

**T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**HASTA-HEKİM GÜVEN İLETİŞİMİNİN VE ÖZ-  
YETERLİLİĞİN TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Pınar KİRİŞ**

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT**


**Haziran – 2021**

Pınar KİRİŞ tarafından hazırlanan “Hasta-Hekim Güven İletişiminin ve Öz-Yeterliliğın Tedaviye Uyuma Etkisi” başlıklı bu tez, 28/06/2021 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğilim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman :Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT  
Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Cemal SEZER  
Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Serkan DENİZ  
Yalova Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
<b>Öğrencinin</b>		
Adı Soyadı	:	Pınar KİRİŞ
Öğrenci Numarası	:	Y176047014
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Hasta-Hekim Güven İletişiminin ve Öz-Yeterliliğin Tedaviye Uyuma Etkisi
Benzerlik Oranı	:	%14
<b>İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,</b>		
<input type="checkbox"/> Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içemediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.  <p style="text-align: right;">...../...../20.....</p>		
<input type="checkbox"/> Sakarya Üniversitesi ..... Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere .....@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.  Bilgilerinize arz ederim.  <p style="text-align: right;">...../...../20.....</p>		
<b>Uygundur</b>		
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT  Tarih:  İmza:		
<input type="checkbox"/> KABUL EDİLMİŞTİR <input type="checkbox"/> REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:	Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	

## ÖNSÖZ

Çalışmam boyunca benden desteğini esirgemeyen, akademik birikimini ve tecrübelerini paylaşan, sabır, özveri ve bir baba sıcaklığı ile yaklaşan değerli danışmanım ve hocam *Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT*'a, çalışmam boyunca tüm desteğini gösteren değerli hocam *Özgü ÜNAL*'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde emeklerini asla ödeyemeyeceğim maddi, manevi her koşulda yanımda olan, varlıklarına binlerce kez şükrettiğim canım babam *Ramazan KİRİŞ*, annem *Cemile KİRİŞ* ve kardeşim *Mehmet Uğur KİRİŞ*'e minnetlerimi sunarım.

Çalışma hayatım ve eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan, her konuda beni destekleyen, her vazgeçtim dediğim anda beni tekrardan cesaretlendirip harekete geçmemde büyük emeği olan kıymetli arkadaşım *Kadir ÇATALBAŞ*'a sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca başını ağrıttığım, her anıma ortak olan, beni bu süreçte idare eden değerli ekip arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim. Çalışmamda ve bugünlere gelmemde emeği olan burada isimlerini sayamadığım herkese çok teşekkür ederim.

**Pınar KİRİŞ**

**28.06.2021**

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>4</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>5</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>i</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>ii</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BÖLÜM 1: HASTA- HEKİM GÜVEN İLETİŞİMİ</b> .....	<b>6</b>
1.1. İletişim Nedir?.....	6
1.2.İletişim Düzeyleri.....	7
1.2.1.Kisiler Arası İletişim.....	8
1.2.2.Grup İletişimi .....	8
1.2.3.Örgütsel İletişimi .....	9
1.2.4.Toplumsal İletişim .....	9
1.3. Sağlık İletişimi .....	9
1.4.Hekim-Hasta İletişimi .....	12
1.5.Güven Nedir? .....	14
1.5.1.Örgütte Güven.....	15
1.6.Hasta-Hekim İlişkisinde Güven .....	16
<b>2.BÖLÜM: TEDAVİYE UYUM KAVRAMI</b> .....	<b>19</b>
2.1. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler .....	21
2.1.1. Sağlık Sistemi ve Sağlık Personelinden Kaynaklanan Faktörler.....	21
2.1.2.Sosyal ve Ekonomik Faktörler.....	22
2.1.3.Tedavi ile İlgili Faktörler.....	22
2.1.4.Hastalık ile İlgili Faktörler.....	22

2.1.5.Hasta İle İlgili Faktörler.....	23
2.2.Hasta- Hekim İletişiminde Tedaviye Uyum .....	24
<b>3.BÖLÜM: ÖZ-YETERLİLİK KAVRAMI.....</b>	<b>26</b>
3.1. Öz-Yeterlilik Tanımı.....	26
3.2. Öz-Yeterliliği Yüksek Olan Birey Özellikleri .....	28
3.3. Öz-Yeterliliği Düşük Olan Birey Özellikleri .....	28
3.4.Öz-Yeterlilik Kaynakları.....	29
3.4.1. Deneyimler.....	29
3.4.2.Dolaylı Deneyimler.....	29
3.4.3.Sosyal İkna.....	30
3.4.4.Fizyolojik ve Duyuşsal Kaynaklar.....	30
3.5.Sağlık Alanında Öz-Yeterlilik.....	31
<b>BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....</b>	<b>33</b>
4.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	33
4.2.Araştırmanın Veri Toplama Aracı .....	33
4.3.Veritoplama Süreci .....	34
4.4.Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	34
4.5.Araştırmanın Kısıtları .....	35
4.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler .....	35
4.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri.....	36
<b>BÖLÜM 5: ARAŞTIRMANIN BULGULARI .....</b>	<b>42</b>
5.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri.....	42
5.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu .....	43
5.3. Katılımcıların Başvurdukları Hastaneler ve Başvuru Periyodları.....	45
5.4. Hasta-Hekim Güven İletişimi, Tedaviye Uyum ve Sağlık Öz Yeterliliğinin Ortalama Değerleri.....	46
5.5. Hasta-Hekim Güven İletişimi, Tedaviye Uyum ve Sağlık Öz Yeterliliği Arasındaki İlişki .....	47

5.6. Hasta-Hekim Güven İletişiminin Tedaviye Uyuma Etkisi ve Bu Etkide Sağlık Öz Yeterliliğinin Aracı Rolü.....	48
5.7. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Hasta-Hekim Güven İletişimi, Sağlık Öz Yeterlilikleri ve Tedaviye Uyumda Meydana Gelen Farklar .....	49
<b>TARTIŞMA VE SONUÇLAR .....</b>	<b>53</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>58</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>70</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>73</b>

## KISALTMALAR

<b>AGFI</b>	: Düzenlenmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index)
<b>CFI</b>	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
<b>CMIN/DF</b>	: Serbestlik değerinin ki-kareye oranı
<b>GFI</b>	: Uyum iyiliği indeksi (Goodness of Fit Index)
<b>NFI</b>	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index)
<b>NNFI</b>	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-normed Fit Index)
<b>RMSEA</b>	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>YEM</b>	: Yapısal eşitlik modeli
<b>vd.</b>	: ve diğerleri



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi ..	37
<b>Tablo 2:</b> Tedaviye Uyum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi.....	39
<b>Tablo 3:</b> Sağlık Öz-Yeterliliği Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi.....	40
<b>Tablo 4:</b> Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndislerinin Kabul Aralıkları ile Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına Göre Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Bulguları.....	40
<b>Tablo 5:</b> Sosyo-Demografik Özellikler .....	42
<b>Tablo 6:</b> Katılımcıların Meslek/ Uğraş Alanlarına Göre Dağılımı .....	43
<b>Tablo 7:</b> Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı .....	43
<b>Tablo 8:</b> Katılımcıların Kronik Hastalık Sürelerine Göre Dağılımı.....	44
<b>Tablo 9:</b> Katılımcıların Kronik Rahatsızlık Durumu İle Kronik Hastalığın Bilinen Süresi Arasındaki İlişki.....	44
<b>Tablo 10:</b> Katılımcıların ilaç Kullanma Sayılarına Göre Dağılımı .....	45
<b>Tablo 11:</b> Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Kullanım Sıklıklarına Göre Dağılımı.....	45
<b>Tablo 12:</b> Katılımcıların Düzenli Olarak Başvurdukları Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı .....	46
<b>Tablo 13:</b> Başvuru Sıklığı İle Başvurulan Sağlık Kuruluşu İlişkisi .....	46
<b>Tablo 14:</b> Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri....	47
<b>Tablo 15:</b> Hasta-Hekim Güven İletişimi, Tedaviye Uyum Ve Sağlık Öz-yeterliliği Arasındaki İlişki.....	47
<b>Tablo 16:</b> Hasta-Hekim Güven İletişiminin Tedaviye Uyuma Etkisinde Sağlık Öz-yeterliliğinin Aracı Rolü .....	49
<b>Tablo 17:</b> Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Hasta-Hekim Güven İletişimine İlişkin Fark Analizi Sonuçları.....	50
<b>Tablo 18:</b> Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlık Öz-Yeterliliklerine İlişkin Fark Analizi Sonuçları .....	51
<b>Tablo 19:</b> Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tedaviye Uyum Düzeylerine İlişkin Fark Analizi Sonuçları .....	52

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Modeli.....	35
Şekil 2. Hasta-Hekim Güven İletişiminin Tedaviye Uyuma Etkisinde Sağlık Öz-Yeterliliğinin Aracı Rolü .....	48

<b>Tezin Başlığı:</b> Hasta-Hekim Güven İletişiminin ve Öz-Yeterliliğin Tedaviye Uyuma Etkisi	
<b>Tezin Yazarı:</b> Pınar KİRİŞ	<b>Danışman:</b> Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
<b>Kabul Tarihi:</b> 28.06.2021	<b>Sayfa Sayısı:</b> xiii (ön kısım) + 69 (tez) + 4(ek)
<b>Anabilim Dalı:</b> Sağlık Yönetimi	<b>Bilim Dalı:</b> Sağlık Yönetimi
<p>Bu tez çalışmasında hasta-hekim güven iletişiminin ve hastanın öz-yeterliliğin tedaviye uyuma etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Buna ek olarak katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin hasta-hekim güven iletişiminde, hastaların öz-yeterliliklerinde ve hastanın tedaviye uyumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığının ortaya konulması da hedeflenmektedir.</p> <p>Çalışmada veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Çalışma Sakarya’da göz hastalıkları alanında hizmet veren bir hastaneden 01.03.2021- 01.05.2021 tarihleri arasında hizmet almış olan ve herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunan 357 hastaya uygulanmıştır. Çalışmada hasta-hekim arasındaki güven iletişimini ölçmek amacıyla Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen 22 ifadeden oluşan “Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeği”, hastaların tedaviye uyumlarını ölçmek amacıyla Prenner (2001) tarafından geliştirilen ve 4 ifadeden oluşan “Tedaviye Uyum Ölçeği”, hastaların öz yeterlilik algılarını ölçmek için Lee ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen 5 ifadeden oluşan “Öz-Yeterlilik Ölçeği” ve katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 sorudan oluşmaktadır.</p> <p>Verilerin analizinde IBM SPSS 24.0 ve IBM AMOS 21 paket programlarından yararlanılarak geçerlilik, güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, ki-kare analizi, yapısal eşitlik modeli (YEM) analizi, bağımsız örneklemelerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.</p> <p>Çalışmanın bulgularına göre hasta hekim güven iletişimi ile tedaviye uyum ve hasta hekim güven iletişimi ile sağlık öz-yeterliliği arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki vardır. Ayrıca tedaviye uyum ile sağlık öz-yeterliliği arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki vardır.</p> <p>Hasta-hekim güven iletişiminin bireylerin sağlık öz-yeterlilikleri üzerinde ve tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır. Benzer olarak katılımcıların sağlık öz-yeterliliklerinin de tedaviye uyumları üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır. Ayrıca, hasta hekim güven iletişiminin tedaviye uyuma etkisinde sağlık öz-yeterliliği aracı rol oynamaktadır. Hasta-hekim güven iletişiminin bireylerin sağlık öz-yeterlilikleri üzerinde ve tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır. Benzer olarak katılımcıların sağlık öz-yeterliliklerinin de tedaviye uyumları üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır. Ayrıca, hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyuma etkisinde sağlık öz-yeterliliği aracı rol oynamaktadır.</p> <p>Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hastaların tedaviye uyum değişkeni cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumları bakımından istatistiksel açıdan farklılık göstermektedir. Hasta-hekim güven iletişimi değişkeninde yalnızca yaş bakımından farklılık bulunmasına karşılık, sağlık öz-yeterliliği değişkeninde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre herhangi bir farklılık göstermemektedir.</p> <p>Sonuç olarak katılımcıların tedaviye uyumlarının sağlanması ve öz-yeterlilik algılarında meydana gelebilecek artışların ortaya çıkmasında hasta-hekim güven iletişimi önemli bir faktördür. Bu nedenle sağlık yöneticilerine hastanın hekime güvenini arttıracak ve güven iletişimini geliştirebilecek şekilde açık iletişim kanalları oluşturmaları, sağlık personeline etkili iletişim ve güvene dayalı iletişim konularında bilinçlendirici eğitim programları düzenlemeleri önerilmektedir. Ayrıca çalışmanın sonuçlarına göre kronik rahatsızlığı olan bireylerin sağlık öz yeterliliklerini geliştirmelerine destek olacak eğitimler düzenlenmesi uygun bulunmaktadır.</p>	
<b>Anahtar Kelimeler:</b> İletişim, Öz-Yeterlilik, Hasta-Hekim İletişimi, Güven iletişimi, Tedaviye Uyum	

<b>Title of Thesis:</b> The Effect of the Trust Communication in the Patient-Physician Relationship and Self-Efficiency On Compliance to Treatment	
<b>Author:</b> Pinar KİRİŞ	<b>Supervisor:</b> Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
<b>Date:</b> 28.06.2021	<b>Np:</b> xiii (pre text) + 69 (main body)+4(App.)
<b>Department :</b> Health Management	<b>Subfield:</b> Health Management
<p>This thesis aims to determine the trust communication in the patient-physician relationship and the patient's self-efficacy on compliance to treatment. In addition, it is aimed to reveal whether the socio-demographic characteristics of the participants create a statistically significant difference in the trust communication in the patient-physician relationship, patients' self-efficacy and patient compliance with treatment.</p> <p>The questionnaire technique was used as data collection tool in the study. The study was applied to 357 patients with any chronic disease who received service between 01.03.2021 and 01.05.2021 from a hospital serving in the field of ophthalmology in Sakarya.</p> <p>In the study, the " Trust Communication in Patient-Physician Relationship Scale" consisting of 22 statements developed by Yılmaz (2005) to measure the trust communication in the patient-physician relationship, and the "Compliance to Treatment Scale" developed by Prenner (2001) to measure the compliance of the patients with the treatment and consisting of 4 statements, "Self-Efficacy Scale" consisting of 5 statements and developed by Lee et al. (2008) to measure perceptions of efficacy and consists of 10 questions to determine the demographic characteristics of the participants.</p> <p>In analyzing the data, validity and reliability analyses were made using IBM SPSS 24.0 and IBM AMOS 21 package programs. In the analysis of the obtained data, descriptive statistical methods, correlation analysis, chi-square analysis, structural equation model (SEM) analysis, independent samples t-test and one-way ANOVA analysis were used.</p> <p>According to the study's findings, there is a positive and significant relationship between trust communication in patient-physician relationship with compliance to treatment and health self-efficacy. In addition, there is a significant and positive relationship between compliance to treatment and health self-efficacy. Trust communication in the patient-physician relationship has a significant effect on health self-efficacy and compliance to treatment. Similarly, participants' health self-efficacy also had a significant impact on their compliance to treatment. In addition, health self-efficacy plays a mediating role in the trust communication in the patient-physician relationship on compliance to treatment.</p> <p>According to the socio-demographic characteristics of the participants, the compliance to treatment differs statistically in terms of gender, marital status, age and educational status. Although there is a difference only in terms of age in the trust communication in the patient-physician relationship, there is no difference in the health self-efficacy according to the socio-demographic characteristics of the participants.</p> <p>As a result, trust communication in the patient-physician relationship is an essential factor in ensuring compliance to treatment and increasing self-efficacy perceptions. For this reason, it is recommended that health administrators create open communication channels that will increase the patient's trust in the physician, improve trust-based communication, and organize awareness-raising training programs for health personnel on effective communication and communication based on trust. In addition, according to the study results, it is appropriate to schedule training that will support individuals with chronic diseases to improve their health self-efficacy.</p>	
<b>Keywords:</b> Communication, Self-Efficacy, Patient-Physician Communication, Trust Communication, Compliance to Treatment	

## GİRİŞ

İletişim insanların sosyal yaşamının temelini oluşturan, bilinçli bir mesaj alışveriş sürecidir (Tutar ve Yılmaz, 2005: 29). Bu süreç farklı şekillerde, farklı amaçlarla gerçekleşebilir. İletişimin bir eylemi başlatmak için harekete geçirme, ihtiyaç ve gereksinimleri ortaya koyma, bilgi, tutum ve düşünce alışverişinde bulunma, ilişki kurma ve ilişkilerin sürdürülmesinin sağlanması gibi amaçları vardır (Thomas, 2006: 1). Amaçlarından da anlaşıldığı gibi iletişim, insan ve örgütlerin hayatını sürdürmesinde vazgeçilmez bir süreçtir. Özellikle hizmet sektöründe alınan talepler doğrultusunda hizmetin sunulabilmesi için iletişimin önemi çok büyüktür. Bu durum sağlık hizmeti sunumu gibi, gerek hizmet sunucuları gerekse kullanıcıları bakımından önemi yadsınamaz bir alan için daha fazla üzerinde durulması gereken konular arasında yer almaktadır. İnsanların yaşamlarını devam ettirmeleri için temel faktörlerden biri olan sağlıkları bozulduğunda iletişim kurmak daha da zorlaşabilmektedir (Çalapkulu ve Çelenk, 2018: 88).

