautions. First, people who will serve in the field of health must receive training on health communication. In addition to receiving this training in their education life, they should also be given a place in some parts of their working life by the institution. Of course, the problems experienced in health communication are not one-sided. The public also needs to be made aware of this. News in a language that will create a negative perception against healthcare professionals should not be included in the media. Relevant public service announcements should be created. Despite everything, it should not be forgotten that health communication problems may still be experienced, and a short form should be prepared for individuals to evaluate at the exit of the treatment and placed in some parts of the institution, such as the entrance and exit. Necessary actions should be taken by daily monitoring of the relevant forms, and feedback should be provided to those who have communication problems. The importance of health communication problems should not be underestimated.

1. GİRİŞ

İnsan sosyal bir varlıktır. Çevre ile etkileşim halinde olmaya her daim ihtiyacı vardır. İletişimle ilgili yapılan birçok çalışmada iletişimin sosyal etkileşim için önemli olduğu görülmüştür. Türk Dil Kurumu (TDK) iletişimi; akla gelebilecek tüm yollar ile duygu, düşünce ya da bilgilerin aktarılması olarak tanımlamaktadır (TDK, 2019). Sağlık alanı da şüphesiz iletişimin en yoğun olduğu alanlardandır. Buna yönelik Castello; sağlık ve hastalık konularında gerçekleşen iletişimin insan için en yaşamsal deneyimini olduğunu, bunun haricinde başka hiçbir olgunun sağlık ve hastalık kadar önemli olmadığını, insanın tüm bu tecrübelerinin doğrudan bedeni, toplumu ve ruhu etkilediğinden bahsederek sağlıktaki iletişimin önemine vurgu yapmıştır (Uzuner, 2020). Bu bağlamda öneminin fark edilmesi ve artması ile 'Sağlık İletişimi' akademik çalışmalara konu olan bir alan halini almıştır.

Sağlık iletişimi; sağlık hizmetlerinin sunum ve tüketim süreçlerinde, kitle iletişim araçları yardımıyla sağlıkla ilgili mesajların iletilmesinde bunların beraberinde hasta hekim arası ilişkilerde gibi geniş bir kullanım alanına sahiptir (Koçak ve Bulduklu, 2010). Sağlık iletişiminin çeşitli tanımları olsa da çoğunlukla hepsinde benzer bir yaklaşım vardır. Sağlık iletişimi, bireysel veya halk sağlığı sonuçlarını savunma ve iyileştirme sürecini hedeflemektedir (Schiavo, 2007). Bu hedefe yönelik bakıldığında tedavi sürecinde de etkili olacağı aşikârdır. Kapsamlı araştırmalar da hekim ne kadar bilgili olursa olsun, hastayla iyi iletişim kanalları açamıyorsa hastaya hiçbir faydası olamayacağı sonucunu göstermiştir (Asnani, 2009). Diğer yandan hastanın sağlık çalışanlarıyla kurduğu iletişimin iyi olmasının tedaviye daha istekli olmasına ve memnuniyetinin artmasına neden olduğu belirtilmiştir (Başol, 2018). Keating ve arkadaşlarının çalışmasında ise özellikle sağlık bilgilerinin iletilmesiyle ilgili sorunların doktor değiştirilmesiyle ilişkili olduğu yani tedavi sürecine etki ettiği görülmüştür (Keating vd., 2002).

Tüm bu bilgiler sağlık iletişimi ve tedavi sürecinin ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sebeple çalışmamızın amacı, sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecine etkisini incelemek olmuştur. Öncelikle konu ile ilgili literatür incelenmiş olup devamında nicel araştırma yöntemi ile elde ettiğimiz verilerimize yer verilmiştir. Ardından analizler yapılmış olup elde edilen bulgular ve varılan sonuçlara değinilmiştir. Son olarak ise soruna yönelik geliştirilebilecek önerilerden bahsedilmiştir.

2. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

2.1. Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi, sağlık ile alakalı olan bilgileri paylaşabilmek için alternatifleri olan çok disiplinli bir kavramdır. Sağlık çıktılarının iyiye gitmesini sağlayacak davranış, politikalar ya da uygulamaların sürdürülmesi amacını taşıyan bu alan hem halk sağlığında hem de kar gütmeyen ticari sektörlerde zamanla gelişmiş ve oldukça öne çıkmıştır. Bu sebeple birçok farklı kuruluş ve yazar, zamanla sağlık iletişimini tanımlamış ya da tanımını yenilemiştir. Sağlık iletişimi multidisipliner bir alan olması sebebi ile de tanımlarda farklılıklar görülebilmektedir. Sağlık iletişimini Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) "sağlığı iyileştiren bireysel ve topluluk kararlarını bilgilendirmek ve etkilemek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanılması" olarak tanımlamaktadır. Sağlıklı İnsanlar 2010'da ise "bireysel, kurumsal ve sağlık hizmetlerinin paydaşlarına önemli sağlık sorunları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı ve tekniği" olarak bu kavrama yer verilmiştir (Schiavo, 2007). Rogers ise kısaca "içeriği sağlık olan her türlü insan iletişimi" olarak tanımlamıştır (Rogers, 1994).

Sağlık iletişiminin içeriği kullanılan ülkenin sağlık politikasına göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Avustralya ve Amerika "insan etkileşiminin sağlıktaki rolü ve sağlık hizmetleri ile ilgilenen aktif araştırma alanı" olarak bir tanımlama yaparken İngiltere ise hasta ile doktor arası iletişim olarak ifade etmektedir (Uçan, Çalım ve Yıldırım, 2015).

