

Birinci basamak sağlık tesislerinde hasta ve sağlık personeli arasındaki sağlık iletişim sorunlarının incelenmesi: Amasya örneği

Investigation health communication problems between patients and healthcare personnel in primary healthcare facilities: The case of Amasya

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimde karşılaşılan sorunların ve iletişimin alt boyutları olan etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engellerinin analiz edilmesidir. Bu sorunların, çeşitli demografik ve klinik değişkenlerle; cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, meslek durumu, kronik hastalık varlığı ve hastaneye başvuru sıklığı ile olan ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntemler: Araştırma, tanımlayıcı ve ilişkisel bir tasarımıyla, 18 Şubat 2024-18 Nisan 2024 tarihleri arasında Amasya ili merkez aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, 18-70 yaş aralığında olan, poliklinik hizmeti alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 235 hasta katılmıştır. Veriler, Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği aracılığıyla toplanmış ve istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Kadın katılımcılar, etkili iletişim (ortalama $1,76 \pm 0,76$) ve sosyal iletişim (ortalama $7,7 \pm 2,8$) alt boyutlarında erkeklere kıyasla daha fazla sorun yaşamıştır. Genç bireyler (18-30 yaş) özellikle etkili iletişim alanında (ortalama $1,81 \pm 0,19$) daha yüksek sorun algısı ifade ederken, daha yaşlı bireyler (46-70 yaş) ise sorun bildirimlerini daha düşük düzeyde rapor etmiştir (ortalama $13,58 \pm 5,76$). Kronik hastalığı olan bireyler, etkili iletişim (ortalama $13,57 \pm 5,05$) ve sosyal iletişim (ortalama $6,83 \pm 3,3$) alanlarında daha düşük puan almış ve bu grupta empati ile bilgilendirme beklentisinin arttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca, hastaneye sık başvuran bireyler, iletişim engelleri alanında daha düşük puanlar almış ve iletişim sorunlarını daha yoğun hissettiklerini belirtmişlerdir. En önemli iletişim engeli doktorların aceleci davranması olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Hasta-hekim iletişiminde cinsiyet, yaş, kronik hastalık durumu ve başvuru sıklığı gibi bireysel farklılıkların dikkate alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu çalışmanın bulguları, aile hekimliği uygulamalarında iletişim eksikliklerinin büyük ölçüde sağlık profesyonellerinin zaman baskısı ve iş yükünden kaynaklandığını göstermektedir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Birinci basamak hekimleri; empati; iletişim engelleri; sağlık okuryazarlığı

Abstract

Aim: The objective of this study was to analyse the issues encountered in communication between patients and health personnel in primary health care services, and the sub-dimensions of effective communication, social communication and communication barriers. The study evaluated the relationship between these issues and various demographic and clinical variables, including gender, age, education level, occupational status, presence of chronic disease and frequency of hospital admission.

Methods: The present study was conducted from 18 February 2024 to 18 April 2024 in the central family health centres of Amasya province. The study employed a descriptive and correlational design, and a total of 235 patients between the ages of 18 and 70 who received outpatient clinic services and agreed to participate in the study were included in the analysis. Data were collected using the Health Communication Problems Scale, and statistical analyses were performed.

Results: Female participants reported a higher prevalence of issues in the sub-dimensions of effective communication (mean 1.76 ± 0.76) and social communication (mean 7.7 ± 2.8) in comparison to their male counterparts. Younger individuals (18-30 years) reported higher levels of perceived problems, especially in the domain of effective communication (mean 1.81 ± 0.19), while older individuals (46-70 years) reported lower levels of problems (mean 13.58 ± 5.76). Individuals afflicted with chronic diseases exhibited lower mean scores in the domains of effective communication (13.57 ± 5.05) and social communication (6.83 ± 3.3). It was observed that the expectation of empathy and information increased in this demographic. Furthermore, individuals who frequently visited the hospital received lower scores in the domain of communication barriers and reported experiencing communication problems more acutely. The most significant communication barrier identified was the hurried behaviour of doctors.

Conclusion: It is acknowledged that individual differences, including gender, age, chronic disease status and frequency of application, should be considered during patient-physician communication. The findings of this study demonstrate that communication deficiencies in family medicine practices are predominantly attributable to time constraints and workload demands on health professionals. This situation underscores the necessity for training programmes aimed at enhancing communication skills in primary health care services.

