

## HASTANEDE HASTA VE HASTA YAKINLARI DÜZEYİNDE GÖRÜLEN İLETİŞİM PROBLEMLERİNİN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

Bayram Oğuz AYDIN\*  
Emine ŞAHİN\*\*

### ÖZ

Bu çalışmada, hastanede hasta ve hasta yakınları ile sağlık personeli ilişkisinde ortaya çıkan iletişim problemlerinin sebeplerinin ortaya konması ve bu problemlere çözüm önerisi niteliği taşıyan bir model ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimi sağlamak amacıyla oluşturulan birimde görevli din görevlisi, hemşire ve psikologla görüşmeler yapılmış, elde edilen veriler temellendirilmiş kuram çerçevesinde analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda çekirdek kavram olarak *bilgi*, iletişim problemlerinin kaynağında "bilgi öğrenme isteği", birimin amacında "bilgi verme" ve çözüm stratejisinde ise "bilgi alışverişi" olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca birimin iletişim problemlerinde çözüm stratejileri olarak hasta ve hasta yakınlarının bulunduğu ortamın değiştirilmesi, bireysel özelliklerinin tespit edilmesi ve etkili bir iletişim becerisinin yer aldığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık iletişimi, bilgi alışverişi, temellendirilmiş kuram, hasta sağlık personeli iletişimi

### A MODEL OFFER FOR SOLVING THE COMMUNICATION PROBLEMS AT A LEVEL OF THE PATIENT AND THE PATIENT'S RELATIVES AT A HOSPITAL

#### Abstract

In this study, it was aimed to present a model as a solving offer for the reasons of the communication problems among the patient, patient's relatives and healthcare professionals at the hospitals. In accordance with this purpose, we had interviews with the personnel who are religious official, nurse and psychologist in the department which is to communicate with the patients and the patient's relatives at Gaziantep University Research and Application Hospital. The data was analyzed within the scope of grounded theory. At the end of the study central notion is information, root of the communication problems is "wish to learn information", the objective of the department is "edification" and analysis strategy is "information exchange". Besides, among the communication problems of the department; changing the environment of the patient and patient's relatives, determining the personal characteristics and effective communication skill were found as analysis strategies.

**Keywords:** Health Communication, information exchange, grounded theory, medical personnel communication

\* Yrd. Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Üniversite Bulvarı 27310 Şehitkâmil-Gaziantep, e-mail:b.oguzaydin@gmail.com

\*\* Yrd. Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Üniversite Bulvarı 27310 Şehitkâmil-Gaziantep, email:eminesahin2001@gmail.com

## Giriş

Toplumda bireyler bilgiye birçok kanaldan ulaşmakta ve elde ettikleri bilgiler yoluyla hayat tarzlarını oluşturarak bazı kararlar vermektedir. Bu aşamada birey kendi çabalarıyla elde ettiği bilginin dışında farklı kaynaklardan gönderilen mesajlara da maruz kalmaktadır. Tüm bu bilgi arama ve bilgiye maruz kalma sürecinde günümüz iletişim teknolojileri de yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Sağlık konusunda da bu süreç benzer şekildedir. Ancak hem kendisi hem de yakınları hakkında sağlıkla ilgili konular bir birey için daha çok önemlidir. Özellikle Gaziantep gibi stratejik öneme sahip şehirlerde yaşayan halkın göçle birlikte nüfusunun artması, sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması, sürekli değişen sağlık anlayışı ve ortaya çıkan belirsizliklerin neden olduğu endişeler, sağlık alanında yaşanan değişimin önemini ortaya koymaktadır. Bu yüzden sağlıkla ilgili bir konu bireyin karşısına çıktığında çoğu zaman bu her şeyin önüne geçmektedir. Birey problemin çözümüne yönelik olarak en yakın çevresinden başlayarak bir iletişim süreci başlatmaktadır. Birey açısından sağlık konusuna önem gösterilirken toplumsal düzeyde bireyin sağlığı da günümüz gelişmiş toplumlarında önem kazanmaktadır (Simpson vd. 1991). Bu önemden dolayı otoriteler geliştirdikleri içerikleri çeşitli iletişim stratejileri ile bireylerin sağlık konuları hakkındaki bilinç, tutum ve davranışlarını biçimlendirmek için kullanılmaktadırlar (Davis, 2003:345; Warillow vd., 2015:2174; King ve Hoppe, 2013:385).

Diğer taraftan sağlık hizmetleri geniş bir yelpazede bir sektörü oluşturmakta ve bu hizmetleri veren ticari kurum ve kuruluşların yanı sıra sivil toplum kuruluşları da çeşitli iletişim faaliyetlerinde bulunmaktadır. Sağlık konusundaki paydaşların çok çeşitli olması ve her birinin birbirleriyle iletişim içerisinde olmasının gerekliliği sağlık ile iletişim kavramlarının bir araya gelmesini doğal kılmaktadır. İki kavram bir araya gelirken doğaları gereği farklı düzeylerin de ortaya çıkmasına sebep oluşturmaktadır. Bu düzeylerden biri de medikal uygulamalar sırasında ortaya çıkan iletişim problemlerinin giderilmesine yönelik iletişim çalışmalarıdır (Rowlan-Morin ve Carroll, 1990:168; Zolnierek ve DiMatteo, 2009:826; Epstein ve Street, 2007:9). Bu aşamada hastalık kaynaklı kaygı seviyesi yüksek bireylerin zihninde oluşan belirsizlikleri gidermeye yönelik bilgi, açıklama ve geri bildirim eksikliği gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkan memnuniyetsizliklerini çeşitli yollarla dile getirmeleri, hem birey hem de sağlık personeli tarafından çeşitli olumsuz sonuçlara

sebebiyet verebilmektedir. Aksine iyi bir sağlık iletişiminin geliştirilmesi iyi sağlık çıktıklarının elde edilmesinde medikal uygulamaları destekleyici bir role sahiptir.

Sağlık alanında hizmet veren uygulayıcıların ifade ettikleri ve medyaya yansıyan haberler doğrultusunda hastaların yanı sıra hasta yakınları ve sağlık personeli arasında oluşan iletişim problemlerinin de göz ardı edilemeyecek oranda olduğu bilinmektedir. Genelde şiddetle sonuçlanan hasta yakını ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimin incelenmesi ve bu ana bilim dalı kapsamında halkla ilişkiler alanında çözüm üretilmesine yönelik çalışmalar özellikle son dönemde artmaktadır. Konunun bu öneminden dolayı çeşitli aşamalarda sağlık personeline iletişim eğitimleri ile etkili iletişim becerisi kazanımları sağlanmaktadır. Ancak sağlık hizmeti verilen kurumlara müracaat eden hasta ve yakınlarının çok farklı yaşam tarzına, tecrübesine ve diğer bireysel özelliklere sahip olması bu iletişim problemlerinin sağlık personelinin yanı sıra bireylerin de iletişim becerileriyle ilişkili olduğunu düşünmemizi gerektirmektedir. Bu aşamada bireylerin bilgi seviyesi, bireysel özellikleri kimi zaman inançları iletişim problemlerinin çözümü noktasında önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada temel amaç, göçle birlikte artan şehir nüfusu, yetmeyen sağlık hizmetleri ve bu alanda yer alan belirsizliğin neden olduğu endişelerin de kaynaklık ettiği sağlık alanında hizmet veren bireyler ve hizmet almak amacıyla hastaneye gelen hasta ve hastaların yakınları ile ortaya çıkan diğer problemlerin sebeplerinin ortaya konması ve çözüm önerisi sunulmasıdır. Çalışmada hasta ve hasta yakınlarında ortaya çıkan bilgi ihtiyacının giderilmemesinin sağlık personelleri ile yaşadıkları problemlerin sebepleri arasında bulunurken, hastane yönetiminin görevlisi, hemşire ve psikologdan oluşan birim çalışanlarının faaliyetlerinin sağlık personeli-hasta ve sağlık personeli-hasta yakını ilişkisini olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra araştırma sonucunda iletişim problemlerinde bulunan ortamın değiştirilmesi, hasta ve hasta yakınlarının bireysel özelliklerinin tespit edilmesi ve etkili bir iletişim becerisine sahip olmanın çözüm stratejilerinde önemli bir yer tuttuğu belirlenmiştir. Söz konusu medikal uygulamalar sırasında hasta ve hasta yakınlarıyla ortaya çıkan iletişim problemlerinin çözümüne yönelik olarak bir hastane yönetiminin sağlık iletişimi çalışması için oluşturduğu birim model olarak ele alınarak hasta, hasta yakınının ihtiyaçları belirlenmeye çalışılmış ve çözüm önerisine yönelik

bir model geliştirilmiştir. Söz konusu model destek birimi olarak ifade edilen üç çalışandan oluşmakta, bilgi ve psikolojik tatminini sağlamaktadır.

## 1.Sağlık İletişimi

Toplumsal yaşamla birlikte iletişim aktivitesi olan duygu, düşünce ve haber içeriklerinin bir takım kodlarla aktarımı sağlık iletişimi için de önem kazanmaktadır. Sağlık alanında hizmet verenler ve bu hizmeti alan hasta ile hasta yakınları arasında döngüsel iletişim alışverişi içinde, beden dili, sözlü iletişim, yazılı iletişim hatta görsel anlamları barındıran giysiler dahi yer almaktadır. Bu çoklu yapı bir kaynak ve hedefin söz konusu mesaj alışverişi içine, hastaların şikâyetle hastaneye gelmesi, içinde bulunan ortamın stres içermesi, dahası bu ortama bireylerin eğitim, aile, iş ve sosyal yaşam gibi bireysel farklılıkları da eklenince, iletişim karmaşası devamında iletişim problemi şeklinde kendini göstermektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumundaki sürekli değişiklikler paydaşlar ile iletişime girme (Henderson, 2005:282) ya da var olan kötü iletişimi etkili iletişim şekline dönüştürme ihtiyacını beraberinde getirmektedir. Etkili iletişim artık genellikle sağlık hizmetinin merkezi olarak kabul edilmektedir (Berry, 2006:3; Corcoran, 2007:5).

Tüm Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de son yıllarda hızla gelişen sağlık iletişimi çalışmaları, 1970’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde çalışmalarla başlamıştır. Türkiye’de sağlık iletişimi alanında akademik çalışmalar yakın tarihe dayanmasına rağmen, Türkiye’de halk sağlığı alanında, toplumu bilinçlendirmek amacıyla yapılan çalışmaların çok daha eskiye dayandığı görülmektedir. Cumhuriyet Dönemi ilk sağlık iletişimi çalışmaları sıtma hastalığına yönelik olarak halkı bilinçlendirme ve sağlığı geliştirme çabaları olarak görülmektedir (Sezgin, 2015:33-34).