Sağlıkları bozulan bireyler, sağlıklarına yeniden kavuşmak için sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar. Sağlık kurumlarına başvuran kişilerin kendilerini ifade edip karşı tarafa içinde buldukları durumu aktarabilmesi, çözüm yolu bulabilmesi için burada kurdukları iletişim oldukça önemlidir. Ancak, tam bir iyilik halinde olmayan bireyler karşılarındaki bireyler ile etkili iletişime geçmede zorluk yaşarlar. Kişilerin buradaki ve gündelik hayatlarındaki sağlıkla ilgili anlam paylaşımları sağlık iletişiminin konusunu oluşturur (Koçak ve Bulduklu, 2010: 5).

Sağlık kurumlarına başvuran kişiler hem kuruma hem de hizmet aldığı kişilere güvenmek isterler. Sosyal hayatı düzenleyen, karmaşıklığı azaltan etkili bir iletişim iletisi olan güvenin bulunmadığı durumlarda sosyal hayat zorlaşmaktadır (Luhmann, 1979: 25).

Güven kavramı, güvenen kişinin, güvenilene kontrol etmesi ve izlemesi mümkün olmasa bile güvenilene karşı riskleri kabul etme istekliliği olarak tanımlanmaktadır (Zolin, Fruchter ve Hinds, 2003: 5). Sosyal ve örgütsel ilişkilerin oluşturulması ve sürdürülmesini esas alan güven 'korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu' olarak da ifade edilmektedir (Erdem, 2007: 50). Bu sebeple güven kişiler arası ilişkilerin temel taşı niteliğindedir. Sağlık personelinin ilgi, şefkat, nezaket göstermesi;

bilgi ve becerisini sunabildiği profesyonel davranış gerçekleştirmesi hastanın güvenini kazanması bakımından büyük öneme sahiptir. Hastalar sağlık kuruluşuna veya sunucusuna başvururken kafalarında birçok soruya cevap ararlar. Kafalarındaki bu karmaşıklığı gidermek için karşı tarafa kendisi için en doğru kararı vereceğini düşünerek güven ilişkisi oluşturmak isterler.

Sağlık kurumuna başvuran kişiler burada farklı hizmet sunucuları ile iletişim kurmak zorundadırlar. Bir tanı ve tedavi sürecinin sonuçlandırılabilmesi için en önemli hizmet sunucusu hekimlerdir. Hekim-hasta ilişkilerinde; hekimin iletişimi, ilgi ve yaklaşımı çok önemlidir. Hekimi ile olumlu ilişki kuran hastalar, tekrar hastalandıklarında önceden hizmet aldıkları hekime ve kuruma başvuracaklardır. Kişiler durumları itibariyle hekimler gibi hastalık ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Bu noktada hastalar, hekimlerine güven duyarak onları hastalık ve tedavileri hakkında ne yapacağını bilen ve alanlarında uzman kişiler olarak görürler. Hastalıkları ile ilgili kendilerinde bir değişiklik olduğunda yalnızca bunu fark edebilirler (Top ve Tarcan 2007: 171). Hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisinin oluşmaması sonucunda uygun görülen tedavi sürecine uyulmaması, geçmeyen şikâyetler üzerine tekrardan hekime başvurma ve bunların doğurduğu maliyetleri de etkilemektedir (Ertong, 2011: 5).

Tedaviye uyum; hastanın önerilen tıbbi talimatlar, tavsiyeler ile davranışları ve yaşam tarzlarında meydana gelen değişikliklerle ne derecede örtüştüğünü ifade etmektedir (Sabaté, 2003: 3). Hastaların hekimleri tarafından tavsiye edilenler kimi zaman insanların hayatlarında önemli bir alışkanlık haline gelen ya da yaşam tarzı olarak kabul edilen hususların değiştirilmesini gerektirmektedir. Ancak bireyler bazen bu alışkanlıklardan kolay kolay vazgeçip davranış değişikliğine gidemezler. Bu durumda hekim veya sağlık sunucuları tarafından tavsiye edilenlerle bireyin yaşam tarzında örtüşmeme söz konusu olmakta ve tedavinin beklenen faydası görülmeyebilmektedir. Zamanla, uyum eksikliği, hastaların sağlıklarının daha da bozulmasını, ek hastaneye yatış ve tedavilere dönüşmekte, buna karşılık yüksek düzeyde bir uyum daha iyi sağlık sonuçlarına ulaştırmaktadır (Gabay, 2015: 1551).

Hekim tarafından tavsiye edilenlerin yerine getirilmesi için öncelikle hastaların kendilerinde bunu gerçekleştireceğine dair inançları olmalıdır. Kişinin kendisini bu şekilde sorgulaması öz- yeterlilik algılarını değerlendirmesidir. Öz- yeterlilik, hastaların

hekim tarafından istenen bir sorumluluğun ya da görevin yerine getirmesi konusundaki kendine olan güvenidir (Gözüm ve Aksayan, 1999: 25). Hastalara verilen bir görevin yerine getirilmesi için gerekli olan aktiviteleri sağlama gücü olarak tanımlanan öz-yeterlilik, kişinin sağlığının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir (Tülüce, 2017: 27). Dolayısıyla hastaların sağlık öz-yeterlilik algıları ne kadar yüksek olursa tedavi de başarılı olmaları da buna bağlı olarak gelişir.

Yukarıda açıklanan bilgiler ışığında hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyum ve öz-yeterlilik üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla planlanan bu çalışmanın birinci bölümünde iletişim, sağlık iletişimi, güven, hasta-hekim iletişimi kavramları tartışılmaktadır. İkinci bölümünde tedaviye uyum kavramı tanımlanıp, tedaviye uyumu etkileyen faktörler ele alınmakta ve hasta-hekim iletişimde tedaviye uyumun önemi incelenmektedir. Üçüncü bölümde öz yeterlilik kavramının tanımı, öz yeterlilik düzeyleri, öz yeterliliği yüksek ve düşük olan kişilerin özellikleri, öz yeterlilik kaynakları ve sağlık öz yeterlilik konuları üzerinde durulmaktadır.

Dördüncü bölümde araştırmanın yöntemiyle ilgili bilgilere yer verilmiştir. Araştırmanın evren ve örneklem seçimi, araştırmanın kısıtları, veri toplama süreci, veri analizinde kullanılan yöntemler, araştırmanın hipotezleri, ölçeklerin geçerlilik, güvenilirlikleri hakkında bilgilere yer verilmektedir. Son bölüm olan beşinci bölümdeyse araştırmanın bulguları, tartışma ve sonuçlar bulunmaktadır.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın temel amacı kronik hastalığı olan kişilerin hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyum ve öz-yeterlilik üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Ayrıca katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin hasta ve hekim arasında gerçekleştirilen güven iletişimi, tedaviye uyum, sağlık öz-yeterlilikleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı da incelemektir.

### **Araştırmanın Önemi**

Teknoloji ve bilim dünyasındaki gelişmeler tedavi yöntemleri ve daha hızlı tanı yöntemlerinin gelişmesini, hastalıklara bağlı ölümlerde azalmasını ve beklenen yaşam süresinin artmasını sağlamıştır. Tüm bunlara bağlı olarak kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır (Demirbaş ve Kutlu, 2020: 270). Bu bağlamda artan kronik rahatsızlıklar sebebiyle kişilerin sağlık kurumlarının olan bağlılıkları artarak bu alanda bir

tüketim unsuru meydana gelmektedir. Kronik hastalıklar tedavi edilirken kişilerin dengeli ve kaliteli bir hayata kavuşabilmeleri için kişinin sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek dışında hastalık ya da tedavi süreciyle ilgili programlara uyumu, psikolojik, sosyal problemlerin yönetiminin ve hekim ile işbirliğinin sağlanması önemlidir (Akdemir ve Birol 2005: 77). Hastalıkları hayatlarının bir parçası haline gelerek rutin hayatlarında onlarla birlikte olmaya başlar. Bu süreç bireylerin bazı alışkanlıklarından vazgeçmesine ya da yeni alışkanlıklar kazanmalarını sebep olmaktadır. Hastalar için hayatlarının her anında uygulayacağı alışkanlıkların kazanılması, tedavi sürecinin başlayabilmesi için öncelikle hasta- hekim arasında güvene dayalı bir iletişim gerçekleşmelidir. Gerçekleşen iletişim memnuniyet, bağlılık, tedaviye uyum açısından oldukça önemlidir. Sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi, kendilerinde sağlık davranış değişikliklerinde bulunabilmeleri için öz-yeterlilik algılarının da yüksek olması beklenmektedir. Ancak hastaların sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarının bir belirleyicisi olarak doktorlara duyulan güvenin önemine rağmen, tıbbi bakım etkileşiminin belirli bileşenlerinin bu güvenin gelişimi üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Kronik hastalıklar niteliği gereği ömür boyu hasta-hekim ilişkisinin kurulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, güvenin iletişimsel bağıntılarını belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması önemli bulunmaktadır.

### **Araştırmanın Yöntemi**

Yapılan çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümde katılımcıların demografik özellikleri ile alakalı sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde katılımcıların hasta-hekim güven iletişimi ölçmek için Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen 22 ifadeden oluşan *Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeği*; üçüncü bölümde tedaviye katılımcıların tedaviye uyumları belirlemek için Prenner (2001) tarafından geliştirilen ve Akbolat ve arkadaşları (2017) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan *Tedaviye Uyum Ölçeği* ve son bölümde Lee ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen *Öz-Yeterlilik Ölçeği* kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Sakarya'da faaliyette bulunan özel bir göz hastanesine başvuru yapan ve başvuru sebepleri dışında herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunan hastalardan oluşmaktadır. Araştırmada örneklem belirlemede kolayda örnekleme yöntemlerinden yararlanılmıştır. Veriler 01.03.2021- 01.05.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma sonucunda 357 hastadan veri toplanabilmektedir.



Araştırma sonucunda elde edilen veriler IBM SPSS 24.0 ve IBM AMOS 21 paket programlarından yararlanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri, ki-kare analizi, korelasyon analizi, yol analizi, bağımsız örnekler t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında ( $p=0,05$ ) gerçekleştirilmiştir.

### **Araştırmanın Kısıtları**

Araştırmanın temel kısıtı, Covid- 19 pandemi dönemine denk gelmesi nedeniyle anket formlarının dağıtımında ve örneklem olarak seçilen grubun bu dönemde risk altındaki kişilerden oluşması sebebiyle örneklemin 357 kişiyle sınırlı kalmasıdır.

## BÖLÜM 1: HASTA-HEKİM GÜVEN İLETİŞİMİ

Çalışmanın bu bölümünde ilk olarak iletişim, iletişim düzeyleri, sağlık iletişimi ve düzeyleri ayrıntılı olarak ele alınacak olup sonrasında güven, örgüt güveni kavramlarına değinilip hasta-hekim ilişkisi ve güven unsuru üzerinde durulacaktır.

### 1.1. İletişim Nedir?

Sosyal bir varlık olan bireyler gündelik yaşamlarını sürdürebilmeleri için diğer kişilerle ve doğayla iç içedirler. Bireylerin tek başına ihtiyaçlarını karşılamaları mümkün olmadığından dolayı ihtiyaçlarını karşılayabilmek için iletişim kurmaları gerekir (Işık, 2018: 13).

İletişim insanoğlunun varoluşuyla başlayan ve insanoğlu var oldukça da devam edecek olan bir olgu ve süreçtir. İlk bilinen iletişim türleri ilkel insanların birtakım sesler çıkararak ve işaretlerle yaptıkları iletişimdir. Tarihi bu kadar eskiye giden iletişim olgusu ve sürecinin tanımlamak içinse yapılmış pek çok tanım vardır (Aziz, 2016: 25-27). İlk olarak iletişimin kelime anlamında bakıldığında, iletişimin batı dillerindeki “communication” kelimesinin karşılığı olarak dilimizde kullanıldığı görülmektedir. Communication sözcüğünün kökeni Latince “*communis*” sözcüğüne dayanmaktadır ve bu kavram birçok kişiye ve nesneye ait “ortaklaşa” yapılan anlamındadır. Ayrıca toplumsal nitelikli bir etkileşimi, değiş tokuşu ve paylaşımı içermektedir(Zıllıoğlu, 2003: 3).

Türk Dil Kurumu ise; iletişim kavramını iki farklı şekilde tanımlanmıştır. İlk tanıma göre; “*duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, komünikasyon*” olarak; teknik tanım olarak ele alınabilecek ikinci tanıma göre ise “*telefon, telgraf, televizyon, radyo vb. araçlardan yararlanarak yürütülen bilgi alışverişi, bildirişim, haberleşme, muhabere, komünikasyon*” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2021). Kısaca iletişim, “belirli araçlar kullanarak, bilgi, düşünce ve tutumların karşılıklı aktarılması” olarak ifade edilmektedir (Aziz, 2016: 5). İletişim, kişilerin duygularını, inançlarını, göstermiş olduğu tutumlarını sözlü, sözsüz ya da yazılı olarak ileterek davranışları etkilemek veya bir sonuca ulaşmak amacıyla gerçekleştirdikleri bir süreçtir (Demirtaş, 2010: 413).

İletişimle ilgili görüldüğü gibi genel kabul görmüş bir tanım olmamakla birlikte iletişim kavramına genel olarak bakıldığında; “*bireyler, topluluk ya da toplumlar açısından*

*karşılıklı olarak anlaşmayı sağlayan çeşitli yol ve yöntemler kullanılarak etkileşim sağlanması” şeklinde bir ortak ifadeye ulaşılabilir (Arslan, 2019a: 147). İletişimin bu anlamda bakıldığında farklı gruplarla gerçekleştiği sonucuna varabilir.*

Yapılan bu tanımlar ışığında iletişimin temelinde farklı süreçlerin gerçekleştirilmesi amaçlandığı söylenebilir. Thomas (2006)’a göre ise iletişim beş temel amaç için kurulmaktadır. Bu amaçlar:

- Eylemleri başlatmak,
- İhtiyaç ve gereksinimleri bilinmesini sağlamak,
- Bilgi, fikir, tutum ve düşünce alışverişinde bulunmak,
- Anlayış oluşturmak,
- İlişki kurmak ve sürdürmektir.