Sağlık iletişiminin, bazı kaynaklara göre, temeli 19. yüzyıllarda atılmış olduğu belirtilse de sağlık politikalarında 20. yüzyılın sonlarına doğru yer edinebilmiştir (Uçan vd., 2015). 1970 yıllarında International Communication Association (ICA) tarafından sağlık iletişimi konusuna yönelik üniversitelerde gerçekleştirilen konferans ve çalışmalar, ardından yayınlanan kitap ve makaleler, sağlık iletişiminin disiplinler arası bir konu haline gelmesini sağlamıştır. 1985'te ise Speech Communication Association (SCA) sağlık iletişim komisyonu kurarak bir ilki gerçekleştirmiştir (Başol, 2018). Sağlık iletişiminin önemi gösteren bir bölüm ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Sağlıklı İnsanlar 2010 hedeflerinde yer almıştır (Rimal ve Lapinski, 2009). Bu bölümde; sağlık iletişiminin, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme konusunda katkıda bulunabileceğinden bahsedilmektedir. Ayrıca sağlık iletişimi sağlık profesyoneli-hasta ilişkisi, kişilerin sağlık sorunlarına maruz

kalması, sağlık bilgilerinin kullanılabilmesi, bireylerin klinik tavsiyelere uyumu, halk sağlığına yönelik mesaj ve kampanyaların oluşturulabilmesi, bireysel ve toplumsal risk bilgilerinin yayılması, kültürdeki sağlık imajı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim konusunda eğitimleri ve telesağlık uygulamaları gibi birçok alanla ilgili bir alan olarak görülmektedir (Ishikawa ve Kiuchi, 2010).

Sağlık iletişimi, kişilerin sağlıkla ilgili doğru bilgilere ihtiyaç duydukları zaman yardımcı olan, bununla birlikte bireylerin sağlıklı olması için yapmaları gereken davranış ve tutumların kazandırılmasını sağlayan bir bilimsel teknik ve sanattır (Uçan vd., 2015). Sağlık iletişiminin en yaygın olan özellikleri ise hedeflenen toplulukları motive etmek, birey ve toplumları etki altına almak, bilgi alışverişi sağlamak, davranışları değiştirmek ve değerleri paylaşmaktır (Schiavo, 2007).

Birey ve toplum sağlığını iyileştirmeye odaklanmış olan sağlık iletişimi, kişilerarası ya da kitle iletişim faaliyetlerinden meydana gelmektedir. Sağlık iletişimi sağlık çıktıları üzerinde önemli bir etki yaratması muhtemeldir. Özellikle de sağlık sorunlarını eksiksiz anlayabilme ve yapılması gerekenleri doğru uygulayabilme açısından büyük bir öneme sahiptir (Ishikawa ve Kiuchi, 2010). Bu gibi sebeplerle son yıllarda sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi konusunda iletişimin güçlü rolü görülerek sağlık iletişimi canlı ve önemli bir çalışma alanı olarak ilerleme sağlamıştır (Kreps, Bonaguro, ve Query, 1998).

2.2. Sağlık İletişimi Boyutları

Sağlık iletişimi 3 boyut altında incelenmektedir. Bu boyutlar, hasta-hekim iletişimi, grup iletişimi ve kitle iletişimi olarak sıralanmaktadır.

2.2.1. Hekim Hasta İletişimi

Hekim ve hastanın yüz yüze, aracısız bir şekilde ve karşılıklı olarak etkileşimi söz konusudur. Amacı davranışsal değişim sağlanmasıdır. Etkili iletişim unsurlarından dinleme ve açık şekilde anlama şekli ile güvenli bir iletişim meydana gelecektir (Yılmaz ve Şireci, 2020). Hekimin rahatsızlıkla ilgili detaylı açıklamaları hastasına yapması, sağlık hizmeti alınması esnasında hastanın hekim yönlendirmelerini dinlemesi, bu paylaşım sırasında tedavi sürecinin yönlendirilmesi ve bu ilişki bağlamında taraflar arası güven ağının meydana gelmesi, sağlık iletişiminin hekim-hasta iletişimi boyutu ile ilişkilidir (Koçak ve Bulduklu, 2010).

2.2.2. Grup İletişimi

Genellikle ortak bir amacı olan gruplara yönelik iletişim boyutudur. Gruptaki bireyler birbirleri ile bilgi alışverişlerinde bulunarak yaşam şartlarını değiştirebilir veya iyileştirebilmektedir. Kanser, diyabet gibi hastalıkları olan bireylerin oluşturmuş oldukları hasta grupları bu iletişimin boyutunun sağlandığı gruplara örnektir (Koçak ve Bulduklu, 2010). Belli amaçlar etrafında toplanan bu gruplar farkındalık yaratmada, yardım ve dayanışma konularında oldukça etkilidir. Özellikle de ortak karar alma gibi durumlarda grup iletişimi ve grubun özellikleri bir hayli önemlidir (Tabak, 2003). Grupların verdikleri mesajlar ile toplumundaki sağlık bilincinin artmasına da yardım etmektedir. Grubun dinamik yapıları göz önüne alınarak doğru bir sistem ile oluşturulan etkileşim ağı, kişilerin de kendilerini daha kolayca ifade edebildikleri bir ortam sağlayacaktır (Yılmaz ve Şireci, 2020).

2.2.3. Kitle İletişimi

Teknolojinin hızla gelişmesiyle sağlık iletişimlerinde de kitle iletişim araçları yer almaya başlamıştır. Kabul gören sağlık davranışlarını kitle iletişim araçları tek başına değiştiremeyebilir ancak kişilerarası iletişime göre etkisi çok daha büyüktür ve sağlık iletişiminin en önemli boyutlarından biri haline gelmiştir. Sağlıkla ilgili bir problemin kamuoyunda yer edinmesi, yapılması istenen sağlık davranışlarının geniş kitlelere bildirilmesi kitle iletişim araçları ile gerçekleştirilecek kampanyalar sayesinde mümkündür. Özellikle toplumsal olarak tehdit olan bir sağlık riski ile ilgili tasarlanmış olan kampanyalarda, yapılması istenen sağlık davranışlarının ortaya çıkmasında kitle iletişim araçlarının fazlasıyla etkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır (Koçak ve Bulduklu, 2010). Televizyon ve internet kanallarında sağlık bilgilerinin paylaşımı, oradan bilgi edinme amacı ile bireyin kendisinin çaba sarf etmesi buna örnektir. Kitle iletişimi bu yönü ile oldukça bilgilendirici olması ve kamuoyunu etkisi altına almasıyla fazlasıyla önemlidir (Yılmaz ve Şireci, 2020).