Sağlık İletişimi alanında yapılan kavramsal açıklamalar dikkate alındığında, konunun tarihi açıdan çok eskilere dayanmaması ve halk sağlığı, sağlık hizmetleri, kar amacı gütmeyen ve özel sektörde giderek gelişen bir alan olduğundan tanımı da karşımıza farklı şekillerde çıkmaktadır (Schiavo, 2013:3).

İletişim sağlık iletişimi içinde, hasta ve ailelerinin doğal dünyası ile sağlık hizmeti sağlayıcılarının bilimsel dünyası arasında bir köprü görevi görmekteyken (Rusinova ve Simek, 2013:2435), sağlık iletişiminin en geniş tanımını Rogers

"İçeriğinde sağlık olan insan iletişiminin her tipi" şeklinde tanımlamaktadır (1996:15). Renata ise sağlıkla ilgili bireysel ve toplumsal olarak bilgilendirme, bireylerin kararlarını etkilemek için iletişim stratejileri geliştirmek ve bunları kullanmak olarak tanımlanmaktadır (2013:6). Konunun multidisipliner doğası (Hannawa vd., 2015:521) ve kişilerarasından toplumsal düzeye bir içeriğe sahip olması nedeniyle bir çok tanım ortaya çıkmaktadır. Böylece sağlık iletişimi televizyonda sağlıkla ilgili programlardan ve sağlıkla ilgili dizilerden, internet ortamında bulunan sağlık konusunda bilgilendirici materyallere kadar uzanabilmektedir (Okay, 2007:21).

Sağlık iletişim alanında geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar, sağlık alanında öğrenim veren okullarının ders müfredatında da yer almakta, ampirik araştırmalara konu olmaktadır. Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık kadar, sosyal psikoloji ve iletişim (Koçak ve Bulduklu, 2010:6; Schiavo, 2013:11) bilim dallarındaki konulardan faydalanılarak, teorik çerçeve oluşturulmaya çalışılmış ve teoriler doğrultusunda çeşitli modeller ortaya konmuştur.

Corcoran yaptığı çalışmada sağlık iletişim mesajlarında uygun, popüler olan ve küçükten büyük ölçekli kitlesel medya kampanyalarında basit mesajların tasarımında kullanılabilen modelleri seçmiştir. Corcoran, bu modelleri iki teorik model altında incelemiştir, ilk grup Bilişsel Teorinin desteklediği modellerdir. Bu grup içerisinde Planlı Davranış Teorisi (PDT) ve Sağlık İnanç Modeli bulunmaktadır. İkinci grubu ise Basamak Atlama Teorilerinin ortaya koyduğu Transteorik Model, İletişim İkna Modeli ve son olarak Bilgi İkna Matrisi oluşturmaktadır (2007:12; Schiavo, 2013:38).

Koçak ve Bulduklu ise sosyal psikolojinin davranış modellerinin ve iletişim disiplininin bazı yaklaşımlarının sağlık iletişimine uyarlanmasıyla ortaya çıkan sağlık iletişimi modelleri olarak Retorik Model, Semiyotik Model, Fenomonolojik Model, Siberetik Model, Sosyal Psikolojik Model, Sosyal Kültürel Model ve Eleştirel Yaklaşım'dan söz etmektedir (2010:9). Koçak, bireyin davranışlarının etkili bir sağlık iletişiminde önem kazandığı düşüncesinden yola çıkarak, sosyal psikoloji alanında ortaya konan modellere dikkat çekmektedir.

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte sağlık iletişimi de yeni bir boyut kazanmaktadır. Schiavo sağlık iletişimini etkileyen disiplinler olarak; davranış ve

sosyal bilimler teorileri, pazarlama ve sosyal pazarlama, medikal modeller, sosyoloji ve antropoloji gibi alanların yanı sıra kitle iletişimi ve yeni medya teorilerini de eklemektedir (2013:35).

## 2. Sağlık İletişimi Düzeyleri

Sağlık iletişimi çalışmaları alanda yapılan çalışmaların, bu alanda uygulamalar dikkate alınarak farklı düzeylerde ortaya çıktığı görülmektedir. İlk olarak sağlık iletişimi önemli sağlık sorunları hakkında, kamunun, bireylerin ve kurumların bilgilendirilmesi yönünde kaynak, hedef, kanal ve mesajların çeşitliliğine göre şekillenen farklı iletişim türlerinin kullanıldığı ve temelde sağlıkla ilgili bilgi vermenin amaçlandığı düzeydir (Parrott, 2004:751). Sağlık iletişiminde temel amaç görsel, yazılı ve sözlü iletişim kodları kullanarak sağlık konularında halkı bilinçlendirmek, hastalıkların önlenmesi, sağlığa ilişkin önemli bazı noktaların durulması amaçlanmaktadır. Türkiye’de bazı sivil ve resmi kurum ve kuruluşlarının hazırladığı sigaranın zararlarına yönelik kamu spotları, organ bağışı, obezite ve AIDS ile ilgili bilgi paylaşımlarının yer aldığı, seminerler, videolar, broşür ve el ilanları gibi iletişim aktiviteleri örnek uygulamalar arasında yer almaktadır.

Ticari bir pazar olarak düşünüldüğünde pazarlama iletişiminin tanıtım faaliyetleri de sağlık iletişim düzeyleri içerisinde değerlendirilmektedir. Schiavo kitabında sosyal pazarlama ve geleneksel pazarlama modellerine dayanan sağlık iletişimi uygulamasında, spesifik gruplar ve tüketiciler ürünleri ya da hizmeti kullanmaya özendirildiğini belirtmektedir (2013:53). Bir çeşit tanıtım faaliyetine giren hastanelerin açık hava mecrasını kullanarak kadrosunda yer alan doktorların ve yeni hizmetlerinin tanıtımını yapmaktadır. Böylece hastanenin hizmetlerini deneme davranışı geliştirmeyi amaçlamaktadır. Diğer bir uygulama ise, kondom ya da diş fırçası gibi kişisel bakım ürünü satan firmalar ürün kullanımı yaygınlaştırmak için hedef kitleye yönelik farkındalık çalışmasıyla başlayan ve denemeye yönelik ikna ile devam eden tanıtım kampanyaları ile sağlık iletişimi faaliyetlerini yerine getirmektedir.

Diğer taraftan sağlık iletişimi, hizmet süresince sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında kurulan iletişimin iyi başlaması ve sorunsuz olarak devam etmesi doğrultusunda ortaya konan yapıcı önlemleri ve bu doğrultuda önem kazanan

iletişim becerilerini konu almaktadır. İletişim becerilerinin sağlık okullarında öğretilmesi gerekliliğine dikkat çeken Levinson ve arkadaşları, bir hastalığın teşhisi ve hasta yönetimi konularıyla kıyaslandığında daha az önem verildiğini belirtmektedir (2010:1312). Ancak son yıllarda hastanelerde yaşanan ve daha çok hastane çalışanlarına yönelik şiddetle sonuçlanan olaylar sonucunda konunun incelenmesi ve bu tür olayların önlenmesine yönelik çözüm önerilerini kapsayan çalışmaların artırıldığı görülmektedir. Bu alanda Shaw ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aileler ile iletişimde güveni ve yoğun bakımda yaşadıkları deneyimler ile ilgili memnuniyeti artırmak için kritik hastaların aileleri ile iletişime giren hizmet personelinin iletişim eğitimlerinin artan güven ve hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu görülmüştür (2013:265). Dutta-Bergman doktor ve hasta arasındaki iletişimin hastanın sağlık oryantasyonu ve tatmini arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini ortaya koymuştur (2005:299). Uzun dönemli tedavi gerektiren hastaların ihtiyaç duyduğu psikolojik destek, kişilerarası iletişim ve psiko-sosyal müdahale, kanser hastalarını destekleme çalışmaları için daha önemli hale gelmiştir (Northouse vd., 2007: 2). Donovan-Kicken ve arkadaşları yeni teşhis konulmuş, tedavi sürecinde ve kanseri yenmiş kişilerin deneyimleri boyunca iletişimin stresle başa çıkmalarında nasıl etkili bir rolü olduğuna dair birçok görüş ortaya koymaktadır (2011:315).

Bu konuda yapılan çalışmalar sağlık iletişimde özellikle bilgi ihtiyacına dayandırıldığı görülmektedir. Birçok insan için yüz yüze iletişim sağlıkla ilgili bilgi sağlamada önemlidir (Johnson, 2014:7) ve hastaların bilgi kaynakları arasında en başta sağlık personeli bulunmaktadır. Emanuel ve Emanuel bilgi alışverişi, karar verme ve tedavi sürecinde hasta doktor ilişkisini dört modelle açıklamaktadır. Bunlardan ilki paternalistik modeldir. Bu modelde hasta katılımı sınırlıdır ve hekim hastanın koruyucusu gibi davranmaktadır. Hekim hasta için neyin en iyi olduğunu söylemekte ve uygulamaktadır. Bilgilendirici modelde hasta hekim iletişimindeki amaç ilgili tüm bilgileri hastaya sunmaktır. Bu bilgiler ışığında hasta kendi değerlerine göre en iyi tedavi türünü tercih edebilir duruma gelmektedir. Hekim burada yetkin teknik bir uzman gibi davranmaktadır. Yorumlayıcı modelde hasta hekim iletişiminin amacı hastanın değerlerini yani ne istediğini belirlemek ve ortaya çıkan değerlerden yola çıkarak, mevcut tedavi yöntemlerinden birinin hasta tarafından seçilmesine yardım etmeyi içermektedir. Bilgilendirici hekim de olduğu gibi yorumlayıcı hekim de

mümkün olan tedavilerin faydası ve riskleri ve mevcut durum hakkında hastayı bilgi ile destekler niteliktedir. Hekim bu modelde danışman gibi davranmaktadır. Müzakereci modelde ise hastaya yardım etmek için klinik durumda fark edilebilen sağlık ile ilgili en iyi değerler belirlenmekte ve seçilmektedir. Hasta bilgilendirilerek ikna edilmekte ve sonucunda seçtiği tedavi uygulanmaktadır. Hekim burada arkadaş ve ya öğretmen gibi davranmaktadır (1992:2221-2222).