Keywords: Communication barriers; empathy; health literacy; primary care physicians

Aksanur Gökçe¹

¹ Amasya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Geliş/Received : 05.12.2024

Kabul/Accepted: 16.05.2025

DOI: 10.21673/anadoluklin.1596859

Yazışma yazarı/Corresponding author

Aksanur Gökçe

Amasya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Amasya, Türkiye
E-posta: aksanurgokce@gmail.com

ORCID

Aksanur Gökçe: 0000-0001-8547-6523

GİRİŞ

Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık bulunmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (1). Bu tanımın uygulamaya geçirilmesi ise, sağlık hizmetlerinin her aşamasında etkin bir iletişim kurulması ile mümkün olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, topluma en yakın sağlık hizmeti sunum alanı olarak öne çıkmakta ve bu hizmetlerin temel bileşenini aile hekimliği uygulamaları oluşturmaktadır (2). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastalar; iletişimi, ortak karar almayı ve sağlık eğitimi unsurlarını içeren hasta merkezli bir yaklaşımı güçlü biçimde tercih etmektedir. Bu süreç neticesinde bilgi paylaşımı, güçlendirici ve şefkatli bir bakım sunumu, hasta gereksinimlerine duyarlılık ve sağlam bir hasta-hekim ilişkisi kurulması ile, karar süreçleri daha etkili hale gelmektedir (3). Araştırmalar, etkili iletişimin hasta güvenini artırdığını, tedaviye uyumu desteklediğini ve sağlık çıktıları üzerinde doğrudan olumlu etkilere yol açtığını ortaya koymaktadır (4,5). Bununla birlikte, iletişim eksikliklerinin tedavi süreçlerini sekteye uğrattığı ve hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği de bilinmektedir (6).

Birincil basamak sağlık hizmeti sunumunu etkileyen unsurlar; hasta-sağlık çalışanı ilişkisi, iletişim, bakıma erişim, ekip çalışması, bakımın organizasyonu ve sürekliliği, saygı, hasta özellikleri, güvenlik kültürü, bilgi paylaşımı ve ilaç tedavisine uyumdur (7). Sağlık iletişiminde bireysel faktörler (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi) ve sistemik unsurlar (iş yükü, zaman kısıtlamaları) önemli bir rol oynamaktadır (8,9). Kronik hastalığı bulunan bireylerin sürekli sağlık takibi gerektiren durumları, sağlık profesyonelleriyle daha fazla iletişim ihtiyacı doğurmakta ve iletişim süreçlerindeki eksiklikleri daha belirgin hale getirebilmektedir (10).

Türkiye’de sağlık sisteminde hasta-hekim iletişiminde yaşanan sorunlar üzerine yapılan çalışmalar, etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesinin hem sağlık profesyonellerinin iş tatminini artırdığını hem de hasta güvenini pekiştirdiğini göstermektedir (11,12). Ancak, bu konuda bölgesel farklılıkların etkilerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinin yerel bağlamlarda değerlendirilmesi, iletişim süreçlerindeki iyileştirme alanlarını daha net bir şekilde ortaya koyabileceklerdir.

Bu çalışma, Amasya ilindeki birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta-hekim iletişiminde karşılaşılan sorunların analizi ve bu sorunların cinsiyet, yaş, meslek, eğitim seviyesi, kronik hastalık durumu ve hastaneye başvuru sıklığı gibi demografik ve klinik faktörlerle olan ilişkilerinin değerlendirilmesi amacı taşımaktadır. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği’nin kullanımı ile iletişim alt boyutlarının demografik ve klinik faktörler açısından incelenmesi sağlanmış olup, bu yönüyle literatüre katkıda bulunmaktadır.