2.3. Sağlık İletişimi Sorunları

Etkili bir iletişimin en önemli görüldüğü alanlardan biri sağlıktır. Sektör aktörlerinin iyi bir iletişim ağı içerisinde olması, sağlık hizmetlerinin alt dalları ile tümüne etkisi olacaktır. Hastaların tavsiyelere uyum göstermesi, sürece katılımı, sorulan sorulara çekinmeyerek dürüst cevaplar iletmesi sorunsuz iletişimin temellerindedir. Aynı zamanda doktorların da empati yaparak hareket etmesi, etkin şekilde hastasını dinlemesi, hastalarına gerektiği kadar zaman ayırabilmesi hekim-hasta arasındaki sağlık iletişimini güçlendirecektir (Işık, 2021). Sözü edilen iletişim taraflarında, sağlık sorunları ile mücadele eden bir hasta profili ve hastalıkla uğraşması gereken hekim vardır. Bu sebeple taraflar arası sağlık iletişimi sanıldığı kadar kolay olmamaktadır. Sağlık iletişiminde bazen sağlık personellerinden kaynaklanan bazen ise hasta ve yakınlarından kaynaklanan sorunlar meydana gelebilmektedir (Başol, 2018). Hastaların kendilerini anlatmakta çekinmeleri veya zorlanmaları, tıbbi terimleri anlayamamaları, hastalıkları sebebi ile gergin hissetmeleri, tedavi süreçlerinin karmaşık gelmesi gibi hasta kaynaklı sorunlar olabilmektedir. Sağlık kurumlarındaki yönlendirici tabelaların yetersizliği, sağlıkçıların yoğunluk yaşamaması, hekimlerin yoğunluk sebebi ile hastaya ayırdığı sürenin azalması, kurumun karmaşık ve kalabalıklığı, tıbbi terminolojinin fazla kullanılması, hastalara yeterli bilgilendirmelerin sağlanmaması gibi sağlık sistemi ve sağlık personellerinden kaynaklanan sorunlar da yaşanabilmektedir (Yeşildal, Dömbekci, ve Öztürk, 2021). Bunların yanı sıra Yılmaz (2012), bazı hastaların hekimleri kutsallaştırdıklarına değinmektedir. Bu durumun da sağlık iletişimi bağlamında sosyal statülerinin öne çıkmasıyla iletişimi olumsuz yönde etkileyebildiğinden bahsedilmiştir. Yapılan farklı araştırmalarda hastaların sosyal statülerinin de sağlık iletişiminde etkili olduğu görülmüştür. Cirhinlioğlu (2001) yaptığı çalışmada doktorların işçi sınıfından olan hastalara, orta sınıftaki hastalara nazaran daha az zamanlarını ayırdıkları belirlemiştir. Araştırmalarda en büyük sorun olarak hastaların hekimlerine tutarsız bilgiler vermesinden bahsedilmektedir. Bir diğer sorun ise hekiminden rahatsızlığınız yok olarak cevap alan hastalarda doktorun ilgisiz olduğu yargısı oluşmasıdır. Hastaların sanal ortamlardan yalan yanlış öğrendiği sağlık bilgileri veya kulaktan dolma bilgileri de sağlık iletişiminde sorun yaratmaktadır (Işık, 2021). Ayrıca sağlıklı bir iletişimde hasta kendini rahatça anlatabilmeli, hekimi rahatça anlayabilmelidir. Ancak sağlık, bilgi asimetrisinin yoğun yaşandığı bir sektördür. Bu sebeple sağlık iletişiminde sorunların meydana gelmesi kaçınılmazdır.

Sorunların önlenmesi, sağlıklı bir sağlık iletişimi ortamının yaşanabilmesi için ise hekim-hasta ilişkisinin arkadaşça olması önerilmektedir (Işık, 2021). Farklı bir öneri ise hekimlerin eğitim hayatlarında iletişim konularına yer vermektir. Bu eğitimlerle sözel iletişim becerileri (soru sorma, dinleme vb.) ve sözel olmayan iletişim becerileri (duruş, göz teması vb.) kazandırma amaçlanmalıdır. Böylece; hastanın endişe ve duygularını yorumlayabilme, sessizlik süreçlerine dayanabilme, hastaya açıklamalar ve geri bildirimlerde bulunma gibi hastayı merkeze alan ilişki biçimini uygulamak daha kolay olacaktır ve bu da sağlık iletişim sürecini olumlu yönde etkileyecektir (Oğuz, 1995).

2.4. Hastanedeki Tedavi Deneyimi

Tedavi kavramını TDK (2019) “Çeşitli yöntemlerle hastalığı iyi etme, iyileştirme, sağaltım, sağaltma, terapi” olarak tanımlamaktadır. Kimyasal (ilaç vb.), psikolojik (psikanaliz vb.), cerrahi (ameliyat vb.), fiziksel (radyoterapi vb.) ve diğer alternatif tedavi (kaplıca vb.) yöntemleri gibi birçok şekilde tedavi yöntemi mevcuttur. Tedaviyi alacak kişinin bireysel özelliklerinden ve tıbbi geçmişinden, tedavinin gerçekleştirileceği ortamın özelliklerinden ya da tedaviyi veren kişiden kaynaklı olarak, her bir tedavi farklı sonuçlara yol açabilmektedir. Tedavinin etkilendiği önemli bir faktör ise hasta hekim ilişkisidir.

Sağlıklı bir toplum ve ortamın oluşturulması doktor-hasta ilişkisinin niteliği ile doğrudan bağlantılıdır. Tedavinin uygulanışı veya gerekli bilgilendirmelerin hastalara yapılması başarılı bir doktor olmak için yeterli değildir. Hastalara olan yaklaşımları, onlara ayırdıkları zaman, hastalara karşı olan vücut dilleri gibi birçok iletişimsel faktör başarıyı etkilemektedir. Bu durumda doktorlar hastaya şifanın yanında psikolojik destek de sağlamış olacaktır. Nitekim gerçekleştirilen bir çalışmada doktorları ile olan iletişimlerinden memnun olan hastaların, sürekli aynı doktoru tercih ettikleri, iletişiminden rahatsız oldukları zaman ise tedavi süreçlerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Yağbasan ve Çakar, 2006). Sağlık hizmeti alımı boyunca hasta ve yakınları ile gerçekleştirilen iletişiminin iyi olması tedavi sürecini oldukça kolaylaştırmaktadır (Solmaz ve Duğan, 2018). Sağlık iletişiminin kaliteli olması aynı zamanda tıbbi başarıyı da büyük oranda etkilemektedir (Bulduklu, 2010). Bu sebeple tedavinin amacına ulaşmasında, hekimin tedavi sırasında hastasına sergileyeceği davranış ve iletişim tekniklerini öğrenmesi büyük önem taşımaktadır (Oğuz, 1995). Öyle ki hasta ve hekim arasındaki iletişimin iyileştirilmesi; tıbbi

uygulamalardaki hataların azalması ve beraberinde toplum sağlığının korunması açısından son derece önem arz etmektedir (Işık, 2021).