İletişim gerçekleştirilirken kimi bir eylemin ortaya çıkması, nesnel veya nesnel olmayan duyguların paylaşımı, aktarımı gibi farklı amaçlarla gerçekleştirilmektedir. Son yıllarda çalışma hayatının getirdiği gelişmeler doğrultusunda hizmet sektörü ağırlık kazanmaktadır. Bu gelişimle birlikte hizmetin kalitesini arttırmak için hizmeti sunanlar ve alanlar arasındaki ilişkinin ve iletişimin önemi farklı alanlarda giderek artmaktadır. Bu süreçte insanlığın varoluşu kadar eski olan iletişim, zamanla toplumsal gelişmeler ve ihtiyaçlar doğrultusunda farklı alanlara odaklanarak bünyesine farklı bir disiplin olan sağlık iletişimi kavramını ön plana çıkarmıştır (Güven ve Taşkıran, 2019: 10).

## **1.2.İletişim Düzeyleri**

İletişim düzeyleri farklı şekillerde ele alınmıştır. Genel olarak dört başlık halindedir. Kişinin kendi ile olan iletişimi, kişilerarası iletişim, örgüt iletişimi ve kitle iletişimi (Tutar, 2003: 74).

### **1.2.1. Kişinin Kendisiyle İletişimi**

İletişim öncelikle bireyin kendi içinde başlar ve sonrasında birey isterse çevresi ile iletişim kurar. Kişinin kendisi ile iletişim kurduğu durumlarda kaynak ve alıcı kendisidir (Tutar ve Yılmaz, 2005: 29).

### **1.2.2.Kişilerarası İletişim**

Kişilerarası iletişim en yaygın iletişim türlerindedir. Kişilerarası iletişimin gerçekleşmesi için en az iki kişinin olması gerekmektedir. Bir amacı gerçekleştirmek için karşılıklı olarak mesajların gidip gelmesidir. Bu iletişim çift yönlüdür ve karşılıklı olarak alışveriş söz konusudur (Aziz ve Dicle, 2017: 43; Kaya, 2017: 5).

İnsanoğlu yapısı gereği sürekli olarak çevresi ile ilişki kurmayı, insanları tanımaya ve anlamlandırmaya çalışır. Kendisini toplumun bir parçası olarak toplum içerisinde bir konumlandırma yapmaya çalışır. Kendisine toplum içerisinde yer arayan insanoğlunun iç dünyası ile kurmuş olduğu iletişim yeterli gelmez. Toplumun kültürünün ona dayattığı kurallarla birlikte toplum içerisindeki konumunu edinebilmesi için kişilerle ilişki içerisinde girerler (Zıllıoğlu, 2010: 65).

Kişilerarası iletişimin kurulabilmesi için belirli şartların olması gerekmektedir. Bu şartlara bakıldığında öncelikle her iki tarafında ilişki kurmak istemesi gerekmektedir. İletişim gerçekleşmesi için belirli bir amacın ve uyulması gereken kuralların olması gerekir. Kişinin rol ilişkilerinin varlığı yani kişinin üstlendiği bir rol olmalıdır. Son olarak da ilişkinin belki de en temeli ortak bir dilin var olması gerekir (Aziz ve Dicle 2017: 44). Kişilerarası iletişim kişilerin problemlerinin çözülmesi, ikna etme, karar verme, stresin ortadan kaldırılması, kişiler arası ilişkilerin şekillendirilmesi ve sürdürülmesi, bilgi verme, stresin ortadan kaldırılması, duygulan ifade edilmesi gibi birçok amacın gerçekleştirilmesini sağlar (Miral, 2001: 63).

### **1.2.3.Grup İletişimi**

Grup iletişimi, küçük gruplarla ve takımlarla yapılan iletişim türüdür. Kişilerarası iletişimden farkı sayısal olarak kişi sayısının fazla oluşudur(Aziz ve Dicle, 2017: 45). Kişilerin bireysel olarak hareket etmediği bir grup halinde hareket ederek grup içi ve gruplar arası iletişimde bulunduğu süreçtir. Kişi sayısının artmasıyla ortaya çıkan bir iletişim düzeyi olan grup iletişimi birlikte hareket etme özelliği olan kişiler arasında gelişen bir süreçtir(Yılmaz, 2005: 8). Grup içerisinde bir araya gelen kişilerin davranışlarını, tutumları ve değerleri grubun yapısına göre biçimlenmektedir. Aile, arkadaş ve sayıları ne olursa olsun bir grup yapısı içerisinde bir araya gelen bireylerin oluşturduğu iletişim grup iletişimidir(Güngör, 2019: 56).

#### **1.2.4.Örgütsel İletişimi**

Örgütler insanlardan oluşmaktadır. Nasıl ki insanları iletişimsiz olarak düşünemiyorsak, insanlardan oluşan örgütleri iletişimsiz düşünemeyiz. İletişim olmadan bir örgütün devamlılığını sağlaması, amaçlarına ulaşması beklenmemektedir. Bu açılardan bakıldığında örgütsel iletişim, örgütlerin içi ve örgütün çevresindeki iletişimi içermektedir (Megep, 2011: 11). O halde örgütsel iletişim, gerek örgüt içerisindeki birimler arasındaki iletişimin sağlanması gerekse örgütün dış çevresi ile olan etkileşimin ve koordinasyonun sağlanması için önemli bir süreçtir. Örgüt içerisindeki kurulacak çok yönlü bir iletişim ağının oluşması örgütsel iletişiminin verimli ve uyumlu olmasına bağlıdır(Demirtaş, 2010: 412). Örgütsel iletişim örgüt içerisindeki çalışanların kurmuş oldukları iletişim ve örgütün çalışma sistemi arasındaki uyum olarak da ifade edilmektedir. Kurulan bu iletişim sayesinde örgüt içerisindeki tüm çalışanlar arasında bilgi alışverişi sağlanarak çalışma sisteminin düzenli işlenmesini sağlar(Tanrıverdi Adıgüzel ve Çiftçi, 2010: 102). Örgütlerin faaliyetlerini sürdürebilmesi için bu kadar önemli olan iletişim örgütlerin iç çevresi kadar dış çevresi ile olan koordinasyonun sağlanmasında da oldukça önemlidir(Arslan ve Arslan, 2007: 143).

#### **1.2.5.Toplumsal İletişim**

Toplum içerisindeki yapıların bir bütün olarak varlıklarını devam ettirebilmesi için bu yapıların bir biri ile uyum ve iletişim halinde olması gerekmektedir. Bu yapıların tek başlarına varlığını devam ettirmesi mümkün değildir. Toplumsal yapı içerisindeki parçaların birbirleri ile olan iletişimleri ve ilişkileri toplumsal iletişimi oluşturur (Aryıldız, 2009: 10). Toplumsal iletişim Zıllıoğlu (2003: 85) tarafından, “*bir toplumun üyelerinin ortak maddi ve manevi etkinlikleri dolayısıyla aralarında oluşan bağlantıları doğrudan ve dolaylı yollarla göreceli olarak toplumun bütününde gerçekleştirilen süreçlerin tümü*” olarak tanımlanmaktadır.

#### **1.3. Sağlık İletişimi**

İnsanlar için korunması, kazanılması ve devam ettirilmesi zor olan sağlık kavramı denildiği zaman akla ilk gelen terimler hastane, hekim, hemşire, ilaç, ameliyat, tedavi gibi uygulama ve kavramlardır(Çıraklı ve Gözlü, 2019: 45). İnsanlar belki de hayatları boyunca en unutamadıklarını deneyimlerini sağlık ve hastalık durumunda kurdukları

iletişim sayesinde edinirler. Tüm bu deneyimler farkında olarak ya da olmayarak iletişim türlerinden biri olan sağlık iletişimi temelinde gerçekleşmektedir. Sağlık iletişimi, kişileri, toplulukları, sağlık uzmanlarını, hastaları, politika oluşturanları, organizasyonları, grupları ve toplumu etkilemek, güçlendirmek ve desteklemek için sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntem alışverişinde bulunarak bireysel, toplumsal ve halk sağlığı çıktılarını iyileştirecek, uygulama veya politikayı savunan, uygulayan veya sürdüren, farklı nüfusa ve gruplara ulaşmaya yönelik çok yönlü ve multidisipliner bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır (Schiavo, 2014: 9).

Sağlık iletişimi; sağlık veya sağlıkla ilgili davranışları etkileyen faktörlerle çeşitli sosyal ve fiziksel ortamlarda sağlıkla ilgili bilgilerin değişimi, iletimi, algılanması veya içselleştirilmesidir (Parker ve Thorson, 2009: 402). En basit haliyle içeriğinde sağlık olan iletişimin her türlü sağlık iletişimidir (Aydın ve Şahin, 2016: 68). Bireylerin sağlık düzeyini ortaya koyma, yaşam kalite standartlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, ulusal ve global olarak sağlık programlarının hazırlanması, düzenlenmesi gibi konu alanlarını içerisine almaktadır (Çınarlı, 2008: 45).

Etkili bir sağlık iletişim ortamı, hastanın sağlığının güçlendirilmesi için iş birliğine dayalı bir bakım, teknolojik ve tıbbi kaynakların verimli şekilde kullanılması ve hastalığın doğru teşhisinin temelini oluşturmaktadır (Donovan vd., 2017: 491). Gerçekleştirilen bu süreç sağlık iletişimi farklı düzeylerde meydana gelmektedir. Bu konuda iki görüş bulunmaktadır. Bunlardan ilkinin Thomas (2006: 3) tanımlamıştır ve beş düzeyden oluşmaktadır. İkinci görüş ise Kreps (2003)'ün ortaya koyduğu dört boyuttan oluşan görüştür.

Thomas (2006) sağlık iletişim düzeylerini şu şekilde sınıflandırmıştır:

**Bireysel Düzey:** Bu boyut bireyin sağlık durumunu etkileyen en temel değişkenin davranışları olduğunu ifade etmektedir. Sağlık durumu değişikliğinin temelini bireyler oluşturur. İletişim, kişilerin farkındalıklarını, bilgisini, tutumlarını, davranış değişikliklerini ve öz yeterliliğini etkileyebilir. Diğer tüm seviyelerdeki faaliyetler sonucunda bireyleri etkileyerek değişimi amaçlar.

**Sosyal Ağ Düzeyi:** Bir bireyin ilişkileri ve ait olduğu gruplar, onun sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Sağlık iletişimi ile ilgili programları, bir grubun aldığı bilgileri şekillendirmek için çalışabilir ve iletişim modellerini veya içeriğini değiştirmeye

çalışabilir. Bir ağ içindeki fikir liderleri özellikle sağlık programları için bir giriş noktasıdır.

**Organizasyon Düzeyi:** Bireylerin içinde olduğu organizasyonlardan etkilenmesidir. Kuruluşlar üyelerine sağlıkla alakalı çeşitli mesajlar taşıyabilir, bireysel çabaları için destek sağlayabilir ve bireysel değişimleri mümkün kılan politika değişiklikleri yapabilir.

**Topluluk (Grup) Düzeyi:** Toplulukların sağlıklı yaşam biçimlerini destekleyen yapılar ve politikalar oluşturarak ve sosyal ve fiziksel ortamlardaki tehlikeleri azaltarak veya ortadan kaldırarak teşvik edebilirler. Topluluk boyutundaki çalışmalar, sağlığı etkileyebilecek kurum ve kuruluşlarca planlanır ve yönetilir. Bu kurum ve kuruluşların başında; okullar, çalışma sahaları, sağlık hizmetleri ortamları, toplum grupları ve devlet kurumları gelmektedir.

**Toplum Düzeyi:** Bir bütün olan toplum, normlar ve kişisel değerler, kişilerin tutumları ve görüşleri, kanunlar ve politikalar ve fiziksel, ekonomik, kültürel ve bilgi ortamları dâhil olmak üzere bireysel davranış üzerinde birçok etkiye sahiptir.

Thomas tarafından yapılan bu sınıflandırma sağlık iletişimini özelden genele doğru açıklamaktadır. Bunun bir sonucu olarak bireylerin bilinç, tutum ve bilgi düzeyleri etkilendiği zaman bireyler içinde buldukları organizasyonları, cemiyetleri ve toplumsal yapıyı etkilemektedirler(Hülür, 2016: 159).

Kreps (2003)'in ortaya koyduğu ikinci görüşe göre sağlık iletişim düzeyleri dört boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar:

**Kişinin kendi zihninde oluşan düzey:** Kişinin sağlık davranışları ile ilgili kararlar alırken sağlık inançları, tutumları, değerleri gibi etkenlerle oluşan bir bakış açısını yansıtmaktadır.

**Kişiler arası sağlık iletişimi düzeyi:** Kişinin başkaları ile iletişimi ve ilişkileri sonucunda sağlık çıktılarının ve gelişiminin nasıl etkilendiğini ortaya koyar. Doktor-hasta iletişimi, kişilerarası sağlık iletişimi araştırmalarının popüler bir alanı olmaktadır.

**Grup sağlık iletişim düzeyi:** Kişinin içinde bulunduğu grup ve bağlı olduğu aileden aldığı bilgiler sağlık hizmeti ile ilgili kararlarında etkilidir. Sağlık hizmetlerinin modernleşmesiyle beraber sağlık sunumu karmaşık bir hale gelmiştir. Bu süreçte kişilerin kararlarını verirken sağlık çalışanlarına olan bağlılık düzeyleri artmıştır.

***Kurumsal ve toplumsal iletişim düzeyi:*** Birbiri ile etkileşim halinde olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının, yöneticilerin ve tüketicilerin grup ortamlarında ilgili bilgileri nasıl paylaştıklarını konu alan iletişim düzeyidir.

Sağlık iletişiminin doğru bir etki düzeyinde şekillenebilmesi adına, öncelikle kişilerarası iletişim düzeyinde hekim ve hastalar arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bu gereklilik, hasta-hekim iletişiminin sağlık iletişiminin ön planda tutulan ve temel araştırma konularından biri olarak şekillenmesini sağlamıştır(Güven ve Taşkiran, 2019: 10).

Yapılan tüm tanımlamalar neticesinde sağlık iletişimine genel olarak bakıldığında sağlık alanında gerçekleşen bir iletişimdir. İletişimin kaynağını bu alanda sunan sağlık profesyonelleri yani; hekim, hemşire, hasta bakıcı, ebe, tekniker ve teknisyenler gibi çalışanlar oluştururken iletişimin alıcısını da hizmet alanlar yani; hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır (Yüksel, 2009: 251). Sağlık iletişimi sağlık sunucularının arasında, hasta-hemşire arasında, diğer çalışanları- hasta arasında vb. farklı alıcı ve kaynak arasında da gerçekleşmez. Ancak, kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek için çoğunlukla hekimlerle iletişim kurduğundan dolayı sağlık iletişiminin önemli bir bölümünü hekim ile hasta arasındaki iletişim oluşturmaktadır(Güven ve Taşkiran 2019: 15). Yapılan bu çalışmada da hasta hekim iletişimi çalışmanın odak noktasına alınmıştır-

#### **1.4.Hekim-Hasta İletişimi**

Teknolojik gelişmeler, globalleşme ve insan haklarının gelişme göstermesi tüm alanları olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunu da etkilemiştir. Kişilerin eğitim ve refah düzeylerinin artmasıyla beraber sağlık hizmeti alanlar ve sunanlar arasındaki etkileşim de artmıştır(Gezergün vd. 2006: 7). Sağlık hizmetlerinde hasta için önemli olan kalite ve sağlık çalışanının başarılı olması algısında en önemli faktör iletişimdir (Derin ve Demirel, 2011:58). Hastanın içinde bulunduğu durumu hekime doğru bir şekilde ifade edebilmesi ve tedaviyi kabul edip uyması hasta- hekim arasındaki iletişiminin gücüne göre değişiklik göstermektedir. Hasta hekimiyle ne kadar iyi iletişim kurabilir ve hastalığı ve uygulanacak tedavi hakkında ne kadar fazla bilgi alabilirse hekime o oranda güveninin artması ve tedaviye uyumunun gelişmesi beklenmektedir.