GEREÇLER VE YÖNTEMLER

Araştırma Tasarımı ve Katılımcılar

Araştırma, Amasya merkez aile sağlığı merkezlerinde 18 Şubat 2024 ile 18 Nisan 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya, poliklinik hizmetlerinden yararlanmak amacıyla başvuran, 18-70 yaş arasındaki toplam 235 hasta dâhil edilmiştir. Çalışma, kesitsel gözlemsel bir tasarıma sahip olup alfa hata payı: 0,05, güç: 0,80 ve etki büyüklüğü Cohen sınıflamasına göre büyük etki büyüklüğü olarak 0,80 kabul edilmiştir; bu doğrultuda örneklem büyüklüğü 128 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya; 18 yaş ve üzeri, son 1 yıl içerisinde sağlık hizmeti başvurusunda bulunan ve anket formunun eksiksiz bir biçimde doldurulmasını kabul ederek gönüllü olan katılımcılar dâhil edilmiştir. Psikiyatrik veya bilişsel rahatsızlıklar nedeniyle anket sorularını anlama veya yanıtlama gücü çeken bireyler, araştırma sonuçlarının doğruluğunu ve geçerliliğini etkileyebileceği için çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Hipotezler; demografik faktörler (cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi) sağlık iletişimi sorunlarının algılanmasında anlamlı farklılıklara yol açmaktadır. Kronik hastalık varlığı, sağlık iletişimi çerçevesinde daha fazla sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Hastaneye sık başvuran bireyler, iletişim sorunlarını daha yoğun bir şekilde algılamaktadır.

Birincil çıktılar: Hasta-hekim iletişiminin demografik (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi) ve klinik (kronik hastalık durumu, hastaneye başvuru sıklığı gibi) faktörlere göre farklılıklarını değerlendirmek.

İkincil çıktılar: Sağlık iletişiminde etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engelleri alt boyutlarının tanımlanması ve bu boyutlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Ayrıca, hasta-hekim iletişiminde cinsiyet, yaş

grupları, eğitim düzeyi ve sağlık hizmeti kullanım sıklığının etkilerinin analiz edilerek sağlık profesyonelleri için iyileştirme önerilerinin geliştirilmesi.

Veri toplama araçları

Veriler, Yeşildal ve arkadaşları (2021) tarafından geliştirilen “Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği” (SİSÖ) kullanılarak toplanmıştır. Bu ölçek, etkili iletişim, sosyal iletişim ve iletişim engelleri olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Toplamda 13 madde içeren ölçek, 5’li Likert tipi değerlendirme ile yapılandırılmıştır (1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum). Ölçekte ters kodlanan maddeler (1, 2, 4, 5 ve 7. ifadeler) analiz öncesinde yeniden düzenlenmiştir.

Bu ölçekten alınabilecek toplam puan 13 ile 65 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha fazla iletişim sorunu algısını ifade etmektedir. Etkili iletişim alt boyutunda 6 madde bulunmaktadır. Sağlık personelinin hastayı sabırla dinlemesi, göz teması kurması, üslubu, hastaya önem vermesi gibi iletişim soruları yer almaktadır. En düşük 6, en yüksek 30 puan olarak puanlanmaktadır. Sosyal iletişim alt boyutunda 3 madde bulunmaktadır. Hastanın kendi ruhsal durumuyla ilgili sorular yer almaktadır. En düşük 3, en yüksek 15 puan olarak puanlanmaktadır. İletişim engelleri alt boyutunda 4 madde bulunmaktadır. Sağlık personelinin iletişim kurmaması, aceleci davranması, tıbbi terimleri çok kullanmasıyla ilgili sorular yer almaktadır. En düşük 4, en yüksek 20 puan olarak puanlanabilmektedir. Ölçeğin önceki çalışmalarda Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır (13).

Etik onay ve uygulama

Bu çalışma, Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (tarih: 12.07.2024, karar no: 2024/37). Araştırmaya katılan tüm bireylere çalışmanın amacı açıkça belirtilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel analiz

Bu araştırmanın evrenini, Amasya ilinde aile sağlığı merkezlerinde poliklinik hizmeti almış 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında hedeflenen hasta sayısına ulaşmak üzere 200 hasta hedeflenmiş ve toplamda 235 hasta kaydedilmiştir. Toplanan verilerin normallik analizi Kolmogorov-Smirnov Testi

ile gerçekleştirilmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma, yüzde ve frekans ile ifade edilmiştir. Değişkenler arasındaki farkları değerlendirmek amacıyla bağımsız gruplar arasında T-testi ve çoklu grup karşılaştırmalarında ANOVA testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için ise SPSS (Statistical Package for the Social Sciences software for Windows, version 25.0, IBM, Chicago, IL, USA) programı kullanıldı.

Araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekteki çalışmalar

Bu çalışma, yalnızca Amasya ilinde sınırlı bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sonuçların genellenebilirliği sınırlı olup, kesitsel tasarım nedeniyle nedensel ilişki kurma imkanı bulunmamaktadır. Gelecekte, farklı bölgelerde ve uzunlamasına tasarımlara dayalı çalışmalar, sağlık iletişimindeki sorunların daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesine olanak tanıyabilir.