3. ARAŞTIRMA

3.1. Amaç

Sağlık kurumları iletişimin yoğun olarak yaşandığı alanlardan olduğundan beraberinde iletişimde zorluklar yaşanması muhtemeldir. Yaşanan sorunların hastanın memnuniyetinden hizmetin kalitesine kadar etkilerinin olduğu görülmektedir. Özellikle de hastalığı ile mücadele etmekte olan hastaların iletişim sorunları nedeniyle tedavi sürecinde yaşayacağı olumsuzluklar iyileşmelerini etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmanın amacı sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecine etkisi üzerine derinlemesine inceleme yapmaktır.

3.2. Gereç ve Yöntemler

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma yöntemi ile yapılan çalışmamızda veri, gönüllü bireylere, online anket yöntemiyle toplanmıştır. Çalışmanın evreni Türkiye olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplamada Sekaran'ın tablosundan yararlanılmıştır. Tabloya göre 1,000,000 rakamı ve üzerini temsil eden evren büyüklüğünü 384 rakamı ve üzerini ifade eden örneklem büyüklüğü temsil etmektedir. Anket formunda; dört adet sosyo-demografik soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu), sağlık iletişiminin sorunlu olup olmadığının değerlendirmesinin yapılabilmesi için on üç maddeden oluşan Sağlık İletişimi Sorunları ölçeği soruları ve tedavi süreci ile ilgili araştırmacılar tarafından literatür taranarak belirlenen yedi soru bulunmaktadır. Yeşildal vd. (2021) tarafından oluşturulan ölçek 3 faktör ve 13 maddeli bir yapıdadır. Yer alan alt boyutlar Etkili İletişim, Sosyal İletişim ve İletişim Engelleri olarak adlandırılmıştır. Ölçme, 5'li Likert tipinde (1= kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum ve 5 = kesinlikle katılıyorum) gerçekleştirilmiştir. 5 maddesi ters kodlama şeklindedir. E-posta yolu ile ölçek kullanımına ilişkin izin alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdeler) elde edilmiştir. Eksik ya da yanlış doldurulan anketler veriler arasından çıkarılmıştır.

3.3. Araştırmanın Etik Durumu

Bu çalışma için, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 9046 sayılı ve 13.05.2022 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Analiz sonrasında elde edilen bulgular aşağıda sıralanmıştır.

4.1. Güvenilirlik

Çalışmamızın güvenilirlik ve geçerlilik test edilmiş ve Cronbach alpha katsayısı 0,845 olarak bulunmuştur.

4.2. Frekans Dağılımı

Elde ettiğimiz verilerin yüzdesel dağılımlarını değerlendirebilmek için frekans analizleri gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1. Bireysel Durum Değişkenleri

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	238	60,4
	Erkek	156	39,6
Yaş	20 yaş ve altı	34	8,6
	21-25 yaş arası	183	46,4
	26-30 yaş arası	70	17,8
	31-35 yaş arası	39	9,9
	36 yaş ve üzeri	68	17,3
Medeni Durum	Evli	94	23,9
	Bekar	300	76,1
Öğrenim Durumu	Lise ve altı	29	7,4
	Önlisans	29	7,4
	Lisans	212	53,8
	Lisansüstü	124	31,5
Tedaviden vazgeçme	Evet	84	21,3
	Hayır	310	78,7

Tedaviden vazgeçme nedeni	Güven kaybı	47	56,0
	Kaba davranışlar	6	7,1
	Tedaviden korku	7	8,3
	Diğer	24	28,6
Kurum tercihi	Aynı	216	69,7
	Farklı	94	30,3
Personel değiştirme talep etme	Evet	20	9,3
	Hayır	196	90,7
Tedaviden görülen yarar	Kesinlikle katılmıyorum	1	0,5
	Katılmıyorum	4	1,9
	Kararsızım	37	17,1
	Katılıyorum	151	69,9
Tedavide söylenenleri eksiksiz gerçekleştirme	Kesinlikle katılıyorum	23	10,6
	Kesinlikle katılmıyorum	1	0,5
	Katılmıyorum	12	5,6
	Kararsızım	28	13,0
Tedavi sürecinde kuruma/doktora düşünce değişikliği	Katılıyorum	138	63,9
	Kesinlikle katılıyorum	37	17,1
	Kesinlikle katılmıyorum	7	3,2
	Katılmıyorum	89	41,2
	Kararsızım	68	31,5
	Katılıyorum	45	20,8
	Kesinlikle katılıyorum	7	3,2

Araştırmamıza katılan katılımcıların yüzde 60,4'ü kadındır. Yüzde 46,4'ü 21-25 yaş arası bireylerden oluşmaktadır. Yüzde 76,1'inin medeni durumu bekar'dır. Yüzde 53,8'lik bölümü lisans düzeyinde öğrenim durumuna sahiptir. Yüzde 78,7 oranında kişi ise tedaviden vazgeçmemeyi tercih ettikleri görülmüştür. Tedaviden vazgeçen 84 kişi, vazgeçme nedenini yüzde 56 oranında güven kaybı olduğunu belirtmiştir. Tedaviden vazgeçmeyen 310 kişinin yüzde 69,7'sinin tedavi sürecinde tercih ettiği kurumun, şikâyeti için gittiği ilk kurum olduğu görülmüştür. Bu kişiler arasından yüzde 90,7'si sağlık personeli değişikliği talep etmediğini söylemiştir. Yüzde 69,9'u tedavi sonucu yarar görme konusunda ve yüzde 63,9'u tedavide söylenenleri eksiksiz gerçekleştirme konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Tedavi sürecinde kuruma/doktora karşı düşünce değişikliği hakkında ise katılımcıların yüzde 41,2'si katılmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