Hekimlerin mesleklerinin doğası gereği amaçları, hastaları sağlığına kavuşturmak olup, hastanın sağlığına kavuşabilmesi için öncelikle her iki taraf arasında etkili bir iletişim



ortamının kurulması gerekmektedir. Hastanın tedaviye uyum sağlaması ve hekiminden memnuniyeti doğrudan hasta- hekim arasında geçen ilişkiden etkilenmektedir(Görgü, Tan ve Mevsim, 2021: 15). Hekimim mesleğini sevmesi, kişiliği, içinde bulunduğu çalışma şartları, hastaya karşı olan tutumu, ön yargıları gibi faktörlerin hekimin hasta ile olan ilişkisini yakından etkilemesi beklenmektedir.

Hekim-hasta iletişiminin nihai amacı, hastanın sağlığını ve tıbbi bakımını iyileştirmektir (Ha ve Longnecker, 2010: 38). Kişilerarası iletişim alanına giren hasta-hekim iletişimi, iki yönlü olmalı ve karşılıklı yarar sağlaması gereklidir(Kyle ve Shaw, 2014: 9; Karsavuran, Kaya ve Akturan, 2011: 191). Gerçekleşen iletişimin her iki taraf içinde olumlu sonuçlar ortaya çıkarabilmesi için hastanın hekim karşısında kendisi iyi ifade etmesine fırsat sağlanması gerekmektedir. Bu şekilde hekim hastasının şikayetini daha rahat anlayarak hastaya uygun olan tedavi yöntemini uygulayabilecektir.

Hekim- hasta iletişimi hekimin tıbbi teknik bilgisi, fiziksel muayenesi ve problemleri çözmesi kadar temel bir yetenektir (Asnani, 2009: 358). Hekim - hasta arasındaki iletişimin etkili olabilmesi için hekimin hasta ve hastalık hakkında doğru bilgiyi toplaması önem arz etmektedir. Hasta hekim arasındaki gerçekleşen etkili iletişim sonucu hekimler hastalarıyla alakalı doğru bilgiye ulaşır hasta için doğru olan tanıya rahatlıkla ulaşır. Bu sürecin sonunda da hastaların hekimlerine olan güveni daha fazla artar (Yılmaz, 2005: 12). Hekimin soru sorarken seçtiği yöntem hastanın içinde bulunduğu sıkıntıyı ve sorunu anlamasını etkiler. Hastalar hekimlerin onlarla ne kadar yakın ilgi göstereceğini anlayamadıkları zaman sorunlarını anlatmak için istekli davranmayabilir. Tüm bunların sonucunda da yetersiz iletişim gerçekleşmiş olur (Baltaş, 2000: 123).

Hasta-hekim iletişiminin niteliği özellikle kişinin ömür boyu yaşam kalitesini etkileyen diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği gibi kronik hastalıkların yönetiminde önemli olsa da tüm tedavi sunucularının sahip olması gereken önemli bir beceridir (Asnani, 2009: 358). Bu sebeple hekim ile hasta arasındaki ilişki tedavi sürecinin olumlu yönetilmesi bakımından önemlidir. Bu süreçte kurulan etkili bir iletişimin hem hasta hem de tedavi süreci üzerindeki etkileri göz önüne alındığında hekim hasta iletişimini etkileyen faktörlerin bilinmesi daha önemli hale gelmektedir. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen bu faktörler (Atıcı, 2007: 91);

- Hasta hekim arasında kurulan ilişki modeli
- İletişim
- Bütüncül yaklaşım (hastanın biyopsiko sosyal açıdan değerlendirilmesi)
- Güven
- Hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri
- Hekimden kaynaklanan durumlar
- Hastadan kaynaklanan durumlar
- Hastalıktan kaynaklanan durumlar
- Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar
- Bilimsel ve teknik gelişim-teknoloji
- Tıp etiği eğitimi.

### **1.5.Güven Nedir?**

Toplumsal hayatın sürdürülebilirliği ve hayatımızın her alanında bir işi yapmak için adım atmamıza sağlayan güven kavramı oldukça önemlidir. Güven, kişiler ve kurumlar arasında oluşan ilişkilerde hareketliliği oluşturan, üstlenilen görevleri yerine getirme, içtenlik, dürüstlük ve erdemi kapsayan bilinçli tutarlılıktır (Gökalp, 2003: 163). Güvenin sözlük anlamı “*korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu*” dur (TDK, 2021). Güven kişiler tarafından kazanılmış bir özellik değildir, kişinin ilgi ve alaka gösteren iletişim davranışlarından kaynaklanan bir beklentisidir (Bambino, 2006: 9). Kişilerarası sağlıklı ilişkilerin oluşmasında ve bu ilişkinin sürdürülmesi, uzun süreli kalıcılığının sağlanmasında güven gerekli yapı taşlarından biridir (Demirel, 2008: 108; Halis, Gökgöz ve Yaşar, 2007: 188).

Güven ilişkisi; kişilerarası ilişkilerde güven ve kuruma güven olarak ele alınmaktadır. Sağlık sektörü perspektifinden bakıldığında hastalar güven duydukları sağlık profesyonellerinden hizmet almak istemektedirler. Bu durum bilgi asimetrisinin bir sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Kişilerarası ilişkilerde güven duygusu, hasta ve hizmet sunucusu arasındaki bilgi asimetrisinin bir sonucu olarak hastaların hekimleri ile olan iletişimlerine göre gelişmektedir. Güvenin diğer türü olan kuruma güven kişilerin kuruma duyduğu güveni ifade etmektedir. Bir kuruma duyulan güven kişilerarası ilişkilerde güven duygusunu da büyük ölçüde etkilemektedir (Roth ve Schüler, 2006: 4; Rowe ve Calnan, 2006: 4).

Gordon ve arkadaşları (2014) tarafından güven, bir kişinin ikinci bir kişinin eylemlerine karşı savunmasız olmayı kabul etmeye istekli olması ve ikinci kişinin birinci kişinin istediği eylemleri gerçekleştirmesi beklentisi olarak tanımlanmaktadır. O halde güven, bireyin belirli bir sebepten dolayı belli başlı konularda karşı tarafın, bireyin istediği gibi sonuçlanacağı düşündüğü davranışı göstereceği düşüncesiyle kişinin kendisini karşı tarafa kendi isteği ile savunmasız bırakmasıdır (Dede, 2017: 36). Tanımlar incelendiğinde de anlaşılacağı gibi güven, kişilerin bir beklenti içerisinde olmaları ve kendilerini karşısındaki kişilere karşı savunmasız bırakmaları olmak üzere iki temel faktör üzerine vurgu yapılarak ifade edilmektedir.

Güven ayrıca insanları psikolojik olarak bir arada tutan, kendilerini güvende oldukları hissettiren insanlara karşı kuşku duymaması, insan ilişkilerinin olmazsa olmazı olarak görmeleri ve ilişkilerin devamlılığı için temel kriterdir (Ünsal, 2004: 227; Mayer, Davis ve Schoorman, 1995: 712). İyi ve doğru bir şekilde sürdürülen kişilerarası güven, kademeli olarak gerçekleşmektedir. Kişilerin hayatlarının her anında ihtiyaç duydukları güven duygusunu oluşturmak ya da oluşturmamak kişiye bağlıdır (Tüzün, 2007: 101).

### **1.5.1.Örgüte Güven**

Kişiler arası ilişkilerin özünü oluşturan ve kişileri bir arada tutan önemli bir olgu olarak kabul edilen güven, bu özelliğinin yanı sıra örgütsel yaşamı da etkileyen önemli bir kavram olarak görülmektedir (Güner, Yıldırım ve İçerli, 2012: 76). Tek başına sorunların üstesinden gelemeyen kişiler örgütlenmeye ihtiyaç duymaktadır. Sorunların çözülebildiği örgütler ayrıca toplumsal işleyişi de belirlemektedirler (Saraç, 2019: 23). Örgütsel güven, en basit haliyle örgüt üyelerinin örgüte karşı oluşturduğu güven olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte müşteri örgüt ya da sağlık hizmetleri bakımından hasta/hasta yakını sağlık kuruluşu bağlamında da güven önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda örgütsel güven, bireylerin örgütsel ilişkilerde rolleri, deneyimleri, ilişkileri ve bağımlılıklarına dayanan, birden fazla kişinin davranışları ve niyetleri hakkındaki genel olumlu beklentiler olarak tanımlanabilir (Turan ve Çınar, 2019: 76).

## **1.6.Hekim- Hasta İlişkisinde Güven**

Güven, kültür seviyesi yüksek organizasyonlar geliştirmenin temellerindedir. Sağlık kuruluşlarında güven kültürü ise önemli olan değerlerin ön plana çıkarılması, işin nasıl yapılacağı hakkındaki inançlar ve düşünce sistemi normlarını oluşturmaktadır. Kaliteli bakım hizmeti verilebilmesi ve geliştirilmesi için güçlü bir güven kültürüne ihtiyaç duyulmaktadır(Derin ve Demirel, 2011: 58).

Sağlık hizmetlerinin temel yapı taşı olmasından dolayı ve hastaların sağlık hizmeti alımı sırasında fazlasıyla yüz yüze geldikleri sağlık profesyoneli olan hekimler ile hastalar arasındaki iletişimin etkili olması önemlidir. Bu iletişimde tedavinin etkinliğinin artması ve oluşabilecek olumsuz sonuçların önüne geçebilmek için hekimin hastanın şahsi özelliklerini bilebilmesi için gerçekleşen iletişimde güven temel unsuru oluşturmaktadır. Hastanın, hekimin ihtiyaç duyduğu bilgileri çekinmeden paylaşabilmesi için hekimine güvenmesi gerekmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 355). Dolayısıyla hasta odaklı iletişimin temelinde hasta olan kişilerin güveninin oluşturulması esastır.

Hastalar için sağlık kuruluşlarının ve sağlık profesyonellerinin profesyonelliği ve bilgisinin güvenilirliği açısından önem arz etmektedir. Hastanın tedavisi ve hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, tedavisi ile ilgili kararlara katılımlarının sağlanması, kendilerinin güvenli bir ortamda hissetmeleri hekimlerine istedikleri zaman ulaşım iletişim kurabilmeleri onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 302). Dolayısıyla güven, hastanın kendisini ifade etmesini sağlamak, sessizliği tercih eden hastalara yardımcı olmak ve endişelerinin farkında olarak onları anlamak ve onlarla fikirlerini ve durumunu paylaşmakla oluşturulabilir (Uludağ, 2011: 55).

Hekim- hasta iletişiminin temel bileşenlerinden birini güven oluşturmaktadır. Kişinin birine güven duyması, karşındaki bireyin dürüst ve iyi olduğu ve kendisine zarar vermeyeceğine inanması anlamına gelmektedir. Sağlık alanında da hastalar hekimin bekledikleri şekilde davranması beklentisi içinde olabilirler. Hekimlerden şefkatli dürüst, güvenilir ve iyi niyeti muamele yapmasını beklemektedirler (Chandra, Mohammadnezhad ve Ward, 2018: 2).Hastalar onlar için gerekli olan bilgiye sahip olmadıkları için belirli ölçüde karşı tarafı denetleyebilmektedir.

Güven, hasta ile doktor arasındaki ilişkisinin önemli bir bileşenidir. Son zamanlarda yapılan hasta-hekim ilişkisi çalışmalarında güven unsuru kavramına sıklıkla karşılaşılmıştır(Berrios vd., 2006: 385). İyi bir hasta-hekim ilişkisinin ortaya çıktığı sonucuna varabilmek için sonuç değişkeni olarak hem hasta memnuniyeti hem de tedavinin başarısı bir belirleyici olarak kullanılmaktadır(Kowalski vd. 2009: 344). Hekimlerin bilgilerini açık ve net bir şekilde hastaya iletmesi, hastanın da kaygılarını, rahatsızlıklarını hekimlerine açık ve net olarak aktarması gerekmektedir(Yağbasan ve Çakar, 2006). Hastalar, hastalık durumunda fiziksel, sosyal, ruhsal olarak hastalığın vermiş olduğu korku, panik, endişe, kaygı gibi duygular içerisindedir. İçinde bulunduğu bu duygusal durumda hekiminden şefkat ve ilgi bekleyerek arasında bir güven bağı oluşturmak istemektedir. Hekim hasta ile ilişkisinde hastanın bu özelliğini her zaman göz önünde bulundurmak durumundadır.

Hasta-hekim ilişkisi hastanın tedavi olması açısından hekim ve hastanın birbirini karşılıklı olarak anlaması bakımından oldukça önemlidir. İyi bir ilişkinin kurulması yalnızca iyi bir tedavi süreci değil ayrıca hasta memnuniyeti, toplum sağlığı, hekimin tatmini, hastanenin karlılığı gibi etmenleri de etkilememektedir (Atilla, Oksay ve Erdem, 2012: 24). Hasta hekim ilişkisini kişinin davranışlarının yanı sıra içinde bulunduğu kültürel toplumsal ekonomik birçok etken tarafından değişiklik göstermektedir. Hastanın hekime güven duyması tedavinin gerçekleşmesi için birinci koşuldur(Koch ve Turgut, 2004: 65).

Hekim ve hasta arasındaki ilişki duygusal olarak bakıldığında yoğun biçimde gerçekleşen, karşılıklı olarak eşit bir şekilde meydana gelmeyen bir ilişki türüdür. Ancak tanı ve tedavi süreci gelişirken hasta ve hekim arasında yakın bir işbirliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Hasta-hekim arasındaki gerçekleşen bu işbirliği oldukça hassas ve güven temelleri üzerinde gerçekleşen bir süreçtir (Berry, 2007: 42). Ayrıca aldıkları eğitimden dolayı mesleki ve kurumsal yönden güçlü olan hekimleri, hastalığın vermiş olduğu çaresizlik ve kaygı ile yeterli tıbbi bilgiye sahip olmayan hastaların teşhis ve tedavi sürecinde anlaması zor olduğu için bu ilişkinin sürdürülmesinde güven en önemli faktörlerdendir (Güzeldemir, 2006: 39; Gülcemal ve Keklik, 2016: 66).

Hekim tarafından hasta için uygun görülen hizmetin, hasta açısından gerekli olduğuna hastayı ikna etmesi gerekmektedir. İkna olmayan ya da hizmetin gerekli olduğuna

inanmayan hasta hizmeti almak istemez veya aldığı hizmeti uygun bir şekilde değerlendiremez. Uygun görülen hizmete hastanın ikna edilmesi için hastanın hekime güven duyması gerekmektedir. Temelinde güven olmayan sağlık iletişimi, başarısız bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır (Ünal, 2016: 39). Bu sebeple hasta hekim iletişimin güven iletişimi olarak geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Sağlık iletişiminin başarısının temelinde güven unsuru bulunmaktadır. Hekime hastanın güven duymaması hekim hasta iletişimini başarısızlığa sürükleyecektir. Tam tersi etkili bir hasta-hekim iletişimin pek çok faydası bulunmaktadır. Bu faydalar şu şekilde sıralanabilir (Gözlü, 2018: 86-87):

- Doğru teşhiste bulunulması
- Zamandan tasarruf
- Daha sadık hastaların oluşumu,
- Tedaviye daha iyi yanıt alma
- Daha yüksek nitelikte bakımın sağlanması
- Yanlış tedavi riskinin azaltılması

Verimli ve kaliteli sağlık hizmeti çıktılarının oluşabilmesi için hastanın şikayetlerinin giderilmiş olması, iyilik durumu sağlanması ve hepsinden daha önemlisi tüm bu sonuçların elde edilebilmesi için hasta- hekim arasında güven ilişkine dayalı bir iletişimin oluşması gerekmektedir.

Hasta ve hekim iletişiminin etkinliğinin sağlanması, hekimin hasta ile karşılaştığı ilk andan itibaren dinlediklerini algılaması ile mümkündür. Hastanın anlattıklarını yorumlamadan tekrar etmek, gözleri ile temas kurmak gereken durumlarda başı ile onaylamak hekimin kurulan iletişimde etkin rol aldığını imajı yaratmaktadır. Hasta açınsındansa hekime gereken bilgileri etkin bir şekilde aktarmak hasta-hekim arasındaki karşılıklı güven ögesinin oluşmasını sağlamaktadır (Korkmaz, 2017: 9).