BULGULAR

Bu çalışmada, Amasya ilindeki sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişim süreçleri değerlendirilmiş ve demografik ve klinik faktörlerin iletişim üzerindeki etkileri analiz edilmiştir. Çalışmamızda Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de sunulmuştur. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler ise ilişkin bulgular Tablo 2’de verilmiştir. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği’nden elde edilen genel toplam puanlar, sağlık hizmetlerinde iletişim kalitesinin yeterli algılandığını ortaya koymaktadır (Tablo 2). Bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği (SİSÖ) toplam puanı $32,74 \pm 8,60$ olarak ölçülmüştür. Alt boyutlar arasında en yüksek puan, etkili iletişim ($14,5 \pm 4,9$) alt boyuttan alınırken, sosyal iletişim ($7,11 \pm 2,85$) ve iletişim engelleri ($7,11 \pm 2,85$) alt boyutlarının puanları eşittir. Sağlık profesyonellerinin, hastaları sabırla dinleme ($2,36 \pm 1,10$) ve şikayetlerine önem verme ($2,14 \pm 1,14$) konularında yüksek puanlar aldığı görülmüştür.

Cinsiyet faktörünün sağlık iletişimi üzerindeki etkisi belirgin olup, kadın katılımcıların ölçek toplam

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	190	19,1
Erkek	45	80,9
Yaş		
18-30	123	52,3
31-45	52	22,1
46-70	60	25,5
Meslek		
Memur	28	11,9
İşçi	25	10,6
Emekli	13	5,5
Ev hanımı	67	28,5
Öğrenci	102	43,4
Eğitim		
İlkokul	46	19,6
Lise	54	23
Üniversite ve üstü	135	57,4
Kronik hastalık		
Var	52	22,1
Yok	183	77,9
Hastaneye başvuru sıklığı		
Ayda bir kez	37	15,7
3 ayda bir kez	111	47,2
Yılda bir kez	87	37

puanları erkek katılımcılara kıyasla anlamlı derecede yüksektir ($33,37 \pm 8,43$ vs. $30,09 \pm 8,87$, $p = 0,021$). Özellikle sosyal iletişim alt boyutunda kadın katılımcılar, daha yüksek sorun algısı bildirmiştir ($p < 0,001$).

Yaş grupları arasındaki farklılıklar dikkat çekicidir; 18-30 yaş grubu, sağlık iletişiminde en yüksek sorun algısına sahip grup olarak belirlenmiştir ($33,3 \pm 7,76$, $p = 0,038$). Bununla birlikte, 46-70 yaş grubunun daha düşük sorun algılaması ($13,58 \pm 5,76$) dikkat çekmektedir.

Meslek grupları arasında toplam puanlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0,15$). Ancak öğrenciler ve ev hanımları, sosyal iletişim alt boyutunda diğer meslek gruplarına kıyasla daha yüksek puanlar almıştır. Eğitim düzeyi ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte ($p = 0,791$), üniversite mezunlarının etkili iletişim alt boyutundaki puanları, eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan grupta daha yüksek tespit edilmiştir.

Kronik hastalığı olmayan bireyler, iletişim deneyimlerinde daha yüksek toplam puan almış

($33,26 \pm 8,14$), buna karşın kronik hastalığı olan bireyler daha düşük bir iletişim deneyimi yaşamıştır ($30,96 \pm 9,88$). Özellikle sosyal iletişim alt boyutunda kronik hastalığı olan bireylerin puanlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Hastaneye başvuru sıklığı ile iletişim algısı arasında ters bir ilişki bulunmuştur. Yılda bir kez başvuran bireyler, toplam puanda daha yüksek bir iletişim kalitesi algılarken ($33,99 \pm 8,56$), sık başvuru yapan bireylerin iletişim engelleri alt boyutunda daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir. İletişim engelleri alt boyutunda doktorların aceleci davranması en yüksek puanlanmıştır. ($3,05 \pm 3,00$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, hasta-hekim iletişimi üzerinde demografik ve klinik faktörlerin etkilerini değerlendirmiştir. Elde edilen bulgular, etkili iletişimin hasta memnuniyeti ve tedavi süreçleri üzerindeki önemini doğrula-