4.3. Farklılıklara Ait Bulgular

Tablo 2. Alt Boyut Ortalamalarının Bireysel Durum Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Alt Boyutlar			
		ETKİLİ İLETİŞİM	SOSYAL İLETİŞİM	İLETİŞİM ENGELLERİ	SİS Toplam
		X ± SS / Mean Rank	X ± SS / Mean Rank	X ± SS / Mean Rank	X ± SS / Mean Rank
Yaş Grubu	20 yaş ve altı	2,387±0,65	2,657±0,69	2,838±0,78	2,588±0,55
	21-25 yaş arası	2,586±0,64	2,510±0,90	3,018±0,68	2,701±0,56
	26-30 yaş arası	2,669±0,82	2,448±0,95	3,0±0,86	2,719±0,77
	31-35 yaş arası	2,825±0,70	2,573±0,86	3,256±0,69	2,899±0,56
	36 yaş ve üzeri	2,647±0,70	2,524±0,83	3,283±0,77	2,894±0,58
<i>Test ve Anlamlılık</i>		F=3,245 P=0,012*	F=0,369 P=0,831	F=3,269 P=0,012*	F=2,506 P=0,042*
Cinsiyet	Kadın	2,618±0,69	2,605±0,87	3,046±0,76	2,747±0,62
	Erkek	2,691±0,71	2,391±0,71	2,391±0,86	2,748±0,60
<i>Test ve Anlamlılık</i>		T=-1,008 P=0,314	T=2,393 P=0,017*	T=-0,710 P=0,478	T=-0,017 P=0,986
Medeni durumu	Evli	2,849±0,69	2,528±0,81	3,237±0,79	2,894±0,60
	Bekar	2,584±0,70	2,518±0,89	3,015±0,73	2,701±0,61
	<i>Test ve Anlamlılık</i>		T=3,237 P=0,001*	T=0,102 P=0,918	T=2,525 P=0,012*
Eğitim durumu	Lise ve altı	193,33	186,05	182,83	186,86
	Ön lisans	176,60	174,57	172,60	167,66
	Lisans	189,31	193,13	187,79	187,87
	Lisansüstü	217,36	213,02	223,36	223,44

<i>Test ve Anlamlılık</i>		Chi-Square:5,920 P=0,116	Chi-Square:4,166 P=0,244	Chi-Square:9,907 P=0,019*	Chi-Square:10,213 P=0,017*
Tedaviden vazgeçme	Evet	3,091±0,68	2,837±0,94	3,467±0,75	3,157±0,59
	Hayır	2,527±0,66	2,425±0,83	2,960±0,71	2,636±0,57
<i>Test ve Anlamlılık</i>		T=6,914 P=0,000*	T=4,264 P=0,000*	T=5,738 P=0,000*	T=7,398 P=0,000*
Kurum tercihi	Aynı	2,392±0,62	2,361±0,78	2,829±0,69	2,519±0,53
	Farklı	2,837±0,65	2,571±0,91	3,261±0,66	2,906±0,55
<i>Test ve Anlamlılık</i>		T=-5,749 P=0,000*	T=-2,059 P=0,040*	T=-5,125 P=0,000*	T=-5,819 P=0,000*
Personel değiştirme talep etme	Evet	2,425±0,45	2,400±0,86	3,237±0,70	2,669±0,48
	Hayır	2,389±0,63	2,357±0,78	2,787±0,68	2,504±0,54
<i>Test ve Anlamlılık</i>		T=0,251 P=0,802	T=0,232 P=0,816	T=2,824 P=0,005*	T=1,320 P=0,188

*p<0,05 , F=Tek Yönlü Varyans Analizi, T= Bağımsız Gruplarda T Testi, Chi-Square=Kruskal Wallis, SIS=Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği

Araştırmaya katılanların sağlık iletişimi sorunları ölçeğinden ve alt boyutları olan etkili iletişim, sosyal iletişim, iletişim engelleri boyutlarından aldığı puan ortalamaları açısından farklılık testleri yapılmıştır. İki gruplu değişken için T testi, üç ve daha fazla gruplu değişkenler için ANOVA testi yapılmıştır (Tablo 2).

Yaş değişkeni için farklılıkları belirlemek amacıyla ANOVA testleri yapılmıştır. ANOVA test sonuçlarına göre; yaş ile etkili iletişim (F=3,245 P=0,012) ile sağlık iletişimi engelleri alt boyutlarında (F=3,269 P=0,012) ve sağlık iletişimi sorunları genel ölçekte (F=2,506 P=0,042) anlamlı farklar bulunmuştur. Sosyal iletişim alt boyutunda ise anlamlı farklılık bulunamamıştır. Hangi gruplar arasında fark olduğunu belirlemek için POST HOC testi uygulanmıştır. Etkili iletişim ve iletişim engelleri alt boyutlarının sonuçlarına göre “36 yaş ve üzeri” olanların, “20 yaş ve altı” olanlara karşı daha çok sağlık iletişimi sorunu yaşadığı görülmüştür. Ölçek ortalamasına göre ise “31-35 yaş arası” ve “36 yaş ve üzeri” olan bireylerin, “20 yaş ve altı” olanlara karşı daha çok sağlık iletişimi sorunu yaşadığı görülmüştür.

Cinsiyet değişkeninde farklılık belirlemek için T testi uygulanmıştır. Sosyal iletişim alt boyutunda (T=2,393 P=0,017) kadınların erkeklerden daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Etkili iletişim alt boyutu, iletişim engelleri alt boyutu ve ölçeğin genel ortalamasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Medeni durum değişkeninin farklılık testi olarak da T testi kullanılmıştır. Sosyal iletişim alt boyutunda anlamlı bir fark bulunamamıştır. Etkili iletişim (T=3,237 P=0,001) ve iletişim engelleri (T=2,525 P=0,012) alt boyutlarında evlilerin bekârlara göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür. Ölçeğin genel ortalamasına göre de (T=2,703 P=0,007) evlilerin bekârlardan daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür.