Günümüzde mevcut eğilimler uygulayıcıları paternalistik modelden daha uzağa taşımıştır. Bunun yerine tıbbi etkileşimde bilinçli hastaların katılımı ve karar verme sürecine değerlerinde dâhil olduğu çağdaş modeller kullanılmaktadır (Anker vd., 2011: 346).

Diğer taraftan sağlık iletişimi alanında yapılan bilimsel çalışmalar arasında Uluslararası Sağlık İletişimi Konferansında iletişim uygulamaları ve sağlık iletişimine yönelik hazırlanan Toronto Mutabakat Bildirisi sağlık iletişiminde yaşanan problemlerin çözümüne katkı sağlayacak niteliktedir (Simpson vd., 1991). Bildiride yer alan başlıklar şu şekildedir:

1. Medikal uygulamalarda iletişim problemleri önemli ve yaygındır.
2. Hasta kaygısı ve memnuniyetsizliği belirsizlik ve bilgi, açıklama ve geribildirim eksikliği ile ilişkilidir.
3. Doktorlar genellikle hastaların almak isteği bilgi türünü ve miktarını yanlış anlamaktadır.
4. Klinikle ilgili iletişimin geliştirilmesi olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir.
5. Çözölemeseler bile, hasta kaygılarını anlamak ve açıklamak kaygıda düşüşe neden olmaktadır.
6. Hasta tarafından daha büyük katılım, memnuniyeti, uyumu sağlamak ve tedavi sonuçlarını iyileştirmektedir.
7. Yeterli bilgi aldıklarını anladıkları zaman ciddi hastalığı olan hastalarda psikolojik endişenin düzeyi daha azalmaktadır.
8. Aşırı derecede uzatmadan, ilgili tekniklerin öğrenilmesi şartıyla klinik uygulamalarında faydalı klinik iletişimi düzenli olarak mümkündür ve normal klinik karşılaşmalar sırasında elde edilebilmektedir.

Bildiri maddeleri incelendiğinde iyi iletişim yoluyla bilgi alışverişinin sağlanabilmesi halinde hasta uyumu ve kaygı problemlerinin ortadan kalkacağı ve sağlık iletişiminin geliştirilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Görüldüğü gibi sağlık



iletişiminin farklı düzeyleri farklı görünümelerde ve uygulama alanlarında ortaya çıkmakta ve bu alanda farklı çalışmaların gerekliliği ortaya konulmaktadır.

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma hastanede medikal uygulamalar esnasında sağlık personeli-hasta ve sağlık personeli-hasta yakını arasındaki etkileşim sırasında ortaya çıkan problemleri önlemek amacıyla oluşturulan bir model üzerinden sorunların nedenlerini, modelin çözüme yönelik amaçlarını, stratejilerini ve elde edilen sonuçları ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın temel soruları şöyledir.

- Sağlık uygulamaları esnasında sağlık personeli-hasta yakını arasındaki iletişim problemlerinin sebepleri nelerdir?
- İletişim problemlerinin giderilmesine yönelik modelin amaçları nelerdir?
- Önerilen modelde sağlık iletişimde görülen sorunlar hangi stratejiler ile çözülmektedir?
- Model uygulamalarının sonuçları nelerdir?

#### 3.2. Örneklem

Bu çalışmanın katılımcıları amaca yönelik örneklem ile seçilmiştir. Bu bağlamda Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde sağlık personeli-hasta ve sağlık personeli-hasta yakını arasında iletişimin daha etkin bir şekilde sağlanabilmesi için oluşturulan birime ait personel ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Birim hastane yönetimine bağlı olarak görev yapan din görevlisi, psikolog ve hemşire olmak üzere üç erkek personelden oluşmaktadır.

#### 3.3. Verilerin Toplanması

Çalışmada veriler, katılımcılar ile seçilen uygun ortamlarda bire bir yürütülen derinlemesine görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Bu görüşmeler araştırma amaçları doğrultusunda oluşturulan yarı yapılandırılmış soru formunca yönlendirilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık olarak 45 dakika ile 1 saat arasında gerçekleşmiştir. Görüşme boyunca bilgiler katılımcıların izni alınarak kamera kaydına alınmıştır. Sonrasında her bir görüşme metin haline getirilmiştir. Son olarak metin haline getirilen görüşmelerin doğruluğu araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. Verilerin analizi için elde edilen metinler MAXQDA© nitel veri analizi programına girilmiştir.

### 3.4. Verilerin Analizi

Bu çalışmada verilerin analizinde Strauss ve Corbin (1990, 1998) tarafından geliştirilen temellendirilmiş kuram yaklaşımı kullanılmıştır. Temellendirilmiş kuram fenomenolojiye benzer bir şekilde analiz için ayrıntılı işlemler kullanılmaktadır. Bu ayrıntılı işlemler açık, eksenel ve seçici kodlama olmak üzere üç aşamadan meydana gelmektedir (Creswell, 2015:198). Açık kodlamada genel olarak kavramlar tanımlanmakta, veride tanımlanan kavramların özellikleri ve boyutları keşfedilmektedir (Strauss ve Corbin, 1998:101). Bu süreç sahadan toplanan verinin parçalara, kısımlara bölünmesini, incelenmesini, karşılaştırılmasını ve kavram kategorilerinin oluşturulmasını içermektedir. Açık kodlamada kavramlar aracılığıyla parçalara ayrılan verinin, aralarındaki bağların gözetildiği bir diğer aşama eksenel kodlama aşamasıdır. Eksenel kodlamada merkezi ya da çekirdek kavramın ve varsa onun alt kategorileri belirlenmekte, son olarak kavramsal çerçeve oluşturulmak üzere eksenel kodlamada belirlenen kategori ve varsa alt kategorilerin birleştirildiği seçici kodlama işlemi gerçekleştirilmektedir (Kasapoğlu, 2015:24).

### 4. BULGULAR

Görüşmelerde elde edilen veriler temellendirilmiş kuramın açık kodlama aşamasına uygun bir biçimde çözülmüş, karşılaştırılmış, kavramsallaştırılmış ve sınıflara ayrılmıştır. Katılımcıların söylemlerinin karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan benzer ifadeler birleştirilerek alt kategoriler altında toplanmış ve kodlama işlemi gerçekleştirilmiştir. Oluşturulan alt kategoriler ve kodlar arasındaki bağlantılara dikkat çekmek için her bir temanın altında katılımcıların ifadeleriyle ilgili açıklamalar bulunmaktadır. Katılımcıların ifadelerinde din görevlisi "DG", hemşire "H", psikolog "P" şeklinde kısaltılarak belirtilmiştir.

#### *Korku ve Endişe*

Katılımcılardan elde edilen veriler arasında hasta ve hasta yakınının ruhsal durumunun hayat kaygısından kaynaklanan korku ve endişeden bozulduğu ve bunun da davranışa yansıdığı görülmektedir.

DG: Ayrıca onkoloji bölümündeki hastaların kemoterapi gibi ağır bir tedavi ve sonrasında yaşamını kaybetme ihtimali onlarda endişeden kaynaklanan korku dolu bir ruh haline neden oluyor...

Acil girişinde ya da yoğun bakım ünitesi içerisinde hastanın hayat kaygısı içerisinde bir takım öfke patlamalarına ve çalışanlara müdahalesine neden oluyor.

H: Örneğin trafik kazası ile gelen hastanın yakınları onlara ne olacak kaygısıyla endişe duyuyor. Acil serviste tedavisinin geç kalacağını düşünerek geriliyor. Bu ise davranışlarında saldırganlığa neden oluyor... Diğer taraftan hasta yakınlarının hastaya müdahalede gecikilmesi sonucu hastasını kaybetme korkusu agresiflik kaynağıdır.

P: Onkoloji bölümündeki hastaların kemoterapi gibi ağır bir tedavi ve sonrasında yaşamını kaybetme ihtimali, onlarda moral bozukluğuna neden oluyor.

### *Merak ve Bilgi Öğrenme İsteği*

Hastaların bilgi eksiliğinden kaynaklanan merak da sağlık iletişimde rastlanan problemlerin sebeplerini oluşturmaktadır. Hastalarının tedavi sürecinde geçirdiği aşamalar hakkında bilgi sahibi olamayan hasta yakınları sağlık personeline tepki göstermektedir.

H: Hasta yakınları hastalarına kötü bir şey olacağından ve doktorun yaptıklarını merak ettiğinden ki bu bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor, merak ve hastayı düşündüğünden onların yanında olmak istediğinden doktora müdahale ediyor.

DG: Hastasını yoğun bakıma ulaştıracak ve bekleme salonunda bekleyecek, merakla bekleme sürecindeki bu stresi asgari düzeye indirecek çünkü insan bilmediği durumlarda strese götürür, gelişmelerde, ne oluyor ne olacak sorusu insanı strese götürür, işte insanın o noktada hemşire devreye girip doktorların en azından tıbbi terimleri bilen biri olduğu için doktorun aktardığı teknik bilgileri dışarıda bekleyenlerin anlayacağı dille aktarması gerekir.

P: Hasta yakını ayrıca bilgi eksikliği nedeniyle de saldırganlık gösteriyor.

### *Hasta ve Hasta Yakınlarının İlgî İhtiyacı*

Diğer taraftan hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarından beklentileri, yani ilgi ihtiyacının sağlık personeline karşılanıp karşılanmaması içsel düzeyde hasta yakınlarını etkilemektedir.

P: Bireylerin vergisini verdiği hastaneden beklentileri yüksek ve herkes kendi hastası ile ilgilenilmesini istiyor zihnindeki gerçekle var olan gerçek çatışıyor ve stres seviyesi artıyor... Ailenin yetiştirilme tarzı ve ailede sevgi görmemesi gibi psikolojik faktörler hastaneye geldiğinde ilgi açlığı nedeniyle ilgi bekliyor burada bir algı ve gerçek hayat farkı insanların saldırganlık nedeni olarak görülebilir.

H: Ben hep acil servislerde çalıştım, genel olarak hasta yakınları doktorlar, hemşireler bizi ayakta karşılayacak, her şeyi bırakacak benimle ilgileyecek... herkes diyor ki bizi dinleyecek, ama onlar şunu düşünmüyor, benimle beraber 30-40 hasta var diye düşünmüyor, tek kendini düşündüğü için, sadece kendisi yada yakını var diye düşünüyor... İnsan rahatsız olunca hani derler ya parmağın acısına canın parmağında olur diye, acı veren şeyden daha önemli bir şey yoktur, belki ondan dolayıdır.