## BÖLÜM 2: TEDAVİYE UYUM KAVRAMI

Sağlık Bakanlığı'nın (2018) yayınladığı istatistiklere göre ortalama yaşam süresi giderek artmaktadır. Yaşam süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını da ön plana çıkarmaktadır. Yaşam kalitesi kavramının son yıllarda ön plana çıkmasının sebebi teknolojik gelişmelerle beraber sağlıkla alakalı önemli ilerlemelerin meydana gelmesidir. Bu gelişmeyle birlikte artık çoğu hastalığın teşhis ve tedavisi yapılabilmekte ve buna bağlı olarak yaşam süresi uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır (Müezzinoğlu, 2005: 25).

Kronik hastalıklar zaman aralığı olarak genellikle uzun süreli ve yavaş ilerleyen, düzenli ve sürekli tedaviye ihtiyaç duyulan, bakım ve izlem gerektiren hastalık durumlarıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013: 58). Kronik hastalıklarından kaynaklı kişiler yaşamları boyu fiziksel, ruhsal ve zihinsel olarak sınırlandıkları için bağımsızlıkları azalmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005: 195). Kişilerin kronik rahatsızlıklarından dolayı ömür boyu bu durumu alışıp benimseme ve hayatları ile içinde buldukları duruma sürekli olarak uyumlu hale getirme çabası içerinde olurlar. Kronik hastalıkların tedavi edilmesinde tedaviye uyum süreci oldukça önemlidir (Demirbaş ve Kutlu, 2020: 270). Uyum, "hastaların tıbbi talimatları ne ölçüde takip ettiğini ifade etmek amacıyla kullanılan bir kavramdır (WHO, 2001).

Uyum kavramı için tedaviye uyum (*adherence*), tedaviye itaat (*compliance*) ve tedaviyi sürdürme (*persistence*) kavramları literatürde birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Wood, 2012; Ho vd., 2009; Cramer vd., 2008; Touchette ve Shapiro, 2008). Bununla birlikte kavramlar arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır.

**Tedaviye uyum (*adherence*)**, tedavi edici sonuçlar ortaya çıkarmak için hastanın aktif, gönüllü iş birliğiyle reçetesinde yazan ilaçları eksiksiz, tam zamanında ve önerilen biçimde uygulamasına dayanan bir süreçtir (Ho vd., 2009: 3028). Başka bir ifade ile tedaviye uyum, hekimin önerdiği aralıklarla kontrollere düzenli gelmesi, uygun tedavi programını tamamlaması ve ilaçları düzenli alması hastanın önerilen sağlık tavsiyelerine uymasıdır (Ervatan vd., 2003: 6; Touchette ve Shapiro, 2008: 2; Demirkol ve Tamam, 2016: 85). Hastanın tedaviye uyumu, bir dizi davranışsal ve sistem faktörüne bağlıdır. Tedaviye uyum, hastaların sosyal, eğitim ve ekonomik durumlarından, hastalık hakkındaki algısından, ilacın kullanım kolaylığı ve sıklığından etkilenebilmektedir

(Touchette ve Shapiro, 2008: 2). Kısaca tedaviye uyum, hastanın hizmet sunucusu tarafından önerilenleri kabul etmesi ve uymasdır. Bu tanımlara bakıldığında hastanın kararlarını verirken özgür olduğu, bir seçeneğinin bulunduğu, hizmet sunucusu ile ortak hedeflerinin ve buna bağlı olarak da arasındaki iletişimin güçlü olduğunu söylenebilir.

Tedavi başarısının temelinde hastaların tedaviye bağlılıkları önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmeti sunucusu tarafından hastanın değer ve inançları, yaşam tarzı ile hizmet sunucusunun tavsiye, görüşlerinin birbiri ile örtüştüğü (Wood, 2012:3; Zachary vd., 2012), hastanın aktif, gönüllü ve işbirliğine dayalı katılımı ve işbirliğine dayalı bir yaklaşımdır (Ho vd., 2009: 3028).

**Tedaviye itaat (compliance)**, Latince kökenli olan kavram, bir eylemi veya bir süreci tamamlama, sözünü yerine getirmek anlamlarına gelmektedir (Aronson, 2007: 383). Hastanın hekim tarafından önerilen ilacı uygun dozda, uygun görülen zaman aralığında pasif bir şekilde takip etme davranışdır (Cramer vd., 2008: 44). Bu kavramda hasta-hekim ilişkisine bakıldığında ise hastanın fikirlerine yer verilmediği, etkili bir iletişim ortamının sağlanmadığı hasta pasif olduğu sorgulamadan tedaviyi kabullenmesi söz konusudur.

**Tedaviyi sürdürme (persistence)**, hasta tarafından önerilen süre boyunca tedaviyi kesintiye uğratmadan ilaçların alınmasıdır.

### **Tedaviye Uyumsuzluk**

Tedaviye uyumun karşıt anlamı olan tedaviye uyumsuzluk, hekim tarafından uygun görülen ilacın önerilen dozda, uygun kullanım saatlerinde kullanılmaması ve tedavi için hazırlanan zamana bağlı kalınmaması, reçeteli ilacın temin edilememesi veya ilacın reçetede yazılanın dışında kendi kendine uygulaması gibi ilaç tedavisine uyulmaması ile başlar (Ervatan vd., 2003: 6; Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2004: 693). Jimmy ve Jose (2011) tedaviye uyumsuzluğu, hastanın davranışları ile sağlık hizmeti sunucularının bulunduğu önerilerinin örtüşmemesi olarak tanımlamaktadır. Uyumsuzluk durumunda hasta hekimi ile olan randevularına katılamamakta veya geç kalmaktadır (Jimmy ve Jose, 2011).

Tedaviye uyum davranışı hastalığın doğası ve uygulanan tedavi programının özelliklerinden etkilenir (Ervatan vd.,2003: 6). Bu etkilenme sonucu olumsuz olarak ilerlediği süreçte oluşan uyumsuzluk davranışı hastalığın şiddetlenmesi ve ilerlemesiyle hastanın ailesel ve mesleki problemler yaşamasına ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep



olmaktadır (Dikeç ve Kutlu: 2014: 41; Epstein ve Cluss,1982: 950). Ayrıca, uyumsuzluk, hem hastanın davranışlarıyla hem de sağlık sisteminden kaynaklı engellerden oluştuğundan çok yönlüdür (Touchette ve Shapiro, 2008: 2). Tedaviye uyumsuzluk sonucu yüksek bakım maliyetleri, sağlık sistemi için endişe verici hale gelmektedir (Hovd, 2009: 3028).

Tedavi sürecinde tedaviye uyumsuzluğun yüksek olarak karşılaşıldığı iki dönem vardır. Bunlardan ilki tedavinin başlangıcında hastanın yan etkilerle karşı karşıya kaldığı dönem, ikincisi ise hastalığın kontrol altına alınarak kısmi bir düzelmeye izlendiği dönemin hemen sonrasındır (Ervatan vd., 2003: 6). Hastalar kısa süreli şikâyetlerinin azaldığı dönemde kendilerini iyi olduklarına inandırarak tedaviyi yarım bırakabilmektedir.

## **2.1. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler**

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Bununla birlikte tedaviye uyumu en tutarlı şekilde etkileyen faktörler düşük okuryazarlık, sağlık sigortası kapsamında olmama ve zayıf sosyal destektir (Wood, 2012: 4). Dünya Sağlık Örgütü kişilerin tedaviye uyumu etkileyen faktörleri beş başlık altında değerlendirmektedir. Bu faktörler ise(Sabaté, 2003: 27);

- Sağlık sistemi ve sağlık personeli ile ilgili faktörler,
- Sosyal ve ekonomik faktörler,
- Tedavi ile ilgili faktörler,
- Hastalık ile ilgili faktörler,
- Hasta ile ilgili faktörlerdir.

### **2.1.1. Sağlık Sistemi ve Sağlık Personelinden Kaynaklanan Faktörler**

Uyumsuzluk, kronik hastalık kontrolünün sağlanmasında ciddi sorunlar ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Touchette ve Shapiro, 2008: 2). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve üretim kaybı meydana getirmektedir. (Erkoç ve Yardım 2011). Tedaviye uyumun gerçekleşmemesi dolaylı olarak sağlık kurumları-sunucuları için boşuna geçen zaman ve iş kaybıdır.

Tedaviye uyum sürecinden bireylerin sağlık hizmeti aldığı hizmet sunucusunun yetersiz bilgi donanımına sahip olması, yetersiz hasta desteği ve etkileşimi, hasta takibinin eksik

bir şekilde yapılması uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (Hacıhasanoğlu, 2015: 152). Sağlık sisteminden kaynaklanan zayıf ilaç dağıtım sistemi, yetersiz sağlık sigorta sistemi, geri ödeme için etkili bir finans sisteminin bulunmaması tedaviye uyumdaki bir diğer sağlık sistemi faktörleridir.

### **2.1.2.Sosyal ve Ekonomik Faktörler**

Sosyal ve ekonomik faktörlere sosyal boyutuyla bakıldığında kişilerin hastalık, tedavi süreleri boyunca ailesinden ve yakın çevrelerinden görmüş olduğu destektedir.

Tedaviye uyum göstermede kişilerin mesleki faaliyetleri sebebiyle günlük rutinlerine oturtamamaları sebebiyle meydana gelen durumlar önemli olabilmektedir. Bazı hastaların işlerinden eve gece geç dönmeleri ve bu nedenle akşam dozlarını almayı unumaları ya da eve geç dönmeleri nedeniyle sabah dozlarını almaları gereken saatte uykuda olmaları gibi farklı sebeplerle tedaviye uyum üzerinde yaşam tarzı etkili olmaktadır (Tuncer ve Khorshid, 2018: 28). Ekonomik boyutu ise kişilerin bu süreci maddi olarak karşılayıp karşılayamamasıyla alakalıdır. Gelir durumu iyi olan hastalar rahatlıklara ilaçları temin edebilir, hekim tarafından istenen ekstra testleri yaptırabilir, sigorta desteklerini de k

### **2.1.3.Tedavi ile İlgili Faktörler**

Tedavi sürecinin karmaşıklığı, alınan ilacın sayısı ve cinsi, tedavinin yan etkileri, tedaviyle ilgili rahatsızlıklardır (Kara, 2007:134). Bu anlamda uyumu etkileyen tedaviyle ilgili birçok faktör vardır. Bunlardan en önemlileri, tıbbi rejimin karmaşıklığı, tedavi süresi, önceki tedavi başarısızlıkları, tedavide sık görülen değişiklikler, yan etkiler ve bunlarla başa çıkmak için yeterli tıbbi desteğin bulunmamasıdır. Tedaviyle alakalı olarak verimli sonuçlar elde etmek için hastaların ihtiyaçlarına göre tedavinin özellikleri belirlenmektedir (Sabaté, 2003). Tedavilerin yan etkileri azaldıkça hastaların tedaviye uyumları da kolaylaşacaktır.

### **2.1.4.Hastalık ile İlgili Faktörler**

Hastalık durumu ile ilgili faktörler, hastaların durumlarıyla (hastalıklarıyla) ilgili karşı karşıya kaldıkları faktörlerdir. Bu faktörler hastalığın şiddeti, süresi, farklı hastalıklarla bir arada görülme durumu ve hastalığın ilerleme hızı ile ilgilidir. İnsanların yaşamları

üzerinde fiziksel, psikolojik, sosyal olarak hastalığın ne gibi engeller oluşturduğu ve mesleki hayatları üzerinde ne gibi etkiler oluşturduğu ile alakalıdır (Sabaté, 2003). Kişilerin farklı rahatsızlıklarının ortaya çıkmasıyla beraber farklı bir tedavi süreci başlayabilir, ilaç kullanım sayısı artabilir ve hastaların tedaviye uyumlarında azalma olabilir.

### **2.1.5.Hasta İle İlgili Faktörler**

Yapılan çalışmalarda genellikle tedaviye uyumsuzluğun sebeplerinin başında en sık karşılaşılan hastadan kaynaklı faktörlerdir (Hacıhasanoğlu, 2015:152). Kişilerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumları içerisinde buldukları kültürel yapı, tedavi hakkında bilgi sahibi olma durumu, benlik saygısı, kişinin rahatlığı, tedaviye karşı inancı gibi etkenler tedaviye olan uyumunu etkilemektedir. Hastanın alınan ilaçla alakalı yeterli bilgi sahibi olamaması ve ilaç kullandıktan sonra sonuçlarını bilememeleri onların kafasında soru işaretleri ortaya çıkarır tedaviye uyumun sağlanmasında olumsuz etkilere sebep olur (Kara, 2007: 134; Mete, 2008: 9; Tuncer ve Khorshid, 2018: 28).

Uzun süre tedavi olan hastalar, içinde buldukları durumun da vermiş olduğu sebeplerden dolayı tedaviye uyumda zorlanırlar ve tedavi konusunda başarıları azalır. Bu başarısızlık genellikle hastanın tedaviye karşı inancının olmaması, motivasyonunun eksik olması ve yetersiz sağlık bilgisinin bulunmasından kaynaklanır (Hacıhasanoğlu, 2015:152). Hastaların okuryazar olup olmama durumları ve ilaçlarını almayı unutmaları uyumu etkileyen faktörlerdendir (Jimmy ve Jose, 2011: 157). Hastanın verilen ilacın kullanım şeklini okuyup anlayabilmesi, yorumlayıp, uygulamaya geçmesi tedavinin başlangıcı olarak görülebilir. Okuryazarlığı düşük olan kişiler tavsiyeleri anlamakta güçlük yaşar ve artan tedavi uyumsuzluğu ortaya çıkar.

Kişilerin hastalıkları hakkındaki bilgileri ve inançlarını dikkate alarak hastalık yönetiminde bulunmalarında öz-yeterlilikleri, uyum davranışları tedavinin sonucunda etkili olmaktadır. Umutsuzluk ve olumsuz duygular, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile ilgili hayal kırıklıklarının oluşması, bağımlılık korkusu tedaviye uyum motivasyonunu olumsuz yönde etkiler. Bireyin önceki yaşam deneyimleri, hafızası, öğrenme kapasitesi, davranış değişikliği, diğer kişilerle ilişkileri ve problem çözme davranışı uyum sağlamasına yardım eden kişisel kaynaklardır. Hastalar kendinden kaynaklanan uyumsuzluğu azaltmak için öz yönetim becerilerini güçlendirerek kendilerine olan

güvenlerini sağlayabilirler (Karadakovan ve Eti Aslan 2010; Sabaté, 2003). Bireylerin kendilerini tanıması ve analiz etmeleri bu noktada oldukça önemlidir.

## **2.2.Hasta- Hekim İletişimi ve Tedaviye Uyum**

Hastaların karar verme sürecine dahil olmasının, hastalığın ve tedavinin hastalar tarafından ciddiye alınmasını ilaç uyumunu olumlu yönde etkilediği kanıtlanmıştır (Borataş ve Kılıç, 2018: 959). Kronik hastalıklarda da tedavi sürecinde tedaviye uyumun sağlanması hekimin hastaya bilgi ve güven vermesi, hastalıktan kaynaklanan sınırlılıklarla başa çıkmasına yardımcı olması hastalığın yönünü ve hekimin tedavi başarısını belirleyen önemli bir konudur (Mete, 2008: 9).

Hastalar bireysel değerlendirmeleri sonucu hastalıklarının durumunun farkına varır. Hastaların içinde buldukları hastalık durumu korkutucu geldiği için hastalığı yokmuş gibi görmeye çalışarak inkar eder ve hekiminden olağanüstü sonuçlar bekleyerek anlaşılacak isterler. Hekim hastalara tedavi süresinde yardımcı olurken onları bir bütün olarak görerek korkularını, endişelerini, beklentilerini iyi tespit ederek hastalığına uygun olan yaşam biçimi ve alışkanlıklar edinmesine yardımcı olur (Mete, 2008: 9).

Tedavinin etkili olabilmesi, hem ilacın etkinliğine hem hastanın tedaviye uyumuna bağlıdır. Tedaviye uyumun artırılması için hastanın ilacı alma, bırakma veya devam ettirme kararını kendisinin verebilmesi gerekmektedir.