Eğitim değişkeni için ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Ölçeğin iletişim engelleri alt boyutunda lisans ve lisansüstü arası anlamlı fark saptanmış, lisansüstü öğrenim durumuna sahip olanların lisans mezunlarına göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür (P=0,019). Ölçeğin genel ortalaması ise ön lisans ve lisans ile lisansüstü arası anlamlı farklılıklar olduğu görülmüş, lisansüstü öğrenim düzeyine sahip kişilerin daha fazla sorun yaşadığı sonucuna varılmıştır (P=0,017).

Tedaviden vazgeçme değişkeni incelenmesinde de T testinden yararlanılmıştır. Etkili İletişim (T=6,914 P=0,000), sosyal iletişim (T=4,264 P=0,000), iletişim engelleri (T=5,738 P=0,000) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=7,398 P=0,000) yüksek derecede anlamlı farklılıklar görülmüştür. Sağlık iletişimi sorunu yaşayanların çoğunlukla tedaviden vazgeçtikleri görülmüştür.

Tedaviye devam edilen kurum değişkeninde T testi kullanılmış olup, etkili iletişim (T=-5,749 P=0,000), sosyal iletişim (T=-2,059 P=0,040), iletişim engelleri (T=-5,125 P=0,000) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=-5,819 P=0,000) anlamlı farklılıklar görülmüştür. İletişim sorunları yaşayanların farklı kurum tercih ettikleri saptanmıştır.

Tedavi sürecinde mevcutta hizmet aldığı sağlık personelinin değiştirilmesi talebi de T testi ile farklılığını incelediğimiz değişkenlerden biridir. Burada ise sadece iletişim engelleri alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuş, sorun yaşayanların daha çok personel değiştirme talebi olduğu görülmüştür (T=2,824 P=0,005).

4.4. Regresyon Analizleri

Değişkenler arasındaki etki için lojistik regresyon analizi yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Sağlık İletişimi Sorunlarının Tedaviden Vazgeçme Üzerine Etkisi Analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 güven aralığı	
							Alt	Üst
Sabit	5,691	,717	62,927	1	,000	296,077		
Sağlık İletişimi Sorunları	-1,517	,235	41,7986	1	,000	,219	,139	,347

N= 394, R=-,350, R²= 0,122, Ki-Kare=49,549, p<0,001

Yapılan analiz sonucuna göre sağlık iletişimi sorunları ile tedaviden vazgeçme arasında negatif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=-,350, R²= 0,122, p<0,001). Bu sonuca göre sağlık iletişim sorunları toplam varyansın yüzde 12'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve WALT değerleri incelendiğinde sağlık iletişimi sorunlarının tedaviden vazgeçmeyi etkilediği söylenebilir (w=41,7986, p<,001). Kurulan regresyon modeli ise anlamlı olarak bulunmuştur (Kİ-Kare=49,549, p<0,001). Ayrıca yapılan Hosmer and Lemeshow Testi sonucuna göre beklenen değerler ile gözlemlenen değerler arasındaki fark anlamlı değildir. Bu da modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Ki-Kare: 8,324, p>0,05). Sağlık iletişim sorunları arttıkça tedaviden vazgeçme istediği artmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4. Sağlık İletişimi Sorunlarının Kurum Tercihi Üzerine Etkisi Analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 güven aralığı	
							Alt	Üst
Sabit	-4,363	,697	39,223	1	,000	,013		
Sağlık İletişimi Sorunları	1,304	,247	27,783	1	,000	3,683	2,268	5,981

N= 310, R=,315, R²=,099, Ki-Kare=31,662, p<0,001

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğimiz ile kurum tercihi arasında da anlamlı fark olduğu görülmüştür (R=,315, R²=,099, p<0,001). Standardize edilmiş beta katsayısı ve WALT değerlerine de bakıldığında sağlık iletişimi sorunlarının kurum tercihi üzerinde etki sağladığı görülmektedir (w=27,783, p<0,001). Kurulan model verileri de anlamlı olduğunun göstergesidir (Ki-Kare=31,662, p<,001). Hosmer and Lemeshow Testi ile gözlemlenen ve beklenen değerler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ulaşılan bu sonuç modelin anlamlı olduğunun bir başka göstergesidir (Ki-Kare: 5,530, p>0,05). Tüm bu analizlerin sonucunda sağlık iletişimi sorunlarının artmasıyla, kişilerin farklı kurumda tedaviye devam etme isteğinin doğru orantılı bir şekilde arttığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Sağlık İletişimi Sorunlarının Hizmet Alınan Personeli Değiştirme Talebi Üzerine Etkisi Analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	%95 güven aralığı	
							Alt	Üst
Sabit	3,756	1,174	10,242	1	,001	42,769		
Sağlık İletişimi Sorunları	-,570	,434	1,728	1	,189	,566	,242	1,323

N= 216, R=-,090, R²= 0,0081, Ki-Kare=1,719, p>0,05

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğimizin genel ortalaması ile personel değiştirme arasında diğer değişkenlerimizin aksine anlamlı bir fark bulunamamıştır (R=-,090, R²= 0,0081, p>0,05). Standardize edilmiş beta katsayısı ve WALT değerleri fark bulunamadığını göstermektedir (w= 1,728, p>0,05). Kurulan modele göre de sonuçlar fark olmadığını işaret etmektedir (Ki-Kare=1,719, p>0,05). Ayrıca yapılan Hosmer and Lemeshow Testi ile sonuç doğrulanmıştır (Ki-Kare=10,833, p>0,05). Bu sebeple sağlık iletişimi sorunlarının artmasıyla personel değiştirme talebinin olması arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık iletişimi sorunlarının artmasının tedavi sürecine olumsuz etki edeceği konusunda varsayımlarımız ile gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda sonuçlar hipotezimizi doğrular niteliktedir. Literatürde birçok çalışma elde etmiş olduğumuz bu sonuçları destekler nitelikte olup; etkili hekim-hasta iletişiminin tedavi uyumunu geliştirdiğini ve klinik sonuçları olumlu yönde etkilediğini bulmuşlardır (Stewart, 1995; Street, Makoul, Arora ve Epstein, 2009; Zolnierek ve Dimatteo, 2009).