#### *Sağlık Personeline Duyulan Güvensizlik*

Hasta yakınlarının sağlık personeline güvensizliği, hem onların çalışmalarına müdahale etmelerine, hastane çalışanlarına karşı saldırgan tutum geliştirmelerinde başka bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

DG: Hasta ve hasta yakınları doktorun söyledikleri ile ilgili bilgiler kuşku ve kaygı ile dinleniyor. Tespitlerim doğrultusunda hasta yakınlarının öfke patlaması noktasına geliş nedenleri, biri hastayı hastaneye getiren kişilerin kalabalık oluşu, ikincisi hastaya müdahale etmek istemeleri, ayrıca hastaların doktor ve sağlık personeline emanet edemiyorlar. Bunun temelinde de bir güvensizlik var.

H: Hasta doktorun yanlış bir şey yapmasından korkuyor ve geriliyor. Güven eksikliği ve bilgi eksikliği insanlarda tedirginlik nedeni. Ayrıca araştırma hastanesi olunca hemşire ve doktor kadrosunun hocalar dışında kalanların öğrenci olduğunu düşünüyor ve uzmanlık noktasında güven eksikliği yaşıyor.

P: Örneğin onkoloji bölümünde doktorlara duyulan güvensizlik sonucunda ilaç kullanmayı reddediyor biz bu güveni de sağlamaya çalışıyoruz.

#### *Sağlık Alanında Ön Yargılar*

Türkiye'nin geçmiş dönemlerde yaşanan sağlık alanındaki eksiklikler, hasta ve hasta yakınlarında bir ön yargı olarak ortaya çıkmaktadır. Hasta yakınları hastalarını

sağlık personeline emanet etmekten çekinmekte, hastalar da konulan teşhis ve belirlenen tedaviye ön yargı ile yaklaşmaktadır.

P: Doktorlara yönelik ön yargılar, doktorların çalışmadığı ya da kişisel yakınlığı olan hastalara öncelik tanıdığı ön yargıları da tedirginlik dolayısıyla stres kaynağı. Biz bu stres durumunu asgariye indirmeye çalışıyoruz.

H: Bazen hasta yakınları bizim konu ile ilgisiz olduğumuzu düşünerek bizi konu dışı bırakmaya çalışıyor. Size ne siz ne anlarsınız muamelesi görüyoruz... Acil serviste tedavisinin geç kalacağını düşünerek geriliyor.

DG: Toplum olarak her şeye ön yargılı yaklaşıyoruz ve biz bunu bildiğimizden ön yargılı yaklaşıldığında bunu kırmak için öncelikle kişilerin gözüne hitap etmeli güven verici olmalı ve yardımsever bir dil kullanmalıyız.

#### *Güvenlik Personeli ve Kalabalık Hasta Yakını*

Görüşmeye katılanlar, hasta yakınlarının hasta yönetim sisteminin bir gerekliliği olarak gördüğü acil servis güvenliği çalışanlarını, hastaları ile aralarında duvar olarak gördüklerini belirtmektedir. Diğer taraftan hastane acil servisinde hastalarını bekleyen hasta yakınlarının çok sayıda olması, hastane çalışanlarının görevlerini yapmalarında bir engel olarak görülmekte ayrıca ortaya çıkabilecek çatışmalarda grup psikolojisinden kaynaklanan güvenle çatışma içerisine girmelerine neden olmaktadır.

DG: Güvenlik ekibi, yakınları dışarı çıkarmaya çalışıyorlar, güvenliği hasta ile aralarında iletişimi koparan bir duvar olarak görüyorlar ve bu bağı koparmak istemiyorlar.

P: Diğer taraftan acile gelen hastanın hastalığı çok önemli olmasa da çok sayıda gelen hasta yakınları acilde bir yığılmaya neden oluyor. Bu yığılma sonrasında doktor hastalarla ilgilenirken kendi hastası ile ilgilenilmediğini düşünen ve ilgi görmek isteyen hasta yakını taşkınlık gösteriyor.

H: Bir hastaya doktor müdahale ederken hasta yakınları çok kalabalıktı ve doktor da benim müdahale etmemi istedi ben bilgi paylaşımı yaptım ama benim yardımımı reddettiler.

### *Teşhis ve Tedavi Sürecinde Bekleme Süresi*

Katılımcılar doktorun hastalığı teşhisi, tedavisine yönelik karar verme, tedavinin yapılacağı ortama taşınma ve tedavi sürecindeki bekleme sürelerinin problemin kaynağı olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir.

H: Benim alanıma girenler daha çok hasta yakınları oluyor ve çok beklemiş, kaygı taşıyan, beklemekten sıkılan hastalar gerginlik yaşıyor ve benim alanıma giren de bu kişiler, ben onlarla ilgileniyorum.

P: Hastalar bazen hastanenin acil servisinde, yoğun bakımında ve servislerde uzun süreli tedavi görmesi gerekiyor, hastalar tedavi görürken hasta yakınları ise bu sürede de hastanede kalmayı tercih ediyor, bu durum ister istemez gerginlik yaratıyor. Çünkü hem hastalar uzun süren tedavi süreçlerinin belirlenmesini bekliyor hem de hasta yakınları hastalarını.

DG: Hastalar uzun süreli yatıyor ve ister istemez acilde uzun süren tedavi gerginlik yaratıyor.

### *Bilgi verme*

Hastalarının tedavi sürecinde geçirdiği aşamalar hakkında bilgi sahibi olamayan hasta yakınları sağlık personeline tepki göstermektedir. Bazen de tıbbi terimlerle iletişim sağlayan doktor, hasta ve hasta yakınına tatmin edememektedir. Bu doğrultuda doktor diğer hastalarla ilgilenirken bu görev için istihdam edilen hemşire de hasta ve hasta yakınına ayrıntılı ve daha günlük kullanım diliyle bilgi vermektedir.

H: Bizim kuruluş amacımız da gerilen hasta yakınlarının gerginliğini engellemek ya da aza indirmek. Daha çok tartışmalar ve fiziksel şiddet uygulayan hasta yakınlarını bilgi vererek sakinleştirmeye çalışıyoruz.

DG: Çünkü insan bilmediği durumlarda strese götürür, gelişmelerde, ne oluyor ne olacak sorusu insanı strese götürür, işte insanın o noktada hemşire devreye girip doktorların en azından tıbbi terimleri bilen biri olduğu için doktorun aktardığı teknik bilgileri dışarıda bekleyenlerin anlayacağı dille aktarması gerekir...

P: Biz bu stres durumunu asgariye indirmeye çalışıyoruz. Bilgi eksikliğini gideriyoruz. Sakinleştirmeye çalışıyoruz.

### *Kurum İmajı Oluşturma*

Birimde çalışanı din görevlisi, psikolog ve hemşirenin amaçları arasında kurum imajına olumlu yönde katkı sağlamaya yönelik çabaların yer aldığı ve söz konusu birimin çalışmalarının da bu yönde olduğu görülmektedir. Birim çalışanlarından psikolog ve hemşire uygulama biriminin çalışmaları ile hasta ve hasta yakınlarında daha önce var olan olumsuz algıyı değiştirdiklerini ve bu şekilde hastane imajını olumlu şekilde değiştirmeye çalıştıkları görülmüştür.

P: Hasta ve hasta yakınları ile iletişime geçerek onların rahatlamasını yumuşamasını sağlıyoruz. Hem hastane imajını kurtarıyoruz hem de hastanın olumsuz algısını değiştirmeye çalışıyoruz. Onlarla kurduğumuz iletişim ile olumsuz algılarını değiştiriyoruz.

DG: Örneğin bir hasta acile gelmiş kalp filmi istiyor, doktorlara “Niye çekmiyorsunuz altı üstü bir film değil mi?” diyor. Doktor gündüz gelmesini söylüyor, "Bura acil burada yoktur" diyor, hasta anlamıyor, “Basit bir film için neden beni bir kez daha yoruyorsunuz” diyor, adamın da işi gündüz gelmeye müsait değil. Ben müdahale ettim durumu sordum ve doktor durumu anlattı, ben de “Bura olsa niye çekmesinler” dedim ikna ettim, bu sefer patronum izin vermiyor gelmeme” dedi. “Sen dedim patrona söyle izin vermezse ben gelir arabama seni alır tedavi ettiririm” dedi... İzah edilince anlatılınca, herkesin her şeyi bilmesi mümkün değil, hastaneye geldiği zaman bir insan her şey yapıp dört dörtlük çıkıp gideceğim zannediyor, o bir algıyla ilgili, hasta sıkıntı çekiyordur, o niyetle geliyordur, bir takım, istemediği, bekleme ile ilgili bir şey olunca bu sefer sıkıntı başlıyor bu hastane kötü algısı olduğundan değil o anki öfke patlaması...

H: Biz hastaları bilgilendiriyoruz, orada insanların biraz rahatladığını ve daha önce oluşan olumsuz algının değiştiğini görüyoruz... İmaj üzerinde etkili tabi ki, memnun olursa insan hastane imajı da iyi olur.

### *Uygun Çalışma Düzeni Oluşturma*

Katılımcılar amaçları doğrultusunda hastanedeki sağlık çalışanlarının hastalara verdikleri hizmetin verimliliğini arttırmak için uygun çalışma düzeninin oluşturulabilmesine katkı sağlayıcı faaliyetlerde bulduklarını ve sağlık uygulamaları esnasında hasta yakınları ile yaşanan kargaşayı asgari düzeye indirmeyi amaçladıklarını belirtmişlerdir.

P: Hasta yakınının doktorun ilgilenmediğini düşünmesi o doktora hizmette müdahale etmesi nedeniyle doktorun gerektiği gibi işini yapması ve bizim de bu doğrultuda kargaşayı önlemek amacıyla hasta yakınlarına müdahale ediyoruz. Diğer taraftan bireyi o ortamdan uzaklaştırarak oradakilerin işlerini daha rahat yapmasını sağlıyoruz.

H: Sağlık hemşiresi olarak benim görevim doktor hastaya müdahale ettiğinde, hasta yakınları hastası ile ilgili bilgi sahibi olmak istiyor ve doktora müdahale ediyor, işini yapmasına engel oluyor, ben de doktorun kullandığı tıbbi terimleri hasta yakınlarına anlayabileceği şekilde açıklamak böylece doktorun daha rahat ortamda hareket etmesini sağlıyorum.