Hastalar bu süreçte hekim ile birlikte tedaviye ilişkin kararlarını verebilmeleri de oldukça önemlidir. Hekim tarafından ilaç kullanımının anlatılması sırasında da ilacın alımı basit bir şekilde, hastanın özelliklerine göre anlayacağı düzeyde ifade edilmelidir (Jimmy ve Jose, 2011: 156; Soykan, 2013: 59). Hekimler, hastaların güvenlerini kazandıkları durumda hastaların tedavileri boyunca ortaya çıkabilecek engelleri de kolaylıkla aşmalarında cesaretlendirici olabilmektedirler. Güvenin oluşması halinde hekimler tarafından verilen tavsiyeler, kişilerin alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişikliklerinde de etkili olabilmektedirler.

Hekimler, ilaç tedavisine uyumu arttırmak için karar verme sürecinde hastanın katılımına önem vermelidir. Uyumsuzluğun altında yatan temel sebeplerin belirlenmesi için tedaviye hastanın katılımı önemlidir (Jimmy ve Jose, 2011: 157). Hasta-hekim arasında oluşan ilişkide güven iletişiminin sağlanması, hastanın karar verme sürecine katılımıyla tedavi

uyumunun ve hasta memnuniyetinin artması, iyileşmelerin pozitif yönde olmasında etkili olduğu görülmüştür (Sidani, Epstein ve Miranda, 2006: 118). Hasta ve hekim arasındaki ilişki tedavilerin temelini oluşturup, tedavilerin başarısı oluşan bu ilişkiye göre şekillenmektedir (Atıcı, 2007: 91-92) Uyumsuzluğun başlıca nedenlerinden olan hasta-hekim uyumsuzluğunun yüksek olması, hasta memnuniyetinin azalmasına sebebiyet verir (Jimmy ve Jose, 2011: 157).

Hekim - hasta arasında güvene dayalı bir iletişimin kurulması hastaların problemlerini daha iyi bir şekilde ifade etmesi açısından önemlidir. Güvene dayalı bir iletişimde hastalar kendini daha rahat hissederken içinde buldukları problemlerin paylaşımı ve çözüm yolunun bulunması daha kolay olmaktadır (Tülek, 2016: 30). Bu sebeple hekim tarafından tanısı konulmuş hastalar psiko-sosyal yönden desteklemeli ve gözlem altına alınmalıdır. Hastalar tedavi sürecine karşı pozitif bir bakış açısı geliştirmeleri konusunda desteklenmelidir.

Güven ilişkisi karşılıklıdır. Hasta ve hekimin ortaklaşa aldığı kararlar doğrultusunda birbirine karşı saygılı olmaları, alınan kararlara uygun şekilde hareket etmek için birbirlerine inanmaları gerekmektedir. Hastanın ve hekimin birbirinden aldığı bilgilere güvenmeleri de tedaviye uyum sürecinin başarılı olmasının temelini oluşturur (Taşkaya, 2014: 41). Tedaviye uyumun sağlanması ve devamlılığının artırılmasında hekim tarafından hasta ve yakınlarının da tedavi ile alakalı olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesi de oldukça önemlidir. Hasta yakınları hastayı tedavi konusunda cesaretlendirerek uyuma katkı sağlar (Vatansever ve Ünsar, 2014: 67). Hekimin hasta dışında yakınları ile olan iletişimlerinin de güçlü olması bu noktada oldukça önemlidir.

Kronik rahatsızlıklarda hasta ve yakınlarıyla çeşitli problemlerden dolayı sık sık aile-hasta-hekim arasında tedavi bağı kurulmaktadır. Bu ilişkinin pozitif yönde olması hastalığın seyri hakkında neler yapılması gerektiğine dair bilgilendirmelerin yapılması hastanın tedavi sürecini en rahat şekilde geçirmesine destek olur (Soykan, 2013: 59).

## BÖLÜM 3: ÖZ-YETERLİLİK KAVRAMI

Bu bölümde öz yeterliliğin tanımı yapılarak, öz yeterlilik düzeyleri, öz yeterliliği yüksek ve düşük olan kişilerin özellikleri, öz yeterlilik kaynakları ve sağlık öz yeterlilik ilişkisi konularına yer verilmektedir.

### 3.1. Öz-Yeterlilik Tanımı

Son yıllarda hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına üzerinde durulan önemli konulardan biri öz yeterliliktir. Özellikle bireylerin tavsiye edilen sağlık davranışlarına uyumu ve sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranış değişikliği süreci ile bu sürece uyum sağlamak için nasıl motive edilebileceğinin anlaşılması öz- yeterlilik kavramının gündeme gelmesinde etkili olmuştur (Kulakçı vd., 2012: 53).

Öz yeterlilik algısı sağlıklı olan kişilerin olumlu sağlık davranışı kazanmalarında, kronik hastalığı olanların ise sağlıklarının korunması, geliştirilmesinde önemli bir etkidir (Ünsal ve Kaşıkçı, 2008: 41). Öz yeterlilik kavramının temel olarak kelime kökenine bakıldığında; “Öz” kelimesi TDK’ya göre “*bir kimsenin benliği, kendi manevi varlığı*” anlamı gelen “öz” kelimesi kişinin kendine ait olan, kendisi ile ilgili anlamına gelmektedir. Yeterlilikse belirli bir alanda, hizmet kolunda gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaya denir. Bir işi yapabilmek için kişinin belirli bir yerde, belirli zaman diliminde yapabilmesi ve kişilerin belirli bir rolü oynayabilmesini sağlayan özelliklerin var oluşudur (Izgar, 2001: 15). Bu bağlamda öz kelimesinden türetilen öz yeterlilik kişinin kendisi ile alakalı, kendine ait olan yeterliliğidir.

Öz kavramı kişinin yetenekleri ve kişiliği ile ilgili özelliklerine karşı olan olumlu ya da olumsuz algısını ifade etmektedir (Lee, 2005: 287). İlk kez Albert Bandura tarafından 1977’de kullanılan öz yeterlilik kavramı, insan davranışının önemli belirleyicisi olarak Sosyal-Bilişsel Kuram çerçevesinde kullanılmış, sonrasında birçok kurumsal ve deneysel çalışmada ön plana çıkmıştır (Yıldırım ve İlhan, 2010: 302). Bandura öz yeterlilik farklı şekillerde de ifade edilmiştir. En temel anlamda “*kişilerin yaşamını etkileyen sorunlarla karşılaştığı zaman bu soruna karşı göstereceği performans olan inancı*”dır. İnsanların nasıl hissettiği, düşündüğü, kendilerini olaylar karşısında nasıl motive ettiği ve nasıl davranışlar gösterdiği kişilerin öz yeterlilik inançlarını oluşturur (Bandura, 1994: 73). Öz yeterlilik inancı kişilerin karşılaştıkları sorunları yönetmek için gerekli olan eylem

planlarını organize etmek ve bu planları yürütmek için kişinin kabiliyetlerine inanmasıdır (Koçak ve Büyükyılmaz, 2019: 170). Öz yeterlilik inancı kişinin kendine daha çok güvenmesini, gereksinimlerini karşılarken dış etkenlere daha az bağımlı olmasını sağlar. Yetenekleri ve iş performansı sayesinde kendine güven duyan kişiler yaşadıkları sıkıntıları kendileri için bir deneyim olarak görüp, sorunların üstesinden gelebilecek yeterlilikte olduklarına inanırlar (Solmuş, 2004: 79). Bir inanç olan öz yeterlilik, bireylerin bir görevi yapabilmek için sahip olduğu potansiyelden az ya da daha çok kapasitede olduklarına inanmaları oldukça doğaldır (Kotaman, 2008: 112). Öz yeterlilik inancı kişilerin hayat boyu kullanacağı önemli bir beceri olarak görülmektedir (Arseven, 2016: 63).

Herhangi bir sorun karşısında güçlükle karşılaşan kişiler yetenekleri konusunda endişe içerisinde olduklarında bu durumdan vazgeçebilir ya da çabaları azalabilir. Kendi yeteneklerine güvenleri tam olan kişilerse mücadeleleri bırakmaz ve daha çok çaba harcayarak, azimli davranarak sorunlarla mücadele ederler (Bıkmaz, 2002:199). Burada önemli bir faktör öz yeterlilik inancıdır. Öz yeterlilik inancı, kişinin beceri ve bilgi gibi diğer değişkenlere aracılık eden ve hepsini birbiri ile bağdaştıran özelliklerinin bir arada tutulmasını ve etkili bir şekilde kullanılmasını sağlamaktadır. Bu sebepten dolayı öz yeterlilik yeni bir becerinin kazanılması, öğrenilmesi ya da devamlılığı sağlanarak uygulanmasında oldukça önemlidir (Kotaman, 2008: 113-114). Öz yeterlilik inanç düzeyi değerlendirilirken genellikle üç temel ölçekten yararlanılmaktadır (İkizler ve Tabak, 2000).

- *Öz yeterlilik düzeyi:* Kişilerin belli bir işi yapabileceğine olan inancıdır. İşin ne kadar zor olduğu zorluk derecesine göre; kolay, orta, zor gibi düzeylerle ortaya koyar ve istenilen davranışın özelliklerine göre değişir.
- *Öz yeterlilik gücü:* Kişilerin bir sorun karşısındaki başarı performanslarıdır. İstenilen davranışa karşı kişilerin inançları güçlü ve zayıf olabilmektedir. Güçlü bir inanç istenilen davranış konusunda başarılı sonuçlar verirken zayıf bir inanç başarısız sonuçlar verir. Ulaşılmak istenilen davranışın gerçekleştirilmesini zayıflatır.
- *Öz Yeterliliğin Genelliği:* Kişilerin öz yeterlilik inançlarının belirli alanlarla mı, yoksa herhangi bir alana genellenebilirliği ile alakalıdır.

### **3.2. Öz-Yeterliliği Yüksek Olan Birey Özellikleri**

Öz yeterliliği yüksek olan bireyler karşılaştıkları sorun karşısında, gerçekleştirilmek istenen konuya ilişkin çalışmalara, etkinliklere başkalarına göre daha istekli katılım sağlarlar ve beklentilerini hep yüksek tutan davranışlar sergilerler (Akkoyunlu ve Kurbanoğlu, 2004: 12). İnsanların algılanan yeteneklerini ne kadar güçlü hissederse o oranda kendilerine daha güçlü hedefler belirlemeleri ve hedeflerine olan bağlılıklarının ve isteklerinin de fazla olması beklenir.

Öz-yeterliliği yüksek olan kişilerin zihinleri hep başarıya hayali, belirlediği hedeflere ulaşma inancı ve kendileri için daha yüksek hedefler koymaları ile doludur. Karşılarına hedefleri ya da yapmak istedikleri olaylar karşısında herhangi bir başarısızlıkla karşılaştıklarında hemen pes etmezler. Amaçlarına ulaşmak için daha mücadeleci ve istikrarlı olurlar. Amaçlarını gerçekleştirirken karşılarına çıkan başka olaylar onları güçlü öz yeterlilikleri sayesinde sarsmaz ve hedeflerine ulaşmak için azimler çalışırlar (Bandura, 1994; Arslan, 2019b: 24; Yiğitbaş ve Yetkin, 2003: 7). Güçlü bir öz yeterliliğin varoluşu kişisel gelişim oluşması ve becerilerin çeşitlenmesini sağlar (Yıldırım ve İlhan, 2010: 302).

### **3.3. Öz-Yeterliliği Düşük Olan Birey Özellikleri**

Öz-yeterliliklerinden şüphe eden bireyler zor olan işleri kişisel tehdit olarak gördükleri için uzak dururlar. Her zaman olumsuz sonuçlar üzerinde durdukları için zor görevlerle karşılaştıklarında başarmak için neler yapabileceklerini değil karşılaşacakları engelleri, kişisel eksikliklerini ve her türlü olumsuzluğu düşünürler (Bandura, 1994: 75). Düşük öz yeterliliğe sahip olan bireylerin öz saygıları da düşük olmaktadır. Bireyin bir işin üstesinden gelmeye yönelik olarak düşünmesi, ondan hoşlanma, memnuniyet duyma gibi iyi duygular üretirken, başarısızlık beklentisi ise kaygı ya da stres gibi kötü duygulara yol açmaktadır. Bu duygular kişinin performansını da olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir (Özdemir, 2008: 278-279).

Öz yeterlilik insanların bir iş için harcayacağı enerji ve zaman için de etkili bir kavramdır. Düşük öz yeterlilik karşısında bireyler enerji ve zamanlarını harcadıkları için çabaları yavaşlar, çabuk pes ederler ve kendileri için daha düşük hedefler belirlerler. Düşük öz



yeterlilik duygusu içerisindeki kişiler başarılarını ve bundan sonraki gelişimleri hakkında olumlu duygular içerisinde değildir. Sonrasında da problemlerle karşılaştığında başarılı olamayacaklarını düşünürler. Duygu durumları genellikle çaresiz, stresli, depresyon hali ve anksiyete şeklindedir (Bandura, 1994; Keleş, 2014: 97; Ünal Keskin ve Orgun, 2006: 93).

### **3.4.Öz -Yeterlilik Kaynakları**

Bandura (1994) öz yetkinlik algısının bilgi kaynağı olarak dört temel kaynak vardır. Bu kaynaklar başarıyla tamamlanmış deneyimler, dolaylı deneyimler, sosyal ikna, fizyolojik ve duyuşsal durumlardır. Yeterlilik inançları Bandura (1994) tarafından ortaya konan dört ana kaynak tarafından geliştirilir (Bandura, 1994; Lee, 2005: 490).

#### **3.4.1. Deneyimler**

Güçlü bir öz yeterlilik duygusu yaratmanın en etkili yolu kişinin deneyimleri sonucu elde etmiş olduğu başarılarıdır. Kişilerin deneyimleri en önemli kaynaktır. Başarıların elde edilmesi sağlam bir öz yeterlilik inancı oluşturur. Başarısızlıklar öz yeterlilik duygusu sağlam bir şekilde oluşmadan meydana gelirse öz yeterliliği zayıflatır. Başarıları kolay elde eden bireyler, hızlı sonuçlar beklemeye başlarlar ve başarısızlıktan kolayca cesaretleri kırılır. İnsanlar başarılı sonuçlar elde ettiklerine inandıktan sonra öz yeterlilikleri yükselir ve zorluklar karşısında daha güçlü kalmalarını sağlar (Bandura, 1994: 94). Öz yeterlilik zamanla deneyimlerden beslenerek gelişen bir inançtır (Lee, 2005: 286).

#### **3.4.2. Dolaylı Deneyimler**

Kişilerin kendilerine benzettikleri insanların sürekli çaba göstererek başarılı olduğunu görmesi, kendilerine olan inançlarını arttırırken başarısızlığını görmekse inançlarını zayıflatır. Kişilerin kendilerini benzettiği insanlarda gördüğü benzerlik ne kadar büyükse başarı ve başarısızlıklar o kadar ikna edici olur. Başka birinin deneyimleri sonucu elde ettiği bilgiler, bireylerin öz yeterliliklerini geliştirmesi için kendi deneyimi kadar etkili değildir (Bandura, 1994; Milner ve Hoy, 2003: 266). Kişilerin iş yapacağı alanında daha öncesinde bilgileri yoksa başkalarının deneyimlerinden daha çok etkilenir (Lunenburg, 2011: 3). Kanser hastası bir kişinin çevresinde yine aynı hastalığa sahip olanın tedavisinde başarılı olması sonucu kendisinin de başaracağına dair inancını geliştirmesi dolaylı deneyime örnek olarak verilebilir.