Tablo 2. Sağlık iletişimi sorunları ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı istatistiklerine ilişkin bulgular

	SİSÖ	Ort	SS
1	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler*	2,36	1,10
	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir.	2,50	1,22
	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır.	2,42	1,13
	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) sorularıma eksiksiz cevap verir.	2,64	1,23
	Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar.	2,44	1,16
	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) şikayetimi önemsemez.	2,14	1,14
	Ortalama Puan	14,5	4,9
2	Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum.	2,09	1,12
	Muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum.	2,80	1,40
	Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim.	2,08	1,17
	Ortalama Puan	7,11	2,85
3	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) benimle iletişim kurmak için isteksiz davranır.	2,51	1,20
	Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) anlamını bilmediğim tıbbi terimleri sıklıkla kullanır.	2,59	1,17
	Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır.	3,05*	3,00
	Doktorlar reçete ettikleri ilaçlar hakkında detaylı bilgi vermez	2,97	1,41
	Ortalama Puan	7,11	2,85
	Genel toplam puanın ortalaması	32,74	8,60

SİSÖ: Sağlık iletişimi sorunları ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, p* < 0,05

makta olup, iyileştirme alanlarına dair önemli ipuçları sunmaktadır. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği (SİSÖ) toplam puanı, sağlık hizmetlerinde iletişim kalitesinin Amasya özelinde yeterli algılandığını göstermektedir. Manisa ilinde yapılan bir araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık iletişimi sorunları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlık iletişimi sorunlarını daha iyi aşabildiğini göstermektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (14). Yapılan bir tez çalışmasında Amasya ilinin sağlık okuryazarlık seviyesi Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur (10).

Bizim çalışmamızdaki sağlık iletişimi sorunlarının yüksek düzeyde olmaması bu durumla uyum göstermektedir.

Sağlık profesyonellerinin hastaları sabırla dinlemesi ve şikayetlerini önemsememesi sorularına verilen yüksek puanlar hasta memnuniyeti açısından kayda değer eksikliklere işaret etmektedir. Çınar Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, doktorların hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu, ancak bu bilginin hasta ile olan iletişimlerin-

de yeterince etkili olmadığı belirtilmiştir. Çalışmada, iletişim sorunlarının en sık karşılaşılan şikayet nedeni olduğu vurgulanmıştır (15).

Kadın hastalar sosyal iletişim alt boyutunda daha çok sorun algıladıklarını ifade etmişlerdir. Kendilerini ifade ederken gerginlik hissettiklerini, soruları cevaplar-ken rahat hissetmediklerini belirtmişler ve kendilerini ifade etme konusunda çekinceler yaşamaktadırlar. Kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlerden yararlanma biçimleri, toplumsal cinsiyet rolleri, kültürel normlar ve iletişim becerileri gibi birçok faktörden etkilenmektedir (16). Sosyal iletişim alt boyutunda kadın katılımcılar tarafından bildirilen daha yüksek sorun algısı, kadınların sağlık hizmetlerinden empati ve açıklık beklentisinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde, kadınların erkeklerden daha fazla açıklık ve duygusal destek beklediği doğrulanmaktadır (4). Ayrıca, kadınların sağlık profesyonelleriyle daha fazla etkileşim kurduğu ve bu süreçte daha fazla ayrıntıya ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir (15,17).

Türkiye’de gerçekleştirilen araştırmalarda, kadınların sağlık hizmetlerinden erkeklere kıyasla daha fazla memnuniyetsizlik bildirdiği ve bunun sağlık çalışanlarının iletişim tarzıyla ilişkili olduğu ifade edilmek-

Tablo 3. Demografik veriler ile ölçek alt boyutları arasındaki ilişkilerin karşılaştırmalı analizi