DG: Gerçekten müdahale etmekten sıkıntı çektikleri kişilere karşı ya güvenlikçiyle ya da görevli personelle bizden “Gelin yardıma ihtiyaç var” diye yardım istiyorlar... biz de öfke patlaması yaşayanları doktorlar hastaya müdahale ederken biz de hasta yakınlarını teskin ediyoruz...Örneğin yakını vefat eden birini yoğunluktan anlıyoruz, hastaneye müdahale eden doktorlardan gerekli bilgiyi alıyoruz doktor neticenin umutsuz olduğunu ya da hastanın ex olduğunu haber verme noktasında bizden hasta yakınlarını bilgilendirmemizi istiyor. Ben de hastanın en yakınına öğrenip ben koluna giriyorum, hayat gibi ölüm de yaşanıyor, bir insan ölmüş olması ile hizmeti bitmiyor, önemli olan sizin bundan sonra yapmanız gereken, daha önemli, kendinizi bırakırsanız olmaz, eğer ölüm olursa dirayetli olun diyoruz ve haberi veriyoruz.

### *Öfke Kontrolünü Sağlama*

Birim çalışanları hasta ve hasta yakınlarında bireysel ve çevresel faktörlerden kaynaklanan öfke seviyelerini asgari düzeye indirmeyi, kaygı seviyelerini düşürmeyi ve hasta yakınlarının stresli olmalarından kaynaklanan gerginliği ve fiziksel şiddeti engellemeyi amaçladıklarını belirtmektedir.

P: Psikolog olarak insanların öfke patlamalarına, kaygı seviyelerini aşağı noktaya çekebilmeyi amaçlıyorum. Bireylerin hayatlarında denge kayb olduğunda acil serviste çalışan bir doktor olduğunuzu varsayarsak bu sizi yorar bizimde bu hayattaki dengeleyememe durumu ve insanların hayatlarındaki dengesizliklerini bir nebze yardım etmek, kısa süreli de olsa onları bu dengesizliğin yol açtığı stresten uzaklaştırmak. Uzun süreli bir tedavi söz konusu değil o ortamda en azından o anlık öfke kontrolünü sağlamak.



H: Hastalarla daha çok acil servis hemşiresi ve doktoru ilgileniyor ben daha çok hasta yakınları ile ilgileniyorum. Bizim kuruluş amacımız da gerilen hasta yakınlarının gerginliğini engellemek ya da aza indirmek. Daha çok tartışmalar ve fiziksel şiddet uygulayan hasta yakınlarını bilgi vererek sakinleştirmeye çalışıyoruz.

DG: Acil servis de olsa hasta yakını doktora hakaret etmez aksine minnet duyar ve kibar, ricacı bir yaklaşım sergiler oysaki bizde kültür değerlerimizi görsellikten öteye götüremediğimizden, öfke patlamaları yaşanıyor. Biz bu nokta da bazı değerleri hatırlatıyoruz ve nefis üzerine otokontrolü hatırlatıyoruz. Merakla bekleme sürecindeki bu stresi asgari düzeye indiriyoruz.

### *Yaşama Sevincini Oluşturma*

Uygulama birimi çalışanları hasta ve hasta yakınlarının özellikle manevi desteğe ihtiyacı olduğunu ve hayat motivasyonlarını hem hasta hem de hasta yakını olmanın verdiği psikoloji ile hem de hastanede olmanın verdiği psikoloji ile kaybettiğini ve birimde çalışanların ise uygun iletişim dili kullanarak tekrar yaşama sevinci kazanmalarını sağladıklarını belirtmektedir. Uygun iletişim dilini seçen birim çalışanları hasta ve hasta yakınlarının yeniden motivasyon kazanarak hayata bağlama amacı gütmektedir.

DG: Bu sadece pilot uygulama yine, görüşme aşamasında olan onkoloji biriminde de görev yapılması yönünde ayarlamalar var, çünkü onların da manevi desteğe ihtiyaçları var. Projenin ikinci esas yönü de yatakta uzun süreli tedavi gören hastalarda psikolojik bıkkınlık, hayattan bezmişlik, bir moral bozukluğu görülüyor, biz bu hastalara hayat motivasyonu sağlamak, hayata kazandırmak, aldığı tedaviye cevap vermesini sağlamak için oluşturulmuş.

P: Örneğin onkoloji bölümünde doktorlara duyulan güvensizlik sonucunda ilaç kullanmayı reddediyor biz bu güveni de sağlamaya çalışıyoruz. Ama moral motivasyonu, yaşama bağlılık motivasyonu sağlayarak psikolojik olarak kendini iyi hissetmesini sağlıyoruz böylece ruhsal olarak iyi olan hastaların fiziksel sağlığı da düzelmiş oluyor.

### *Hatalığın Kabullenilmesi ve Tedaviye Cevap*

Sağlık personelinin çağrısı, hasta veya hasta yakınlarının talebiyle ya da kendileri bire bir giderek görüşen birim çalışanları, projenin amaçları arasında hasta ve hasta yakınlarının var olan hastalığı kabullenmelerini de sağlamak olarak belirterek,

böylece hasta ve hasta yakınlarının hayata daha pozitif bakmalarını sağladıklarını söylemektedir.

H: Psikologlar psikolojik sorunları olan hastalara din adamı da tedaviye cevap vermeyen ve artık tedavinin fayda sağlamayacağı hastalara dini bilgileri ile iletişim kurarak bu hastalığı kabullenmesini sağlıyor. Psikologun ve din görevlisinin onkoloji servisinde yatan hastaları kullandıkları iletişim dili ile ikna ettiklerini gördük, din görevlisi özellikle bu konuda etkili oldu, ölümcül hastaların hastalıklarını kabullenme noktasında etki sağladı, onları sakinleştirdi.

DG: Dini olarak zayıf hastalara ise günlük yaşamdan, kendi yaşamımdan örneklerle onun hastalığı kabullenmesine ve sadece kendinin başına gelmediğini anlatıyoruz.

P: Onkolojideki birçok hasta zaten hastalığını kabullenmiş oluyor, düşününki doktora gidiyorsunuz, doktor sen A kanserisin, B kanserisin diyor, bunu için bir teslimiyet oluşuyor. Bir hafta on gün hasta bir isyan noktasına gelebiliyor, fakat devamında teslimiyet oluşuyor fakat teslimiyet tedavi için yeterli olmuyor. Teslimiyette hasta hastalığını kabul ediyor ama yetersiz olunca yavaş yavaş çöküyor. Bu konuda gerekli terapi konularında destek verdiğimizde moral motivasyonunu yükseltmeye çalışıyoruz bu da olumlu etki gösterebiliyor. ...Sadece iyi bir ameliyat ya da iyi bir tedavi sistemi hastalar iyi olmayabiliyor. Biz onları yönlendiriyoruz.

#### *Hasta Yakınının Ortamını Değiştirme*

Hasta yakınlarının sağlık personeli ile iletişim problemleri yaşamaması için gerginliğin ve sözlü saldırıların başladığı an, birim çalışanları uygun strateji geliştirmektedir. Katılımcılar öncelikle hasta yakınlarının üzücü haberler karşısında kendilerini kaybedip saldırıya geçmesini önlemek amacıyla birim çalışanları öncelikle hasta yakınlarının ortamlarını değiştirdiklerini belirtmektedir.

P: Hasta yakınlarının doktorun kendilerine müdahale etmediğini düşünmesi sonucu taşkınlığını o kişiyi o ortamdan öncelikle uzaklaştırarak, stresli ortamdan alıp farklı bir ortama götürerek stres seviyesini aza indirmeye çalışıyoruz.

DG: İlk başta kendimizi tanıtıyoruz ve pozitif yaklaşımla bir güven sağlıyoruz, “Sen biraz rahatladıktan sonra seninle görüşeceğim” diyoruz...psikolojik destek birimine çağırıyoruz. Biliyorsunuz insanın girdiği ortamında pozitif bir ortam olması gerekiyor ki

konuştuğunuz zamana insanın beynine aksettin, onun psikolojisi de değişsin, içerisinde negatif enerji oluşturması bireyin kendini toplayınca kadar bir enerji tüketiyoruz.

H: Öncelikle hasta yakınına o ortamdaki uzaklaştırıyoruz, kendi psikolojik destek birimine alıyoruz ve onunla sıcak bir iletişim kurarak samimi bir dille bilgi veriyoruz.

### *Bireysel özellikler*

Çalışmada katılımcılar stratejilerini belirlemede hasta ve hasta yakınlarının bireysel özelliklerini tespit ettiklerini belirtmişlerdir. Öncelikle hastaya hizmet vereceklerinde gözlemde bulunarak onunla ilgili bilgi edindiklerini ve ona uygun bir iletişim stratejisi belirlediklerini ifade eden katılımcılar, hasta yakınlarının da yaş, cinsiyet, akrabalık derecesi, kültür ve eğitim seviyesi kadar dini eğilimlerinin de çok önemli olduğunu ifade etmektedir.

P: Diğer taraftan cinsiyet belirleyici, erkekler psikolojik desteğe daha az ihtiyaç duyuyor, erkekler daha benmerkezci ve benim sorunum yoktur diye düşünür ancak bayanlar daha çok bir şeyleri çözmeye istekli, daha uzlaşmacı, bayanlar duygularını açıklamada daha istekli erkekler mantıksal bayanlar duygusaldır o yüzden daha çok geliyor... İnsanların eğitim seviyesini ölçüp o doğrultuda kelimeler seçiyoruz... Her hasta aynı kültür seviyesi ve yetiştirme tarzına sahip değil... Hastaların bireysel faktörleri stratejileri belirlememizde etkili, her hasta aynı kültür seviyesi ve yetiştirme tarzına sahip değil biz de onların hemşire arkadaşımızın bilgi akışını sağlayarak, din görevlisi arkadaşımız manevi duygularına hitap ederek hasta yakının olumsuz algısını değiştirmeye çalışıyor.

DG: İnançlı bir insanın inanç düzeyi ile öfke kontrolü doğru öfke patlaması ters orantılı, inançlı bireylerde teslimiyet fazla olduğundan öfkelerini kontrol edebiliyorlar...Öncelikle gelen yakınların fiziksel görünümü, beden dili kullanımını inceliyoruz, çünkü herkese aynı iletişim dili ile yaklaşamayız...Önce psikologumuz hastaya sorgulayarak, bilimsel olarak içinde bulunduğu durumu ortaya koyuyor ana hatları ile belirliyor ve psikolojik nedenler uç noktalara taşınmış ise ve inanç noktasında eksikleri varsa benim yaklaşımım da göre oluyor...Eğer psikologumuz çözüm yolu bulamayan hastanın örneğin intihar meyilli bir hastanın tanısını koyduğunda benim yapabileceğim bir şey olmuyor ve hastane yönetimini uyarıyoruz.... Dini olarak zayıf hastalara ise günlük yaşamdan, kendi yaşamından örneklerle onun hastalığı kabullenmesine ve sadece kendinin başına

gelmediğini anlatıyoruz. Bayanlar daha çok bize güven duyarken erkekler mesafeli yaklaşıyor ve kadınlardan tedavi ile ilgili daha olumlu cevaplar alıyoruz.