### **3.4.3.Sosyal İkna**

İnsanların başarılı olması için kendilerinde gerekli olan yetkinliklere sahip olduklarına dair inançları güçlendirilmelidir. Eğer kişiler başarılı olmak için gereken yetkinliklere sahip olduğu konusunda ikna edilebilirse başarıya ulaşmak için daha çok çaba göstermekte ve daha sabırlı davranmaktadır. Tam aksi durumlarda ise kişilerin sahip olduğu yetenek konusunda yetersiz olduğuna dair algıları ön plana çıkmaktadır. Kişiler bu tür olumsuz etkilerden dolayı kendilerini başarısız hissetmektedir (Bandura, 1986). Sosyal ikna genellikle aileden ve bireyin çevresinden yapılan uyarılar sonucu oluşmaktadır (Lee, 2005: 287). Bununla birlikte ikna edecek kişinin uzmanlığı ve güvenilirliği ikna etme konusunda etkilidir (Milner ve Hoy, 2003: 265). Sosyal ikna kişilerin bir davranışı yapmalarını sağlamak için gerekli güce ve beceriye sahip olduğu konusunda ikna edilmesi amacıyla ve sağlık eğitiminde sıklıkla kullanılmaktadır (Butler, 2000: 249).

### **3.4.4.Fizyolojik ve Duyuşsal Kaynaklar**

Fizyolojik ve duyuşsal kaynaklar kişilerin yeteneklerine dair algının oluşmasında etkili olan bir diğer kaynaktır. Bir görevde başarısız olmayı bekleyen, yapamayacağını düşünen kişi kalp çarpıntısı, kızarıklık hissi, terli avuç içi, baş ağrısı vb. birçok fizyolojik belirti ile karşı karşıya kalacaktır. Ortaya çıkan bu belirtiler kişiden kişiye değişir, devam ettiği durumlarda düşük performansla ve öz yeterlilik duygusunun gelişimini olumsuz yönde etkilenmektedir (Lunenburg, 2011: 4). Rahat olan kişilerinde, bir problem karşısında başarılı olması için yüksek düzeyde öz yeterliğe sahip olması beklenmektedir (Arseven, 2016: 69).

Önemli olan duygusal ve fiziksel tepkilerin yoğunluğu değil, daha çok nasıl algılandığı ve yorumlandığıdır. Yeterlilik duygusu yüksek olan kişiler duyguları tarafından uyarılmaları onların performansını, yeterlilik duygularından emin olmayanlarsa uyarılmaları bir performans düşürücü olarak görür. Yeterliliğin fizyolojik göstergeleri, fiziksel aktivitelerde, sporda ve sağlık durumlarında etkili rol oynamaktadır. Ruh hali aynı zamanda kişilerin öz yeterliliklerine ilişkin yargılarını da etkiler. Olumlu ruh hali, algılanan öz-yeterliliği artırır, umutsuz ruh hali onu azaltır. Kendine yeterlik inançlarını değiştirmenin dördüncü yolu, insanların stres tepkilerini azaltmak ve olumsuz duygusal eğilimlerini ve fiziksel durumlarının yorumlarını değiştirmektir (Bandura, 1994: 73).

### 3.5.Sağlık Alanında Öz-Yeterlilik

Kişilerin mevcut sağlıklarını korumak ve geliştirmek için ortaya çıkabilecek herhangi bir hastalık durumundan sağlıklarını korumak üzere davranış biçimlerinde değişikliklerde bulunurlar (Köksoy Vayisoğlu ve Öncü, 2018: 2199). Ortaya çıkan bu davranış değişikliklerinin meydana gelmesinde birden fazla faktör etkiliyken özellikle sağlıklı yaşam stilinin oluşumu ve gelişiminde kişinin sağlıkla ilgili öz yeterliliğinin katkısı oldukça fazladır (Açıkgöz ve Kitiş, 2017: 232).

Kişilerin sağlıkları üzerinde olumlu sağlık davranışlarının kazanmaları ve bu davranışların devamlılığının sağlanmasında etkili olan öz yeterlilik kavramı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için ekonomilerinde sağlık hizmetinin bakımı ve sunumu finansal ve ekonomik olarak, bir risk oluşturan kronik hastalıklarda sağlığın geliştirilmesi davranışının sağlanmasında önemli bir unsurdur (Mirici ve Kara, 2002: 62; Erkoç ve Yardım, 2011: 17; Van Der Ven vd., 2003). Öz yeterlilik algısı tedavi ile alakalı hastaların önündeki engelleri azaltarak, hastaları davranışsal olarak stratejik olmaları sayesinde tedavilerinden beklenen uyumun ve sonuçların elde edilmesini sağlar (Lee, 2005: 28).

Öz-yeterlilik algısının yüksek olması kişilerin hayatlarının her alanında olumlu yönde etkileri bulunmaktadır. Öz-yeterlilik inancı okul, iş, yönetim gibi birçok alanda etkili olurken, olumlu çıktılarının olabilmesi için öncelikle kişilerin sağlık durumlarının iyi olması gerekir. Yüksek öz-yeterlilik algısına sahip bireyler stres ve depresyona daha az maruz kaldıkları için bir hastalık karşısında kendileri daha sağlıklı ve iyi hisseder, hastalıklarının iyileşme süreleri daha kısa sürer (Kansu ve Hızlı Sayar, 2018: 83-84). Sağlık öz yeterlilik algısı sayesinde hastalık ve tedavi süreçleri de daha iyi yönetildiği için kişilerde bırakacağı hasarların azalmasına ve yaşam kalitesinde artışın olmasını sağlamaktadır (Mollaoğlu ve Bağ, 2009).

Sağlık öz yeterliliği Çepni (2010) tarafından kendinde bulunan potansiyelli keşfederek bununla beraber çevresindeki sağlık kaynaklarını da değerlendirerek harekete geçme gücü olarak tanımlanmaktadır. Öz yeterliliğin güçlenmesinin kişinin kendine olan güveni ve saygısıyla birlikte bilgi ve beceri özelliklerinin artmasıyla ortaya çıkacağı varsayılmaktadır. Bu durumda güçlü sağlık öz yeterliliğine sahip kişiler bütün zorluklara

rağmen sağlıklarını korumaya elverişli bir pozisyon oluşturma gayreti içinde olurlar (Çepni, 2010: 15)

Öz-yeterlilik konusunda sağlık alanında yapılmış birçok çalışma vardır. Bu çalışmalara bakıldığında, genellikle kronik hastalıklar, gebelerin öz yeterlilik düzeyi ile ilgili çalışmalar daha çok dikkat çekmektedir.

Barut ve Uçar (2018) tarafından yapılan çalışmada gebelerde doğum korkusu ve öz yeterlilik ilişkisine bakıldığında aralarında negatif bir ilişki olduğu, öz yeterlilikleri arttıkça doğum korkularının azaldığı sonucuna varılmıştır.

Yanık ve Erol (2016) tarafından yapılan çalışmadan diyabetli kişilerin öz yeterlilik düzeyleri ile sosyo- demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık kontrollerine düzenli giden, diyabetle alakalı yeterli bilgi sahibi olan, konulan tanı süresi uzun olan ve algılama süresi yaşlıtlarına göre fazla olanların öz yeterlilik düzeyleri daha yüksek düzeylerde bulunmaktadır. Sonuç olarak herhangi bir diyabet eğitimi almış olma, sağlık kontrollerine düzenli gitme gibi kişisel özellikler öz yeterlilik düzeyine etkilediği sonucu elde edilmiştir.

Yapılan çalışmanın araştırma konularından biri olan tedaviye uyum ve öz yeterlilikle alakalı yapılan çalışmalarda ise bu iki etken arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Vatansever ve Ünsar (2014) tarafından hipertansiyon hastalarının ilaca uyumları ve öz yeterlilik düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan araştırma sonucu ilaca uyum sağlayan hastaların öz yeterlilik düzeyleri ilaca uyum göstermeyenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Kara ve Yılmaz (2020) tarafından yapılan çalışmada, açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda öz yeterliliğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesine etkisini ölçtüğü çalışmasında, kullandıkları ilacı bilen hastaların öz yeterlilikleri yüksek, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Hastaların öz etkililik düzeyi ile ilaç uyumları arasından herhangi bir ilişki bulunamazken yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmuştur.

Demirbaş ve Kutlu (2020) tarafından yapılan çalışmada çoklu ilaç kullananların tedaviye uyumları ve öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmek istenen çalışma sonucu herhangi bir sağlık sunucusundan eğitim alan hastaların ilaca uyumları ve öz yeterliliklerinin artmış olduğu sonucu elde edilmiştir.

## BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümünde çalışmanın yöntemi ile ilgili bilgiler evren, örneklem veri toplama aracı, veri toplama süreci, ölçeklerin geçerliliği ve güvenilirliği, araştırmanın kısıtları, hipotezler, elde edilen bulgulara, hakkında bilgi vermektedir.

### 4.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sakarya’da faaliyette bulunan özel bir göz hastanesinden hizmet alan ve herhangi bir kronik hastalığı hastalar oluşturmaktadır. Çalışma yapılan dönemde sağlık kuruluşuna başvuran ve herhangi bir kronik hastalığı bulunan hastaların sayısı belirlenemediğinden çalışmada evren ve örneklem büyüklüğü belirlenememiştir. Bununla birlikte 30’dan büyük ve 500’den küçük örnek büyüklüğü bir çok araştırma için yeterli bulunmakta ve çok değişkenli analizler için örneklem büyüklüğünün çalışmada kullanılan değişken sayısının en az on katı olmasının yeterli olacağı öngörülmektedir (Coşkun vd., 2017). Çalışmada kullanılan ölçeği oluşturan ifade sayısı dikkate alındığında bu koşulu sağlayabilmektedir. Zira çalışmada kolayda örnekleme yöntemiyle 357 katılımcıdan veri toplanmıştır.

### 4.2. Araştırmanın Veri Toplama Aracı

Çalışma için veri toplama aracı olarak nicel araştırma yöntemlerinden olan anket tekniği kullanılmıştır. Kullanılan anket formu dört bölümden oluşmaktadır (Ek-1):

**Sosyo-Demografik Özellikler:** Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, kronik hastalığın türü, kronik hastalığın kaç yıldır bilindiği, sürekli olarak kullanılan ilaç sayısı, sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı ve düzenli başvuru sağlık kuruluşu türünden oluşmaktadır.

**Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeği:** Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen ve 22 maddeden oluşan ölçek, hekimin davranışları hakkında hastanın görüşlerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa (güvenilirlik) katsayısı 0,910 olarak bulunmuştur.

**Tedaviye Uyum Ölçeği:** Prenner (2001) tarafından geliştirilen ve Akbolat ve arkadaşları (2017) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 4 sorudan

oluşmaktadır. Hekim tarafından sağlanan tedavi hakkında hastanın görüşlerini ölçmeyi amaçlayan ölçekte daha yüksek bir puan, hastanın hekim tarafından önerilen tıbbi bakım tavsiyelerine uyma niyetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Prenner (2001) tarafından 0,71 bulunan ölçeğin Cronbach alfa değeri, Türkçe uyarlamasında 0,725 bulunmuştur.

**Öz Yeterlilik Ölçeği:** Lee ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ve 5 maddeden oluşan ölçek, bireylerin sağlıkla ilgili öz yeterlilik algısını ölçmeyi amaçlamaktadır. Orijinalinde Cronbach alfa değeri 0,75 bulunmuştur.

Kullanılan ölçekler 5'likert yapıda olup; 1- Kesinlikle Katılmıyorum, 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılıyorum 5- Kesinlikle Katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir.

#### **4.3. Veri Toplama Süreci**

Araştırma 01.03.2021- 01.05.2021 tarihleri arasında Sakarya ilinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Sakarya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan çalışmanın etik kurallara uygunluğu konusunda onay alınmıştır (Ek-2). Veri toplama sürecinde kişinin öncelikle kronik rahatsızlığının olup olmadığı sorulmuş ve sadece kronik hastalığı olan bireylerin çalışmaya katılımı için onayı alındıktan sonra anketlerin doldurulması sağlanmıştır. Verilerin toplanması sürecinde isteyen katılımcılar için sorular araştırmacı tarafından okunarak tercihi öğrenilmiştir. Kendisi doldurmak isteyen bireyler için anket formları verilmiş ve anket dolduruluncaya kadar rahatsız etmeyecek bir mesafede beklenilmiştir.

#### **4.4. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler**

Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS 24.0 ve IBM AMOS 21 paket programlarından yararlanılmıştır. Verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlilik analizi için keşfedici faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmış olup; güvenilirlik analizinde Cronbach alfa değerinden yararlanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri, ki-kare analizi, korelasyon analizi, YEM analizi, bağımsız örnekler t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

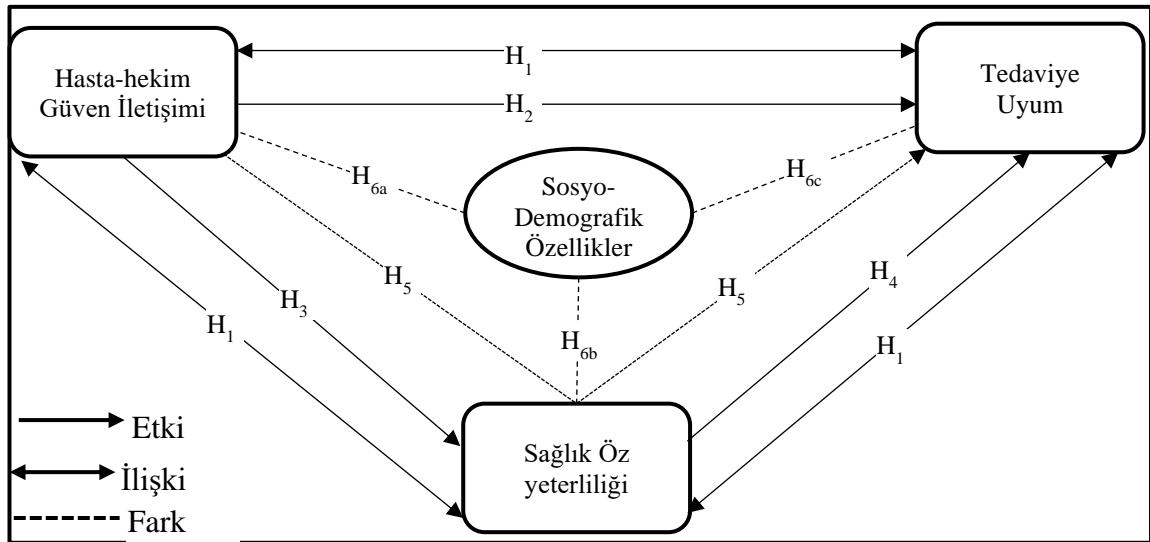
Tek yönlü varyans analizi sonucunda farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tukey testinden yararlanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında ( $p=0,05$ ) gerçekleştirilmiştir.

#### 4.5. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın kısıtlarına bakıldığında en önemli kısıt tüm dünyayı ve ülkemizi etkisi altına alan Covid- 19 pandemi dönemine denk gelmesi nedeniyle anket formlarının dağıtımında ve örneklem olarak seçilen grubun bu dönemde risk altındaki kişilerden oluşması uygulamanın yapılmasını zorlaştırmıştır. Ulaşılmak istenen örneklem grubu daha büyük olmasına rağmen pandemi kısıtları sebebiyle daha fazla veri toplanamamıştır. Bu kısıt sebebiyle yapılan bu çalışma yalnızca Sakarya ilinden hizmet alan hastalarla kısıtlıdır.

#### 4.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Şekil 1’de araştırmanın modeli görülmektedir. Şekil incelendiğinde de görüleceği gibi, çalışmada temel olarak üç grup analiz yapılmaktadır. Bunlardan ilki korelasyon analizidir. Bu yöntemle değişkenler arasındaki ilişkinin bulunması hedeflenmektedir. İkincisi YEM analizidir. Bu yöntemler hekime güvenin tedaviye uyuma etkisinde sağlık öz yeterliliğinin aracı rolünün belirlenmesi hedeflenmektedir. Son olarak fark analizleri kullanılarak katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre farklılıklar belirlenmeye çalışılmaktadır.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Çalışmanın amaçları doğrultusunda Şekil 1’de araştırma modeline uygun olarak geliştirilen hipotezler aşağıdaki gibidir.