Çalışmamız iletişim sorunlarının bazı değişkenler ile arasındaki farklılıkları da göz önüne sermiştir. Katılımcılardan ileri yaşta kişilerin daha fazla sağlık iletişimi sorunları yaşadığı görülmüştür. İnsanların yaşı

ilerledikçe daha fazla ilgi alaka bekleme, daha fazla değerlendirme kıstası olması bunun sebeplerinden olabileceği düşünülmektedir. Bir başka açıdan bakacak olursak gençlerinde iletişim kurmayı çok tercih etmemeleri, işlerini halledip bir an önce gitmek istemeleri onların daha az sağlık iletişimi sorunları yaşadığının göstergesi olabilmektedir.

Medeni durum da fark yaratan farklı bir değişkendir. Evliler kendi sosyal hayatlarında bazı sorumlulukların vermiş olduğu stres kaynaklı olsa gerek tahammülleri daha az olabilmektedir. Yorgun ve stresli olan sağlık çalışanları ile böyle bir hasta modelinin iletişime geçmesi, iletişimde yüksek olasılıkla sorunlar yaşanmasına neden olacaktır. Nitekim çalışmamız da bu sonuca ulaşmıştır.

Sağlık okur-yazarlığı sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimin daha anlaşılır ve olumlu olmasına neden olmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde ise sağlık okuryazarlığının da düşük olduğu görülmektedir (Yalçın Balçık, Taşkaya ve Şahin, 2014). Ancak çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça sorunların arttığı görülmüştür. Bunun nedeni olarak ise eğitim düzeyinin yükselmesi ile bilinçli olma arasında pozitif bir ilişki olabileceğinden; daha bilinçli, sağlık okuryazarlığı gelişmiş, etkili iletişime karşı daha bilgili ve ne olması gerektiğini bilen bireylerin iletişim konusunda daha fazla titiz davranabilmesidir. Bu durum ise iletişim sorunlarını daha fazla yaşamalarına sebep olabilmektedir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusu olarak, sağlık iletişimi sorunu yaşayanların tedavi olmaktan tamamen (farklı kurumda da devam etmeme) vazgeçtiği görülmüştür. Nitekim Stewart ve arkadaşlarının çalışmasında (2000) da sağlık iletişimi sorunu yaşayan hastaların tedaviye devamlılığında azalma ve daha kötü sağlık sonuçları yaşayabileceği belirtilmiştir. İletişimin tedavi sürecinde ne denli önemli olduğu oldukça göze çarpmaktadır. Çalışmamızın devamında bireylere tedaviden vazgeçme nedeni sorulduğunda ise çoğunlukla “güven kaybı” cevabı alınmıştır. Sağlık iletişim sorunlarının artması bireylerde kuruma/sağlık çalışanına karşı güven kaybı yaratmaktadır bu da tedaviden vazgeçmelerine sebebiyet vermektedir. Ayrıca tedaviden tamamen vazgeçmelerindeki bir diğer sebep, ülkemiz sağlık sisteminde randevulara yaşanan doluluk sorunu olduğu düşünülmektedir. İletişim sorunu yaşayan birey, farklı bir hekime ya da kuruma tekrar randevu almak ile uğraşmak istemediğinden tedavisinden vazgeçerek sağlığını riske atmayı tercih ettiği tahmin edilmektedir.

Güven eksikliği tedaviden tamamen vazgeçmeye etki ettiği gibi bir başka değişkenimiz olan tedaviye devam etse bile tedavi sonrası uyarıları (ilaç kullanımı, dikkat edilmesi gerekenleri, kontrole gelme vb.) eksiksiz gerçekleştirme konusunda olumsuz yönde etki etmektedir. Svarstad, Chewing, Sleath ve Claesson (1999) da çalışmalarında iletişim sorunu yaşayan hastaların daha düşük düzeyde ilaçlara uyum ve devamlılık olduğunu belirtmişlerdir. İletişim sorunları yaşayanlar, karşı tarafa güvenmediğinde kendisine söylenenleri eksiksiz bir şekilde yerine getirmeyi, onun dediğini yapmak istemez ve bu da farklı kaynaklara daha fazla itibar etmesine yol açabilecektir.

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin alt boyutlarından olan iletişim engelleri ile hizmet alınan personeli değiştirme arasında anlamlı fark görülmüştür. İletişim engellerinin hissedildiği zamanlarda personel değiştirme talebinin olduğu görülmektedir. Hasta, iletişim kuramadığı sağlık çalışanına kendini rahatça ifade edemeyecek, onun dediklerine odaklanamayacak, geriyecek veya belki de utanacaktır. Bu sebeple ilk tercihi iletişim kurabildiği personellerden hizmet almaktır. Gülcemal ve Keklik de çalışmalarında (2016) hekimler ile güven ortamı yakalayamayan hastaların hekim değiştirmeye yönelik adım atabildiğini iletmişlerdir. Ancak çalışmamızda sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin diğer alt boyutlarında ve ölçeğin ortalamasında, sağlık iletişimi sorunları ile sağlık hizmetini gerçekleştiren personeli değiştirme konusunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun sebebi olarak ise hekimlerin sayısının yetersizliği olduğu düşünülmektedir. Bireyin rahatsızlığına yönelik o alanda tek bir doktor var ise istese bile değiştirmeyi talep edememektedir. Güncel haberler arasında da yer alan bu sorun özellikle kamu hastanelerinde hızla yayılmaktadır. Yeterli değeri göremediklerini düşünen sağlık çalışanları kamudan ayrılmakta hatta farklı ülkelere göç etmektedir. Sağlık hizmeti gereksinimi olan bireylerde bu problemden oldukça etkilenmektedir. Konuyla ilgili ilerleyen süreçte gerekli düzenlemelerin yapılması beklenmektedir.