H: Hasta yakınlarının akrabalık derecesi hastanede ortaya çıkan tartışmalarda çok önemli. Hastaya en yakın hasta yakınından başlıyoruz çünkü o en gergin oluyor. Halka uzak akrabalık bağı olanlara doğru genişliyor... Diğer bir yöntem ise hasta yakınları ile empati yapmak. Onlarla empati yaparak ruhsal durumunu anlayıp ona göre yaklaşıyoruz.

Özellikle din görevlisi hasta ve hasta yakınları ile ilk iletişime geçerken kimliklerinin belirleyici olduğunu belirtmektedir. Kurum kimliği olduğunda hasta ve hasta yakınlarının tavırlarının daha farklı olduğunu belirten din görevlisi kullandığı kimliğin güven verdiğini belirtmektedir.

DG: Size işte bir anımı anlatayım, yeni ölmüş bir hasta yakını feryat figanken benim kimliğim boynumda yoktu ve hasta yakınlarını sükûnete davet etmek isterken teslimiyete davet etmek isterken "Sen kim oluyorsun" tepkisi ile yaklaştığımı ancak kimliğimi açıklayınca sakinleştiğini gördüm. İnsanları ilk etapta görsel olarak etkilemeliyiz. Sözümüzü başka nasıl dinletebiliriz.

83

#### *Birim Çalışanlarının İletişim Becerisi*

Hasta ve hasta yakınlarıyla iletişime geçmede sıcak samimi bir dil kullandıklarını vurgulayan hastane psikolojik destek birimi çalışanları hasta ve hasta yakınlarının bireysel farklılıklarını göz ederek, o bireyin söz ve davranışlarının verdiği ipucu ile tespitlerimiz doğrultusunda dini eğilimlerini de göz önüne alarak hastalığı kabullenmelerini, sakinleşmelerine tutum ve davranış değiştirmelerine ikna etmeye çalıştıklarını belirtmektedir.

P: Kişinin stres nedenini, olumsuz düşünce kaynağını teşhis ederek sonrasında onunla samimi sıcak bir dil kullanarak konuşarak, onun bu olumsuz algısını değiştirmeye çalışıyoruz. Hasta ve hasta yakınları ile iletişime geçerek, konuşarak rahatlamasını sağlıyoruz...Bayanlara kullandığımız dil, ses tonu daha sıcakken, erkeklere daha net ve sıkıntıları direk ifade edebiliyoruz, kısaca anlatabiliyoruz ama bayanların incinen yapıları nedeniyle daha fazla süre harcıyoruz. Daha fazla kelime ile incitmeden açıklıyoruz.

DG: İlk etapta beden dili ve görüntü kullanarak iletişime geçiyoruz o güveni verince kişilerin rahatladığını güvenle iyi bir iletişime

geçtiğimizi görüyoruz... Hasta ve hasta yakınları doktorun söyledikleri ile ilgili bilgiler kuşku ve kaygı ile dinleniyor ama ben yumuşak ve sıcak bir üslupla güven verici yaklaştığımda zaten hasta hastalığından dolayı teslimiyeti kabul etmiş durumdayken zaten güven duyuyor. Bir isyan aşamasında olan hastalarda var ve bizim yaklaşımız sıcak, güven verici oluyor, samimi bir iletişim dili kullanıyorum... Ayrıca servislerde gözlemler yapıyoruz ve psikolojik olarak desteğe ihtiyacı olan hasta yakınlarına samimi ve sıcak bir iletişim dili kullanarak hal hatır sorar gibi yaklaşıyoruz. Konuşma sohbet havasında gerçekleşiyor, tabii tesadüfi olarak oradan geçerken birimi görmüş ve içeri girmiş olanlar da var.

H: Öncelikle kullandığımız dil onu o ortamdan uzaklaştırıp kendi psikolojik destek birimine alıyoruz ve onunla sıcak bir iletişim kurarak samimi bir dille bilgi veriyoruz. İletişimle çözüyoruz.

### *Bilgi Alışverişi*

Yapılan görüşmeler sonrasında hastane acil servisi ve diğer sağlık servislerinde bilgi alışverişinin eksik olması, hasta ve hasta yakınlarının öfke patlaması yaşamalarına, zaman zaman saldırgan davranmalarına zaman zaman ise sözlü saldırılar göstermelerine neden olduğunun tespit edilmektedir. Hastane yönetimi ise bir strateji olarak, hastane biriminde oluşturulan psikolojik destek birimi ile bu problem kaynağının ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Çalışmada birim görevlilerinin, özellikle hemşire olarak görev yapan çalışanın bu amaçla orada olduğunun bilincinde olduğu vurgulanmaktadır.

DG: Hasta yakınlarının hastalarını merakla bekleme sürecindeki bu stresi asgari düzeye indirecek bir görevli gerekiyordu. Çünkü insan bilmediği durumlar da strese götürür, gelişmelerde, ne oluyor ne olacak sorusu insanı strese götürür, işte insanın o noktada hemşire devreye girip doktorun aktardığı teknik bilgileri dışarıda bekleyenlerin anlayacağı dille aktarması gerekir.

H: İnsanlar bilmediği şeyden korkar ben orada bilgi sahibi olmasına yardımcı oluyorum. Hasta yakınları hastalarına kötü bir şey olacağından ve doktorun yaptıklarını merak ettiğinden ki bu bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor, merak ve hastayı düşündüğünden onların yanında olmak istediğinden doktora müdahale ediyor...

P: Bazı doktorlar “Bu ilacı kullanmaya devam edeceksin” diyor, hastalık seyriyle ilgili hiç bir bilgi yok, kişi hastalığının ne olduğunu bile çoğu zaman bilmiyor, bizim birim olarak bu hastalığın ne

olduğunu, öğrenebiliyor, bu ilacın ne için kullanıldığını biliyor, otomatik olarak öğrendiği için, bu şekilde de koşullanması daha fazla oluyor. “Bu ilacı ben bunun için kullanıyorum bu rahatsızlığıma iyi gelecek” diye kullandığı için daha fazla etki sağlıyor. Bizim birim zaten doktorlarla hastalar arasında bir köprü.

### *Birimin Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*

Bazı hasta ve hasta yakınlarının ise uygulama biriminin desteğini reddettiğini belirten birim çalışanları, bu tutumda temel nedenin ön yargı olduğunu belirtmektedir. Özellikle din görevlisinin birimde yer almasının onun görevinin kapsamı ve dini eğilimlerin farklı olması nedeniyle ilk başta tepki ile karşılandığını belirtmişlerdir.

H: Din görevlisinin gereksiz olduğu yönünde eleştiri aldık sonra insanlar alıştı ve gerekli olduğunu düşünmeye başladı. Hatta bizim çalışan sağlık görevlilerimiz bile din görevlisinden destek aldıklarını gördük...

P: Dini eğilimin farklılığı ve yönetimin şekli, bu konudaki ön yargıların olması din görevlisine tepkileri ortaya koymaya neden oldu.

Birim çalışanları hizmet verdikleri hasta ve hasta yakınlarının kendilerine hizmet sırasında ya da daha sonradan gelerek uygulamadan memnun olduklarını ifade ettiklerini belirtmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının ilk başta uygulamayı ilginç bulduklarını ancak daha sonradan kendileri gelerek destek istediklerini belirten çalışanlar birimin farkındalık oluşturduktan sonra hasta ve hasta yakınlarının birimin yer aldığı odaya gelerek yardım istediklerini belirtmektedir.

P: Hastalar ilk başta ilginç karşılıyor. Özellikle din görevlisinin olması önce garip karşılandı... Ama örneğin oraya gelip bir bedel ödmeden psikolojik sorunlarını anlatıp destek alabiliyor. Genel kanaat memnuniyet yönünde insanlar konuşarak rahatlayabiliyor....

H: Genelde insanlar bizim çalışmamızdan memnunlar ancak bize dahi güvenmiyorlar ve biz doktorla görüşürüz sen de kimsin diyerek doktorun yanına gidiyorlar. Ancak bizim görevimizin farkında olduklarında kendileri bize geliyor.... Bazı hastalar kendiliğinden geliyor. Mesela bir madde bağımlısının annesi gelip kendi yardım ister. Ya da bizim görevimizi bilen ve bir farkındalık oluşturduğumuz kişiler daha sonra gelip hastalarının sağlık durumu ile ilgili bilgi istiyor.

DG: Tepki çekenler oldu ancak çoğunlukla uygulamadan memnuniyetlerini, uygulamanın geç kalındığını belirtenler var.

Çalışmanın eksenel kodlama aşamasında açık kodlamada elde edilen alt kategoriler tekrar ele alınmıştır. Alt kategorilerden ortak özelliklere sahip olanların bir üst kategoride tekrar birleştirilmesi sonucunda çalışmanın temel sorularına cevap verebilecek dört ana konu elde edilmiştir. Elde edilen üst ve alt kategoriler Tablo-1’de gösterilmektedir.

**Tablo-1: Eksenel Kodlamanın Alt ve Üst kategorileri**

Problemlerin Sebepleri	Amaçlar	Çözüm Stratejileri	Birim Hizmetlerini Değerlendirilmesi
İçsel Faktörler	<i>Bilgi Verme</i>	Ortam değiştirme	Tepki göstermek
Korku ve Endişe Merak ve <i>Bilgi</i> <i>Öğrenme İsteği</i> İlgi İhtiyacı Güvensizlik Önyargı	Kurum İmajı Oluşturma Uygun Çalışma Düzeni Oluşturma Öfke Kontrolünü Sağlama Yaşama Sevincini Oluşturma Hatalığın Kabul edilmesi ve Tedaviye Cevap	Bireysel Özellikler İletişim Becerisi <i>Bilgi Alışverişi</i>	Önyargının ortadan kalkması Kendiliğinden yardım isteme Memnuniyet
Çevresel Faktörler			
Güvenlik Personeli Kalabalık Hasta Yakını Bekleme Süresi			

#### 4.1. Yaşanan Problemlerin Sebepleri

Hastane çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında çıkan problemler birçok çalışmada sağlık iletişimi konusu dâhilinde incelenmekte ve farklı öneriler getirilmektedir (Gülmez, 2005:166; Sezgin, 2011: 91). Çalışmada hastanede sağlık iletişiminde ortaya çıkan problemlerin sebepleri açık kodlamada elde edilen temalar incelenerek ortaya konulmuştur. Bu aşamada sebepleri oluşturan temaların iki kategori altında toplandığı görülmektedir. Bu kategorilerden ilki korku ve endişe, merak, bilgi öğrenme isteği, ilgi ihtiyacı, güvensizlik ve ön yargıdan oluşmaktadır. Bu temalar birleştirilerek içsel faktörler üst kategorisinde bir araya getirilmiştir.