		Alt boyutlar			
		SİSÖ Ort±SS	Etkili iletişim Ort±SS	Sosyal iletişim Ort±SS	İletişim engelleri Ort±SS
Cinsiyet	Erkek	30,09±8,87	13,42±5,51	5,60±2,38	11,07±3,59
	Kadın	33,37±8,43	14,76±4,76	7,47±2,84	11,14±3,38
	p değeri	0,021*	0,140	0,00*	0,89
Yaş	18-30	33,43±7,76	14,81±4,19	7,33±2,78	11,28±3,11
	31-45	30,38±30,20	13,58±5,76	6,37±2,74	10,44±3,41
	46-70	33,71±9,37	14,81±5,45	7,37±2,98	11,53±3,88
	p değeri	0,038*	0,229	0,386	0,084
Meslek	Memur	29,82±7,30	12,86±4,35	6,14±2,05	10,82±3,30
	İşçi	32,84±7,30	14,72±6,63	6,64±2,88	11,48±3,98
	Emekli	32,92±9,05	14,62±5,18	6,38±3,28	11,92±4,03
	Ev hanımı	32,79±9,67	14,69±5,50	7,16±2,97	10,94±3,99
	Öğrenci	33,46±7,59	14,76±4,12	7,55±2,84	11,15±2,81
Eğitim	p değeri	0,415	0,473	0,126	0,847
	İlkokul	31,98±9,59	13,91±5,56	7,33±3,21	10,74±3,68
	Lise	32,78±9,01	14,57±5,37	7,15±2,92	11,06±3,65
	Üniversite ve üstü	32,99±8,11	14,67±4,53	7,02±2,70	11,29±3,24
Kronik hastalık	p değeri	0,791	0,662	0,819	0,634
	Var	30,96±9,88	13,57±5,05	6,83±3,34	10,57±4,12
	Yok	33,26±8,14	14,77±4,87	7,19±2,69	11,29±3,18
	p değeri	0,117	0,087	0,417	0,175
Hastaneye başvuru sıklığı	Ayda bir	29,95±9,32	13,57±5,81	6,59±2,74	9,78±3,53
	Üç ayda bir	32,69±8,22	14,41±4,38	6,77±2,90	11,51±3,42
	Yılda bir	33,99±8,56	15,01±5,18	7,77±2,73	11,21±3,26
	p değeri	0,056	0,320	0,023*	0,027*

SİSÖ: Sağlık iletişimi sorunları ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, p* < 0,05

tedir (10). Toplumsal cinsiyet rollerinin de bu algıyı güçlendirdiği düşünülmektedir. Sağlık profesyonellerine yönelik iletişim becerisi eğitimlerinde, cinsiyet farklılıklarını dikkate alan bir yaklaşım benimsenmesi iletişimi daha sağlıklı bir hale getirebilir.

Türkiye'deki sağlık iletişimi uygulamalarında sosyal medya ve dijital platformların rolü de dikkate değerdir. Özellikle genç nüfus arasında sağlık bilgisi edinme ve paylaşma davranışları, sosyal medya üzerinden gerçekleşmektedir. Örneğin, dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit etme davranışlarının sağlık iletişimi sorunlarına etkisi üzerine yapılan bir araştırmada, sosyal medya kullanımının sağlık iletişimi sorunları ile pozitif bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (18). Bu durum, sosyal medya platformlarının sağlık iletişimi için önemli bir araç olabileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda genç bireylerin sağlık iletişiminde daha fazla sorun algıladığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, onların dijitalleşme ve hızlı bilgi akışına yönelik artan

beklentileriyle ilişkilendirilebilir. Literatürde, genç bireylerin geleneksel sağlık iletişim yöntemlerini yeterli bulduğu ve dijital sağlık araçlarına olan taleplerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (19).

Buna karşın, yaşlı bireylerin daha düşük iletişim sorunları algılaması, onların sağlık sistemine karşı daha az talepkâr olmalarından kaynaklanabilir. Elde edilen sonuçlar yaşlı hasta grubunun sağlık sistemine yönelik daha fazla tolere edici bir yaklaşım sergilediğini düşündürmektedir.

Yaşlı hastalar için basit bir dil kullanımı ve empati odaklı iletişim yöntemleri önerilmektedir (20). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının açık ve hasta merkezli bir iletişim tarzı benimsemesi, yaşlı hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal sağlık sorunlarını tartışmaya yönelik bir teşvik duygusunu artırabilir (21).

Eğitim düzeyi ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, üniversite mezunlarının etkili iletişim alt boyutunda daha yüksek puanlar alması,

sağlık okuryazarlığı farkındalığının bu grupta iletişim algısını artırabileceğine işaret etmektedir.