Tahmin edildiği gibi sağlık iletişimi sorunları yaşadıkça tedaviden alınan yararın da azaldığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak tedavinin sadece tıbben olmadığı, aynı zamanda psikolojik olarak bireyin buna inanması, hekimine güvenmesiyle de ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Son olarak sağlık iletişimi sorunları yaşayanların tedavi sonrasında da düşüncesinin değişmediği görülmüştür. Buradan yaptığımız çıkarım ise başta bir sorun yaşandığı zaman tedaviye devam edilse hatta iyileşme gerçekleşse de kuruma ya da sağlık çalışanına karşı başta olumsuz algı oluşması sebebi ile bu algının aynı kaldığı

görülmektedir. Baştaki iletişim eksikliğiyle kırılan güvenin tekrar yerine gelemediği sonucuna varılmıştır. Literatürde yer alan sonuçların da çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Altı farklı ülkede hastaların deneyimlerinin incelendiği çalışmada araştırmacılar, iletişim sorunları yaşayan hastaların tedavi sonrasında sağlık hizmetlerinden daha az memnun olduğunu ve daha olumsuz algılanan sağlık durumuna sahip olduklarını tespit etmişlerdir (Schoen vd., 2005). Levinson ve arkadaşlarının çalışmasında (1997) ise hekimleri ile iletişim sorunları yaşayan hastaların, tedavi sonrasında hekimlerine karşı daha fazla tıbbi hata iddiasında bulduklarını görmüştür.

6. ÖNERİLER

Sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecine etki edeceği düşüncesi çok fazla karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda bu düşünce bilimsel yöntemler ile doğrulanmıştır. Tedavi sürecinin sağlık iletişiminde yaşanan sorunlardan oldukça etkilendiği görülmüştür. Bu önemli bir halk sorunudur. Sağlığına kavuşma düşüncesiyle alınan bir hizmetten iletişimsel sebepler ile kötü sonuçlarla dönmek, ya da sağlık profesyonellerine karşı olumsuz bir algı oluşturarak sona erdirmek hem bireysel hem de beraberinde toplumsal sağlığını risk altına sokmaktadır. Bu denli hassas olduğu görülen bu konuda çeşitli önlemlerin alınması şarttır.

Öncelik olarak mutlaka sağlık alanında hizmet verecek kişilerin sağlık iletişimine yönelik eğitimler alması gereklidir. Bu eğitimi, öğrenim hayatlarında almalarının yanı sıra çalışma hayatlarında hizmet içi eğitimlerle sürekli hale getirilmelidir. Tabi ki sağlık iletişiminde yaşanan sorunlar tek taraflı değildir. Halkın da bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık iletişimi hakkında kamu spotları oluşturulmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarına karşı olumsuz algı yaratacak dilde haberlere medyada yer verilmemelidir. Her şeye rağmen yine de sağlık iletişimi sorunlarının yaşanabileceği ihtimali unutulmamalı, tedavi çıkışında bireylerin değerlendirme yapmaları adına kısa bir form hazırlanarak kurumun giriş-çıkış gibi bazı yerlerine konumlandırılmalıdır. İlgili formların günlük takibi yapılarak gerekli aksiyonlar alınmalı, iletişim sorunu yaşayan kişilere geri dönüş sağlanmalı ve sağlık iletişimi sorunlarının önemi atlanmamalıdır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Asnani, M. P. (2009). Patient-Physician Communication. *West Indian Med*, 58(4), 357-361.
- Başol, E. (2018). Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 76-93.
- Bulduklı, Y. (2010). Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyici Üzerine Ampirik Bir Çalışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 75-85.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). Sağlık Sosyolojisi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Gülcemal, E., ve Keklik, B. (2016). Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Ishikawa, H., ve Kiuchi, T. (2010). Health Literacy and Health Communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(18), 1-5.
- Işık, T. (2021). Sağlık İletişimi Bağlamında Hekim Hasta, Hasta-Hekim İletişimi İnceleme Çalışması: Özel Bir Hastane Analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (26), 720-753.
- Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., ve Cleary, P. D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine*, 17(1), 29-39.
- Koçak, A., ve Bulduklı, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., ve Query, J. L. (1998). The History And Development Of The Field Of Health Communication. B. K. Duffy, ve L. D. Jackson içinde, *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (s. 1-15). Greenwood.

- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997 Feb 19;277(7):553-9. doi: 10.1001/jama.277.7.553. PMID: 9032162.
- Oğuz, N. Y. (1995). Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 3(2), 59-65.
- Rimal, R. N., ve Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 247.
- Rogers, E. M. (1994). The Field of Health Communication Today. *American Behavioral Scientist*, 38(2), 208–214.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W5-509-25. doi: 10.1377/hlthaff.w5.509. PMID: 16269444.
- Solmaz, B., ve Duğan, Ö. (2018). Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden" İletişim" Üzerine Bir İnceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804. PMID: 11032203.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423-33. PMID: 7728691; PMCID: PMC1337906.
- Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015. Epub 2009 Jan 15. PMID: 19150199.
- Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999 Jun;37(2):113-24. doi: 10.1016/s0738-3991(98)00107-4. PMID: 14528539.
- Tabak, R. S. (2003). *Sağlık İletişimi* (2. b.). İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- TDK. (2019). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. Mayıs 27, 2022 tarihinde Türk Dil Kurumu Sözlükleri Web sitesi: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- Uçan, G., Çalım, S. İ., ve Yıldırım, Ş. (2015). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık İletişimi Alanındaki Rol ve Fonksiyonları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(4), 91-100.
- Uzuner, N. (2020, Ekim 17). *Bezelye Dergi*. Mayıs 20, 2022 tarihinde <https://www.bezelyedergi.net> adresinden alındı
- Yağbasan, M., ve Çakar, F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (15), 609-629.
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(4):321-326. doi: 10.5455/pmb1-1402386162
- Yeşildal, M., Dömbekci, H. A., ve Öztürk, Y. E. (2021). Sağlık İletişimi Sorunları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 108-119.
- Yılmaz, E. (2012). *Doktorumun Hastasıyım.com* (1. b.). İstanbul: Giza Yayınları.
- Yılmaz, M. B., ve Şireci, M. (2020). Malatya'da Yer Alan Aile Hekimliği Merkezlerinde Sağlık İletişimi Uygulamalarına Yönelik Bir Çalışma. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 357-371.
- Zolnier KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc. PMID: 19584762; PMCID: PMC2728700.