Katılımcıların ifadelerine göre korku ve endişe hastalarda ve hasta yakınlarında yaşamı kaybetme ve ne olacak kaygısından kaynaklı bir durumdur. Hasta yakınlarında hastaya yapılan müdahalenin geciktiğini düşünmeleri, onlardaki korku ve endişenin kaynağı olarak görülmüştür. Ayrıca tedavisi yoğun ve uzun süren bazı hastalıklar da korku ve endişeye neden olmaktadır. Hastaya yapılan müdahalenin içeriği, hastanın

durumu ve hastayı düşünme ve aldıkları bilginin terminolojik olarak onların dünyasında karmaşık gelmesi hasta yakınlarında merak ve buna bağlı olarak bilgi öğrenme isteğini ortaya çıkarmaktadır. İstedığı bilgiyi öğrenemediğini düşünen ve artan merak düzeyi hasta yakınlarının sağlık personeline müdahalesiyle sonuçlanabilmektedir. Psikolog bireylerin içsel ihtiyaçlarından olan sevgi ve ilginin hastaların sağlık personelinden beklenti düzeylerini belirleyen bir faktör olduğunu ve gerçek hayatla bu beklenti düzeyleri arasında ortaya çıkan farkın problemlerin kaynağı olduğunu ifade etmektedir. Burada görülen ilgi ihtiyacı teması, içsel faktörler kategorisi altına eklenmiştir. Güven bireylerin sosyal ilişkilerinin başlamasında ve sürdürülebilir olmasında önemli bir olgudur. Yanlış bir uygulama yapılması, araştırma hastanesi olması dolayısıyla öğrenciler tarafından müdahale edilebileceği ve yetersiz uzmanlık gibi bazı fikirlere sahip hasta yakınlarının güvensizlik içine düştükleri, ayrıca bazı hastaların da kullanılan tedavileri duydukları güvensizlikten geri çevirdikleri problemlere müdahale eden birim personeline belirtilen bir konudur. Sağlık personelinin yeterince çalışmadığı, bazı hastalara öncelik verdiği ve kendi hastasıyla ilgilenilmeyeceği gibi önyargılar da problem sebebi olarak görülmektedir.

Ortaya çıkan problemlerin sebeplerini oluşturan ikinci kategori ise güvenlik personeli, hasta yakınlarının kalabalık olması ve bekleme sürelerinden oluşan çevresel faktörler olarak gruplandırılmıştır.

Katılımcıların ifadelerine göre bu tema bekleme süresi, hastane yönetim sisteminin bir parçası olan güvenlik personeli ve hasta yakınlarının sayıca fazla olarak hastane ortamında bulunmalarıdır. Sağlığıyla ilgili şikâyetlerine çözüm bulmak için hastanenin ilgili bölümlerine müracaat eden hastalar doktorla bir araya gelme öncesinde, gerekli tetkiklerin yapılması, rahatsızlığın teşhisi ve tedavi aşamalarında geçen bekleme süresinin uzunluğunun kaygı düzeylerini arttırdığı ve bunun da gerginliğe neden olduğu katılımcılar tarafından belirtilmektedir. Ayrıca hastanede yatarak tedavi görme ve acil serviste müdahale süresinin uzaması hasta yakınlarıyla yaşanan problemlerin altında yatan neden olarak ele alınmıştır.

Hasta yakınları güvenlik personelinin hasta ile aralarındaki iletişimi koparan bir duvara benzettikleridir. Kalabalık bir hasta yakını kitlesi ise sağlık personelinin istemediği bir durum olarak değerlendirildiğinde, güvenlik personeline yapılan bir



müdahale hasta yakınlarınca tepkiyle karşılanabilmektedir. Bu karmaşık durum içerisinde hasta ve yakınlarını kontrol altına almak için yapılan diğer iletişim girişimleri de ret edilebilmektedir.

#### 4.2. Önerilen Modelin Uygulama Amacı

Katılımcıların görüşleri sonucunda elde edilen verilerin analizi neticesinde modelin amaçları ortaya konulmuştur. Amaçlar incelendiğinde karşımıza hastanenin toplumdaki imajının olumlu yönde algılanmasını sağlamaya yönelik faaliyetleri gerçekleştirmek, bilgi vermek, verilen sağlık hizmetleri için uygun çalışma düzeninin oluşumuna katkı sağlamak, hasta ve hasta yakınlarında görülen öfkenin kontrol altına alınması, hastalarda yaşama sevincinin oluşturulması ve hastalığın kabullenilerek tedaviye cevap alınabilmeyi sağlamak gibi maddeler karşımıza çıkmaktadır.

Birim farklı mesleklere sahip personelden oluşmaktadır. Yine de modele ait amaçlarda genel bir benzerlik olduğu söylenebilmektedir. İlgilenilmeme gibi olumsuz algılara sahip hasta yakınlarının doktora müdahale ederek işini yapamamasına neden olduğu görülmektedir. Katılımcılardan psikolog iletişimi olumsuz algıları değiştirmede bir araç olarak görmektedir. Hemşire ise karmaşık tıbbi terimleri anlamayan ve bu sebepten dolayı sağlık personeline müdahale eden hasta yakınlarına anlayabilecekleri şekilde bilgi vererek iletişimi bilgi aktarma yöntemi olarak görmektedir. Her üç personelin de ortak amacı sağlık personeline uygun çalışma ortamını yaratabilmektir. Bazı durumlarda hasta ve hasta yakınlarında gerginlik, öfke patlamaları ve tartışma gibi davranışlar daha da ötesi fiziksel şiddet girişimleri ortaya çıkabildiği ve katılımcıların da her birinin kendi uzmanlık alanları dâhilinde ortaya çıkan bu durumları kontrol etmeyi amaçladıkları açık kodlamada verilmiştir. Psikolog uzun süreli bir tedavi yaklaşımı içerisinde olmasa da anlık; hemşire gerginliği engellemek ya da aza indirmek için bilgi vererek; din görevlisi ise bazı değerlerin hastalara hatırlatılmasıyla öfke kontrolünü sağlamayı amaçladıklarını belirtmektedirler. Yaşama bağlılık hastaların iyileşmesinde önemli bir faktördür. Katılımcılar uzun süre tedavi gören veya kanser teşhisi konulmuş hastalarda bıkkınlık, yaşama bağlılıklarını kaybetme, moral bozukluğu, hastalığı kabullenmeme ve tedaviyi reddetme gibi davranış ve tutumlar gözlemlenmiştir. Hastalığı kabullenme yani

hasta uyumu da tedaviye cevap alınabilmesi için önemli bir etken olarak değerlendirildiği ve birimin çalışma amaçları içine dâhil edildiği görülmektedir.

### **4.3. Sağlık İletişiminde Önerilen Modelin Stratejisi**

Sağlık iletişimde, hastane acil servis ve diğer birimlerde ortaya çıkabilecek problemler karşısında sağlık çalışanları bir takım stratejiler geliştirmektedir. Her çalışan, psikolog, din görevlisi ve hemşire kendi alanlarına giren konularda hasta ve hasta yakınları ile iletişime geçerek, söz konusu gergin ortamın oluşmasına engel olmaktadır. Eksenel kodlama aşamasında katılımcıların stratejilerine yönelik kategori altında açık kodlama aşamasında temellendirilen ortam değiştirme, bireysel farklılıkları tespit etme, personele ait kurum kimliği, sözlü iletişim becerisi ve bilgi alışverişi alt başlıkları ortaya çıkartılmıştır. Birimde görevli üç personel de bir problem anında hasta yakınlarının bulunulan yani stresli ortamdan farklı bir ortama yönlendirilmesinin öncelikleri arasında olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hasta yakınlarının uyumlu tutum ve davranışları hastalara da yansımakta, ortam değişikliği de bunu sağlamaktadır.

Bireysel özellikler alt kategorisinde cinsiyet ilk belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların problem çözmeye daha istekli ve uzlaşmacı bir tutum içerisinde olmalarına karşılık erkekler ise problemi kabullenmemektedirler. Bu durumda kadınların problemlere çözüm aşamasında erkeklere nispeten daha çok güvenle yaklaştıkları ortaya çıkmaktadır. Eğitim ise kullanılacak terminoloji, kelime ve cümleler için önemli bir etken olarak görülmektedir. İnanç bazı değerlerin kolayca hatırlanabilmesini sağlama açısından hasta ve hasta yakınlarının kendilerini kontrol altında tutarak uyum içerisinde sağlık personeli ile olan ilişkilerini sürdürmelerinde önemli bir başka konu olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarındaki kültürel ve yetiştirilme tarzıyla ilgili farklılıkların hastane veya sağlık personeli hakkındaki olumsuz algıların değiştirilmesinde önemli bir rol oynadığı söylenebilmektedir.

Hastaya bağ gücü yüksek hasta yakını ile yapılan iletişim sonucu o kişinin kaygılı davranışlarındaki azalmanın hastayı da etkilemesinden dolayı hasta yakınları arasındaki yakınlık derecesi de tutum ve davranışların değiştirilmesi aşamasında belirlenmesi gereken bir özelliktir. Personelin bazı emareler ile kurum personeli

olduğunu belirten davranışları da hasta ve hasta yakınlarındaki güveni artırmaktadır. Sözlü iletişim becerisi alt kategorisi altında katılımcılar iletişimlerini samimi, sıcak, net, kısa, incitmeden, güven verici, yumuşak, hal hatır sorar gibi sohbet havasında gibi olgularla nitelendirmişlerdir. Yine cinsiyet bu dilin seçiminde belirleyici görüldüğünden kadınlarda daha sıcak bir ses tonu ve daha uzun açıklamalar yapılırken; erkeklerde ise net, kısa ve olumsuzluklar daha iyi ifade edilebilmektedir. İsyankâr bir davranış biçimi sergileyen bireylerde sıcak, samimi ve güven verici iletişim kullanırlarken, psikolojik olarak desteğe ihtiyacı olan hastalarda ise samimi, sıcak ve hal hatır sorar gibi bir sohbet yaklaşımlar arasındadır. Her bir katılımcı kullanılan iletişim dilinde bu özelliklerin içermesinin stratejileri içerisinde bulunduğunu belirtmişlerdir. Bilgi alışverişi, hastanede yaşanan öfke patlaması, saldırgan davranışlar ve sözlü saldırılar gibi problemlerin sebeplerinden biri olarak görülen merak ve bilgi öğrenme isteği maddeleriyle ilişkilidir.