Kronik hastalığı bulunan bireyler, sağlık iletişimi de daha fazla sorun bildirmiştir. Özellikle sosyal iletişim alt boyutunda kronik hastalığı olan bireylerin daha düşük puanlar alması, bu grubun sağlık hizmetlerinde daha fazla empati ve destek ihtiyacı duyduğunu göstermektedir. Bu bireylerin daha fazla empati ve detaylı bilgi beklediği literatürle uyumlu bir şekilde ortaya konulmuştur (22). Kronik hastalıkların uzun süreli yönetim gerektirmesi, hasta-hekim etkileşimlerini daha kritik hale getirmektedir. Empati eksikliği ve yetersiz bilgilendirmenin, bu grubun memnuniyetsizliğini artırdığı görülmektedir (23).

Bu bağlamda, kronik hastalığa sahip bireyler için kişiselleştirilmiş bakım modellerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Literatürde, sağlık profesyonellerine yönelik empati eğitiminin kronik hastalarla iletişim kalitesini artırdığı bildirilmiştir (19-20). Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmeti sunumun önemli bir ayağı olan aile hekimliklerinde dijital sağlık araçları aracılığıyla sürekli iletişim sağlanması, kronik hastaların ihtiyaçlarına daha etkili bir şekilde yanıt verilmesine olanak tanıyabilir (24).

Sık hastaneye başvuran bireyler, sağlık profesyonellerinin zaman yetersizliğinin iletişim sorunlarını artırdığına dikkat çekmektedir. Bu durum, sık başvuran bireylerin sağlık profesyonellerinin zaman kısıtlamalarından olumsuz etkilenebileceğini göstermektedir. Literatürde, sık başvuran hastaların tedavi süreçlerinde daha fazla bilgilendirme ve destek beklediği ifade edilmektedir (25). Sağlık profesyonellerinin iş yükünün, hasta-hekim iletişimini olumsuz yönde etkileyebileceği de vurgulanmaktadır (26).

Çalışmamızda tespit edilen en önemli iletişim engeli, doktorların ve sağlık çalışanlarının aceleci davranması olarak belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının iş yükü ve zaman baskısı, aceleci davranışların artmasına neden olmaktadır. Tutuncu ve ark., Türkiye'deki sağlık dönüşüm programının hasta- sağlık personeli iletişimi üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, iletişim süreçlerinin zaman kısıtlamaları nedeniyle olumsuz etkilendiğini vurgulamaktadırlar. Araştırma, iletişim boyutlarının etkili bir şekilde yönetilmediği durumlarda, sağlık hizmetlerinin kalitesinin düştüğünü göstermektedir (27).

Bu çalışmanın bulguları; aile hekimliği uygulamalarında iletişim eksikliklerinin büyük ölçüde sağlık profesyonellerinin üzerindeki zaman baskısı ve iş yükünden kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu durum ise doktorların hastaya ayırdıkları zamanların daralmasına ve aceleciliğe sebep olabilmektedir. Aceleci davranışların ise hastaların güvenini zedeleyebileceği düşünülmektedir. Özellikle kadın hastaların sosyal iletişim eksikliklerinden daha fazla etkilenebildiği dikkate değer bulunmuştur. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerin önemini ortaya koymaktadır.

Aile hekimliği uygulamaları, hastalarla uzun süreli ilişkilerin kurulduğu ve bu ilişkilerin sürdürüldüğü bir alan tanınmaktadır. Bu alanda kurulan etkili iletişim, tedavi başarısında kritik önemli bir rol oynamaktadır. Hastaların kendilerini ifade edebilme ve sağlık profesyonellerinden net bilgi alabilme ihtiyaçlarının, aile hekimliğinde sağlanacak iletişim desteğiyle büyük ölçüde karşılanabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, birinci basamakta hizmet kalitesini artırmak amacıyla iletişimde bireysel farklılıkların ve kültürel hassasiyetlerin dikkate alınması önerilmektedir.

Limitasyon

Çalışma, Amasya ilindeki belirli aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüş olup, örneklem büyüklüğü (n=235) sınırlıdır. Sonuçların genellenebilirliği açısından farklı coğrafi bölgelerde daha büyük örneklemle yapılacak çalışmalar gereklidir. Çalışma, katılımcıların kendi beyanlarına dayalı anket verileri ile yürütüldüğünden, yanıtlar bilişsel önyargılardan (örneğin sosyal beğenirlik yanlılığı) etkilenmiş olabilir.

Çıkar çatışması ve finansman bildirimi

Yazarlar bildirecek bir çıkar çatışmaları olmadığını beyan eder. Yazarlar bu çalışma için hiçbir finansal destek almadıklarını da beyan eder.

KAYNAKLAR

1. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Erişim tarihi: 02.10.2024, <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
2. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-

- Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3):308-16.
3. Chandra S, Mohammadnezhad M. Doctor-Patient Communication in Primary Health Care: A Mixed-Method Study in Fiji. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7548.
 4. White RO, Eden S, Wallston KA, et al. Health communication, self-care, and treatment satisfaction among low-income diabetes patients in a public health setting. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):144-9.
 5. Gu L, Tian B, Xin Y, Zhang S, Li J, Sun Z. Patient perception of doctor communication skills and patient trust in rural primary health care: the mediating role of health service quality. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):255.
 6. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*. 2019;8(1):27-35.
 7. Alasqah I. Patients' Perceptions of Safety in Primary Healthcare Settings: A Cross-Sectional Study in the Qassim Region of Saudi Arabia. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(15):2141.
 8. Yeşildal M, Kaya ŞD. Yetişkin Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Konya Örneği. *JHS*. 2021;30(2):174-81.
 9. Zhao X. Challenges and Barriers in Intercultural Communication between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review. *Health Commun*. 2023;38(4):824-33.
 10. Altun R. (2022). *Aile Sağlığı merkezlerinde sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi: Amasya örneği*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara
 11. Ağalday Z. (2023). *Sağlık iletişimi sorunlarının sağlık sistemine güvensizlik üzerindeki etkisinin incelenmesi*. Mardin Artuklu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Mardin.
 12. Martini J. Patient-Provider Communication and Interactions. *Chronic Illness Care: Principles and Practice*. 2018;187-97.
 13. Yeşildal M., Dömbekci HA, Öztürk YE. Sağlık iletişimi sorunları: bir ölçek geliştirme çalışması. *TUSHAD*. 2021;5(2):108-19.
 14. Akman Dömbekci H, Gül N. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İletişimi Sorunlarına Etkisi: Manisa İli İçin Değerlendirme. *SDÜ Vizyoner Dergisi*. 2023;14(38):649-65.
 15. Çalikoğlu EO, Yılmaz S. Knowledge, attitudes, behaviors of the doctors about patient rights, and patient complaints: a cross-sectional study. *HSİD*. 2022;25(4):813-26.
 16. Regensteiner JG, Templeton K. Review of the Influences of Sex Differences on Health and Disease: What Is the Role of Journals?. *J Bone Joint Surg Am*. 2024;106(19):1809-13.
 17. Zhao X. Challenges and Barriers in Intercultural Communication between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review. *Health Commun*. 2023;38(4):824-33.
 18. Güzel Ş, Sağlam Ş. The Effect of Obtaining and Confirming Health Information on Digital Media upon Health Communication Problems. *SUSBED*. 2024;(55):17-28.
 19. Lupton D. Young People's Use of Digital Health Technologies in the Global North: Narrative Review. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e18286.
 20. Gaffney HJ, Hamiduzzaman M. Factors that influence older patients' participation in clinical communication within developed country hospitals and GP clinics: A systematic review of current literature. *PLoS One*. 2022;17(6):e0269840.
 21. Gibney S, Moore T. Older Patients' Views of Health Care Interactions in Ireland. *Health Lit Res Pract*. 2018;2(4):e180-91.
 22. Sternke EA, Abrahamson K, Bair MJ. Comorbid Chronic Pain and Depression: Patient Perspectives on Empathy. *Pain Manag Nurs*. 2016;17(6):363-71.
 23. Licciardone JC, Middleton CN, Aboutaj A, Allouche T, Siddiqui I. Communication and empathy within the patient-physician relationship among patients with and without chronic pain. *J Osteopath Med*. 2024;125(2):79-86.
 24. Dhingra D, Dabas A. Global Strategy on Digital Health. *Indian Pediatr*. 2020;57(4):356-8.
 25. Bowling A, Rowe G, Lambert N, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess*. 2012;16(30):i-509.
 26. Fishbain DA, Pulikal A. Can Patient Expectations of Returning to Work Documented Before, During, or at the End of Treatment Predict Actual Return to Work Post-treatment? An Evidence-Based Structured Systematic Review. *Pain Med*. 2020;21(11):3034-46.
 27. Tutuncu O, Cobaner AA, Guzelgoz O, Cetin A, Malkoc M, Mollahaliloglu S. The effects of health transformation program on patient-healthcare personnel communication and interaction in Turkey. *Qual Quant*. 2014;48(6):3433-46.