Bu aşamada güvenlik görevlileri bu faaliyeti engelleyen bir duvar olarak nitelendirilmektedir. Bu aşamada birimin bilgi alışverişi sağlayarak bireylerin hastalarına yönelik kaygılarını azaltarak onları bir sonraki duruma hazırladıkları görülmektedir.

## SONUÇ

İletişim bireyin paydaşı olduğu birçok deneyimin içerisindeyken, konu bireyin var oluşunun temeli olan sağlık olduğunda daha da önemli bir yerde konumlandırılmaktadır. İletişimin sağlık ile olan ortaklığı karşımıza sağlık iletişimi kavramı olarak çıkmakta ve sağlık iletişiminin düzeyleri de bireyler arasından topluma kadar ve hatta kullanılan araçlara kadar değişmektedir.

Bu çalışmada da sağlık iletişiminin düzeylerinden birisi olan sağlık personeli-hasta ve sağlık personeli-hasta yakını arasındaki iletişim konusu temellendirilmiş kuram yaklaşımı içerisinde değerlendirilmiştir. Çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde “Karşılaşılan problemlerin sebepleri nelerdir?” sorusuna cevap problemlerin bireysel nedenlerinin yanı sıra hastane ortamındaki çevre koşullarından da kaynaklandığı görülmektedir. Hasta ve hasta yakını çok sık bulunmadığı hastane ortamına yönelik içsel dünyalarında geliştirdikleri tutumlar medikal uygulamaların aşamalarında ortaya çıkan iletişimin aksamasına neden olmaktadır. Bu kavramlar

koru, endişe, merak, bilgi öğrenme isteği, ilgi ihtiyacı, güven ve önyargı olarak tanımlanmakta ve bunların çevresel faktörlerle birleşmesi sağlık hizmeti veren kurumlar için istenilmeyen sonuçları oluşturmaktadır. Hastane ortamında sağlık iletişimini engelleyen çevresel faktörler ise güvenlik personelinin uygulamaları, bekleme süreleri ve kalabalık hasta yakınlarıdır. Burada güvenlik personelinin hasta ve hasta yakını arasındaki iletişimi engelleyen bir unsur olarak görülmekte ve duvar kavramı ile metaforlaştırılmaktadır. Problemlerin ortaya çıkmasındaki bir diğer unsur ise teşhis ve tedaviye karar verme aşamasında bekleme süreleridir. Hastalar tedavileri için gereken aşamaların tamamlanmasını beklerken kaygı düzeyleri de artmaktadır. Ayrıca kalabalık hasta yakınları da hastanın ve kendilerinin içsel dünyalarında yaşadıkları olumsuzluklara bekleme sürelerinden kaynaklanan kaygıları da eklemeleri sonucunda sağlık personeline müdahale ettikleri görülmektedir. Bunun sonucunda da sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için gerekli çalışma koşulları bozulabilmektedir.

Problemler doğrultusunda oluşturulan birimin amaçları incelendiğinde, bazılarının, bilgi vermek, öfke kontrolünü sağlamak, yaşama sevincini oluşturmak, hastalığın kabullenilmesi ve tedaviye cevap verilmesi gibi hasta ve hasta yakınları ilişkilendirilirken bazıları, olumlu yönde kurum imajı sağlamak ve bunun devamı, hastanede uygun çalışma düzenini sağlama ve devam ettirmek gibi hastaneyle ilişkilendirilmektedir.

Önerilen modelde, söz konusu amaçlara yönelik hemşire, din görevlisi ve psikologun kendi mesleki ve günlük yaşam deneyimlerinden yola çıkarak belirledikleri stratejiler ortaya konmaktadır. Çalışanlar hasta yakınlarının ortamını değiştirmekte, onların bireysel özelliklerini göz önünde bulundurmakta, uygun iletişim dili belirlemekte ve bilgi alışverişini sağlamaktadırlar. Birim çalışanları öfke kontrolünü sağlamak, uygun çalışma düzeni oluşturmak amacıyla hasta ve hasta yakınlarını farklı bir ortama taşımaktadır. Diğer taraftan hasta ve hasta yakınlarının bireysel özelliklerini belirleyerek bu belirlenen özellikler doğrultusunda uygun iletişim dili seçmektedir. Problemlerin kaynağında yer alan bilgi edinme isteğinin, birim çalışanlarının amaçları içinde bilgi verme olarak karşımıza çıkmakta ve son olarak birim çalışanlarının stratejisi olarak bilgi alışverişi şeklinde yer aldığı görülmektedir. Problemlerin kaynağında, amaçlarda ve stratejilerde karşılaşılan çekirdek kod "bilgi"dir. Modelde problem kaynağı olarak "bilgi edinme isteği",

birimin amacı olarak "bilgi verme" ve stratejide ise "bilgi alışverişi" olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ortaya konan model doğrultusunda, hasta ve hasta yakınları hastalıkları ile ilgili bilgi edinmekte, gerektiğinde onların öfke kontrolleri sağlanmakta, yaşam sevinçleri oluşmakta, hastalığı kabullenerek tedaviye cevap verilebilmektedir. Böylece hasta yakınlarında yer eden ön yargılar ortadan kalkmakta, memnuniyet oluşmakta ve bazı durumlarda da hasta ve hasta yakınları birimin hizmetlerinden faydalanmak için kendi istekleri ile çalışanlardan destek talep etmektedir. Diğer yandan hastanede uygun çalışma düzeni oluşturulmasının yanı sıra olumlu kurum imajına katkı sağlanmaktadır.

### KAYNAKÇA

- Anker, A. E., Reinhart, A.M., Feeley, T. H. (2011). Health Information Seeking: A Review of Measures and Methods. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 346-354.
- Berry, D. (2006). *Health Communication: Theory and Practice*. Buckingham, GBR: Open University Press.
- Corcoran N. (Ed.). (2007). *Communicating Health: Strategies for Health Promotion*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W. (2015). *Nitel Araştırma Yöntemleri Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. Bütün, M., Demir, S. B. (Çev). Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Davis S, Kristjanson L.J, Blight J. (2003). Communicating with Families of Patients in an Acute Hospital With Advanced Cancer. *Cancer Nurs*, 26, 337-345.
- Donovan-Kicken, E., Tollison, A. C., Goins, E. S. (2011). A Grounded Theory of Control Over Communication Among Individuals with Cancer. *Journal of Applied Communication Research*, 39(3), 310-330.
- Dutta-Bergman, M. J. (2005). The Relation Between Health-Orientation, Provider-Patient Communication, and Satisfaction: An Individual-Difference Approach. *Health Communication*, 18(3), 291-303.
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1992). Four Models of The Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226.

- Epstein R.M, Street R.L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. Bethesda (MD): National Cancer Institute.
- Gülmez, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2), 147-169.
- Hannawa, A. F., García-Jiménez, L., Candrian, C., Rossmann, C., Schulz, P. J. (2015). Identifying the field of health communication. *Journal of Health Communication*, 20(5), 521-530.
- Henderson, J. K. (2005). Evaluating Public Relations Effectiveness In A Health Care Setting: The Identification of Communication Assets and Liabilities Via a Communications Audit. *Journal of Health and Human Services Administration*, 28(1/2), 282-321.
- Johnson, J. D. (2014). Health Information Seeking Behaviors Have Technological Advances Changed Health Information Seeking for Patients and Providers?. Huber, J. T., Swogger, S. (Ed.). Chicago, IL, USA: American Library Association, 3-23.
- Kasapoğlu, A. (2015). *Özne Hayatı Konuşunca Sosyolojide Temellendirilmiş Kuram İncelemeleri*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- King A, Hoppe R.B. (2013). Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385-393.
- Koçak, A., Bulduklı, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- Levinson, W., Lesser, C. S., Epstein, R. M. (2010). Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Affairs*, 29(7), 1310-1318.
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P., Kershaw, T. (2013). Randomized Clinical Trial of A Brief And Extensive Dyadic Intervention For Advanced Cancer Patients and Their Family Caregivers. *Psycho-oncology*, 22(3), 555-563.
- Okay, A. (2007). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: MediaCat Yayınları.
- Parrott, R. (2004). Emphasizing Communication in Health Communication, *Journal of Communication*, 54 (4), 751-787.

- Rogers, E. M. (1996). The of Health Communication Today: An Up-To-Date Report. *Journal of Health Communication*, 1, 15– 23.
- Rowland-Morin P.A., Carroll J.G. (1990). Verbal Communication Skills and Patient Satisfaction: A Study Of Doctor-Patient Interviews. *Eval Health Prof.*,13(2),168–185.
- Rusinova, K., Simek, J. (2013). Why Are They All So Keen On Communication? *Critical Care Medicine*, 41(10), 2435-2436.
- Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice* (2nd ed.). Hoboken: Jossey-Bass.
- Sezgin, D. (2015). Cumhuriyet Dönemi Sağlık İletişimi Uygulamalarında İlkler: Türkiye'de Sıtma İle Mücadele. *Akademik Bakış Dergisi*, 50, 33-47.
- Sezgin, D. (2011). Tıbbileştirilen Yaşam, Bireyselleştirilen Sağlık. İstanbul: Ayrıntı.
- Shaw, D. J., Davidson, J. E., Smilde, R. I., Sondoozi, T., Agan, D. (2013). Multidisciplinary Team Training To Enhance Family Communication İn The ICU. *Critical Care Medicine*, 42(2), 265-271.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., Till, J. (1991). Doctor-Patient Communication: The Toronto Consensus Statement. *British Medical Journal*, 303(6814), 1385-1387.
- Strauss, A., Corbin J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory, Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Strauss A., Corbin J. (1998). *Basics Of Qualitative Research Techniques and Procedures For Developing Grounded Theory*. Second edition Thousand Oaks: Sage Publications.
- Warrillow, S., Farley K.J, Jones D. (2015). Ten Practical Strategies For Effective Communication With Relatives Of ICU Patients. *Intensive Care Med*, 41(12), 2173-2176.
- Zolnierek K.B.H, DiMatteo M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Med Care*, 47(8), 826–834.