**H<sub>1</sub>**: Hasta- hekim güven iletişimi, tedaviye uyum ve sağlık öz yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

**H<sub>2</sub>**: Hasta-hekim güven iletişimi, tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H<sub>3</sub>**: Hasta-hekim güven iletişimi, kişilerin sağlık öz yeterliliklerini anlamlı düzeyde etkilemektedir.

**H<sub>4</sub>**: Katılımcıların sağlık öz yeterlilik düzeylerinin tedaviye uyumlarını üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H<sub>5</sub>**: Hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyuma etkisinde sağlık öz yeterliliğinin aracı rolü vardır.

**H<sub>6a</sub>**: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta-hekim güven iletişimi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

**H<sub>6b</sub>**: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık öz yeterliliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

**H<sub>6c</sub>**: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tedaviye uyum düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

#### **4.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri**

Çalışmada öncelikle ölçeklerin güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Bir test veya ölçekten elde edilen verilerin güvenilirlik derecesi, o test veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesidir (Coşkun vd., 2017). Bir başka ifade ile güvenilirlik ölçeği oluşturan soruların birbirleri ile tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne derece yansıttığını göstermek amacıyla kullanılmaktadır (Kalaycı, 2014).

Çalışmada ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayısından yararlanılmıştır.  $\alpha$  değeri 0-1 arasında değişen bir değer almaktadır ve alınan değer bire yaklaştıkça güvenilirlik düzeyi artmaktadır. Daha açık bir ifade ile  $\alpha$



değeri  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  arasında ise ölçek güvenilir olmadığından veriler kullanılamaz. Buna karşılık,  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  arasında ölçek düşük;  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  arasında oldukça güvenilir ve  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  arasında ise yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir (Kalaycı, 2014: 405). Yılmaz (2005) tarafından 0,910 bulunan Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeğinin  $\alpha$  katsayısı bu çalışmada 0,965 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre çalışmada kullanılan Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeği yüksek düzeyde güvenilirliğe sahiptir denilebilir.

Geçerlilik bir ölçeğin ya da testin ölçmek istenilen şeyi ölçme düzeyi olarak tanımlanabilir (Coşkun vd., 2017). Çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerliliğini test etmek amacıyla önce keşfedici faktör analizi, daha sonra da doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre, örneklem yeterliliğini test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri kullanılmaktadır. Tablo 1’de görüldüğü gibi Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeği için 0,967 bulunmuştur. KMO değeri 1’e yaklaştıkça verilerin toplandığı örneklem büyüklüğü mükemmel yaklaşmaktadır ve 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak kabul edilmektedir (Karagöz, 2014). Bartlett's Test of Sphericity testinin sonucu anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %58,3 bulunmuştur. Sosyal bilimlerde elde edilen açıklanan toplam varyansın %40-%60 arasında olması yeterli olarak kabul görmektedir (Karagöz, 2017). Ölçeği oluşturan faktör yükleri 0,717- 0,807 arasında değişmektedir.

“Hekimler, hastaların hassas tıbbi bilgilerini konuyla ilgisi olmayan kimselerle paylaşmazlar” ifadesi 0,807 en yüksek faktör yükünü taşımasına karşılık; en düşük faktör yükünü 0,717 faktör yükü ile “Hekimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam” ifadesi almıştır.

**Tablo 1: Hasta-Hekim Güven İletişimi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,967
Approx. Chi-Square		6352,945
Bartlett's Test of Sphericity		Df
		231
		p
		0,000
Açıklanan toplam varyans	%58,3	Cronbach Alpha
		0,965
<b>İfadeler</b>		<b>Faktör Yükü</b>
HG7.Hekimler, hastaların hassas tıbbi bilgilerini konuyla ilgisi olmayan kimselerle paylaşmazlar.		0,807

<b>HG11.</b> Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.	0,805
<b>HG16.</b> Hekimim sağlığını benim kadar çok önemser.	0,800
<b>HG19.</b> Hekimim sosyal güvencem masrafları karşılamasa da uygun tıbbi kararlar verir	0,792
<b>HG6.</b> Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söylemek konusunda tamamen dürüştür.	0,792
<b>HG12.</b> Eğer hekimim bana bir şey söylese, o doğrudur.	0,792
<b>HG8.</b> Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.	0,791
<b>HG14.</b> Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim	0,778
<b>HG3.</b> Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.	0,776
<b>HG5.</b> Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez.	0,773
<b>HG10.</b> Benim hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.	0,765
<b>HG4.</b> Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirdir.	0,761
<b>HG20.</b> Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.	0,749
<b>HG18.</b> Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır.	0,746
<b>HG22.</b> Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar aynı hekimi tercih ederim.	0,743
<b>HG2.</b> Hekimlerin tıbbi kararları genellikle doğrudur.	0,742
<b>HG9.</b> Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.	0,737
<b>HG17.</b> Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.	0,736
<b>HG15.</b> Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.	0,732
<b>HG21.</b> Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.	0,731
<b>HG1.</b> Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için her ne gerekiyorsa yaparlar.	0,726
<b>HG13.</b> Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.	0,717

Özdeğer: 12,831

Tablo 2’de çalışmada kullanılan tedaviye uyum ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonuçlarına yer verilmiş. Veri setinden elde edilen güvenilirlik analizi sonucu 4 ifadeli ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,803 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur. Prenner (2001) tarafından 0,71 bulunan ölçeğin Cronbach  $\alpha$  değeri Akbolat ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada 0,725 bulunmuştur.

Tedaviye Uyum ölçeğinin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu 0,705 bulunmuştur. Bartlett's Test of Sphericity testinin sonucu anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Ölçeğin açıklanan toplan varyans değeri de % 63,1’dir. Elde edilen tüm bu sonuçlara göre çalışmanın örneklem büyüklüğünün uygun olduğu, geçerli olduğu söylenebilir. Ölçeğin “En son tedavi aldığım doktorun talimatlarına uydum” ifadesi en yüksek faktör yükünü (0,838), “Doktorun verdiği tedaviyi dikkate almaya değmez”

ifadesi ise en düşük (0,761) faktör yükünü taşımaktadır. Tedaviye uyumun öz değeri ise 2,523'tür.

**Tablo 2: Tedaviye Uyum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,705
Approx. Chi-Square		514,100
Bartlett's Test of Sphericity	Df	6
	Sig.	0,000
Açıklanan Toplam Varyans	%63,1	Cronbach Alpha
		0,803
<b>İfadeler</b>		<b>Faktör Yüğü</b>
TU24.En son tedavi aldığım doktorun talimatlarına uydum.		0,838
TU23.Benim için doktor tavsiyesine uymak oldukça kolaydır.		0,790
TU25.Doktorun bana önerdiği şeyleri tam olarak yapmakta zorlanıyorum.		0,785
TU26.Doktorun verdiği tedaviyi dikkate almaya değmez.		0,761

Özdeğer: 2,523

Çalışmada kullanılan sağlık öz yeterlilik ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,905 olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ayrıntısı Tablo 3'te görüldüğü üzere ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu 0,849 bulunmuştur. Sağlık öz yeterliliği için açıklanan toplam varyans %72,8 olarak bulunmuş ve ölçeğin kullanımı için gerekli koşullara sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık öz yeterliliğinin öz değeri ise; 3,638'dir. "Sağlığımı geliştirmek için belirlediğim hedeflere ulaşabileceğime inanıyorum" en yüksek (0,920), "Sağlığım ile ilgili neyi, nasıl öğreneceğim konusunda kontrol sahibi olduğumu düşünüyorum" (0,765) ise en düşük faktör yüküne sahiptir.

**Tablo 3: Sağlık Öz Yeterliliği Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,849
	Approx. Chi-Square	1230,380
Bartlett's Test of Sphericity	Df	10
	Sig.	0,000
Açıklanan Toplam Varyans	%72,8	Cronbach Alpha 0,905

İfadeler	Faktör Yüğü
SÖY29.Sağlığını geliştirmek için belirlediğim hedeflere ulaşabileceğime inanıyorum.	0,920
SÖY28.Sağlığını geliştirmek için bir takım hedefler belirledim.	0,893
SÖY30. Sağlığını geliştirmek için aktif olarak çaba gösteriyorum.	0,891
SÖY27.Sağlığını olumlu yönde değiştirebileceğime güveniyorum	0,784
SÖY31.Sağlığım ile ilgili neyi, nasıl öğreneceğim konusunda kontrol sahibi olduğumu düşünüyorum.	0,765

Özdeğer: 3,638

Ölçeklerin keşfedici faktör analizi sonucuna göre kullanılabilirliği belirlendikten sonra, ikinci olarak mevcut yapı doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Doğrulayıcı faktöre analizi sonuçlarına göre uyum iyiliklerinin uygun olup olmadığını test edildi. Çalışmada, literatürde yaygın bir şekilde kullanılan uyum iyiliği indeksleri olarak CMIN/DF, GFI, AGFI, CFI, NFI, IFI, TLI (NNFI) ve RMSEA'dan yararlanılmıştır. Tablo 4'de kullanılan uyum iyilikleri ile ilgili olan alt ve üst değerler ve çalışmada kullanılan ölçeklerin uyum iyiliği indeksleri görülmektedir. Bu değerlere göre çalışma için hazırlanan ölçeğin uyum iyiliklerinin uygun olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4: Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndislerinin Kabul Aralıkları ile Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçlarına Göre Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Bulguları**

Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum	Hekime Güven	Sağlık Özyeterliliği	Tedaviye Uyum
CMIN	Minimum	Minimum	398,319	7,905	1,979
DF	-	-	185	3	1
CMIN/DF	$X^2/DF \leq 5$	$X^2/DF \leq 3$	2,153	2,635	1,979
P			0,000	0,048	0,000
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI \leq 1$	0,903	0,991	0,997
AGFI	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	0,868	0,955	0,992
NFI	$0,90 \leq NFI < 0,95$	$0,95 \leq NFI$	0,939	0,994	0,996
IFI	$0,90 \leq IFI < 0,95$	$0,95 \leq IFI$	0,966	0,979	0,998
TLI (NNFI)	$0,90 \leq NNFI < 0,95$	$0,95 \leq NNFI$	0,958	0,987	0,989
CFI	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI$	0,966	0,996	0,998

---

RMSEA	$0,05 < \text{RMSEA} < 0,08$	$0,05 \geq \text{RMSEA}$	0,057	0,068	0,052
-------	------------------------------	--------------------------	-------	-------	-------

---

Kaynak: Karagöz, 2017; Meydan ve Şeşen, 2015; Tezcan, 2008

## BÖLÜM 5: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Hasta- hekim arasındaki güven iletişiminin tedaviye uyuma ve sağlık öz yeterliliğinin aracı rolünü belirlemek için tanımlayıcı istatistikler ve araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizi aşağıda ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

### 5.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Katılımcılara ait demografik özelliklere ilişkin frekans ve yüzde dağılımları Tablo 5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan 357 katılımcının %53,8’i kadınlardan, %46,2’si erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarına göre %71,1’i evli ve %28,9’u bekarlardan oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması  $45,08 \pm 14,47$  olup; yaş gruplarına göre %20,2’si  $\leq 30$  grubu, %20,7’si 31-40 yaş grubu, % 21,3’ü 41-50 yaş grubu ve %21,6’sı 51-60 yaş grubu bireylerden oluşmaktadır. Eğitim durumuna %24,4’ü ortaokul ve altı, %24, 9’u lise mezunu, %13,7’si önlisans mezunu, % 28,9’u lisans mezunu ve %8,1’i lisansüstü mezunu katılımcılardan oluşmaktadır.

**Tablo 5: Sosyo-Demografik Özellikler**

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	192
	Erkek	165
Medeni durum	Evli	254
	Bekar	103
Yaş	$\leq 30$	72
	31-40	74
	41-50	76
	51-60	77
	$\geq 61$	58
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	87
	Lise	89
	Önlisans	49
	Lisans	103
	Lisansüstü	29

Katılımcıların meslek/uğraş gruplarına göre dağılımları Tablo 6’da görülmektedir. Buna göre katılımcıların 58’i(%16,2) emekli, 57’si işçi (%16), 50’si memur/kamu görevlisi (%14,0), 37’si ev hanımı (%10,4), 35’i sağlık çalışanı (%9,8), 32’si (%9) esnaf, 26’sı

öğretmen/ eğitimci (%7,3), 20'si mühendis/teknik eleman (%5,6), 16'sı(%4,5) çiftçi, 13'ü işsiz (%3,6) ve 13'ü öğrencilerden (%3,6) oluşmaktadır.

**Tablo 6: Katılımcıların Meslek/ Uğraş Alanlarına Göre Dağılımı**

Meslek	Sayı	Yüzde
Emekli	58	16,2
İşçi	57	16,0
Kamu görevlisi/memur	50	14,0
Ev hanımı	37	10,4
Sağlık çalışanı	35	9,8
Esnaf	32	9,0
Öğretmen	26	7,3
Mühendis/teknik eleman	20	5,6
Çiftçi	16	4,5
İşsiz	13	3,6
Öğrenci	13	3,6

## 5.2. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu

Katılımcıların kronik rahatsızlıklarının ne olduğuna dair elde edilen veriler Tablo 7'de verilmiştir. Elde edilen bu verilere göre en fazla görülen kronik rahatsızlık 98 (%27,5) vaka ile kalp-damar rahatsızlığı, 71 (%19,9) vaka ile diyabet, 68 (%19,9) vaka ile astım-Koah, 23 (%6,4) vaka ile ruhsal hastalıklardan oluşmaktadır. Bu hastalıklar dışında kalan ve yekûn teşkil etmeyen guatr, kanser, epilepsi ve böbrek yetmezliği gibi farklı hastalıklardan oluşmaktadır.

**Tablo 7: Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı**

Sahip Olunan Kronik Hastalık	Sayı	Yüzde
Kalp-damar hastalıkları	98	27,5
Diyabet	71	19,9
Astım-Koah	68	19,0
Eklemler hastalıkları	41	11,5
Ruhsal rahatsızlıklar	23	6,4
Diğer	56	15,7

Çalışmanın bulgularına göre katılımcıların kronik hastalıklarının süresine ilişkin bilgiler Tablo 8'de görülmektedir. Tabloya bakıldığında hastalığını <5 yıldan az sürede olduğunu bilen 117 (%32,8) kişi en fazla dağılım aralığında olan grubu oluşturmasına karşılık; 5-9

yıldır bilen 108 (%30,3), 10-14 yıldır bilen 57 (%16) kişi ve  $\geq 15$  yıldır bilen 75 (%21) kişiden oluşmaktadır.

**Tablo 8: Katılımcıların Kronik Hastalık Sürelerine Göre Dağılımı**

Kronik Hastalık Süresi	Sayı	Yüzde
<5 yıl	117	32,8
5-9 yıl	108	30,3
10-14 yıl	57	16,0
$\geq 15$ yıl	75	21,0

Tablo 9’da katılımcıların kronik rahatsızlık durumu ile kronik hastalığın bilinen süresi arasındaki ilişki görülmektedir. Yapılan Ki-kare analizi sonuçlarına göre kronik hastalıklarla hastalığın bilindiği süre arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (Pearson Ki-Kare=48,534; p=0,000). Beklenen değerlerin %20’den fazlasının 5’ten küçük olması durumunda Ki Kare sonucuna güvenilmez. Çalışmada iki hücre (%8,3) 5’ten daha küçük değer almıştır. Beklenen minimum sayı 3,67’dir. Bu sonuca göre katılımcılar hastalıklarını ve hastalıklarının ne zaman beri sürdüğü konusunda bilgiye sahiptir.

**Tablo 9: Katılımcıların Kronik Rahatsızlık Durumu İle Kronik Hastalığın Bilinen Süresi Arasındaki İlişki**

Hastalık Türü		Kronik Hastalık Süresi				Toplam
		<5 yıl	5-9 yıl	10-14 yıl	$\geq 15$ yıl	
Diyabet	Gözlenen	11	25	15	20	71
	Beklenen	23,3	21,5	11,3	14,9	71,0
Kalp-damar hastalıkları	Gözlenen	29	34	16	19	98
	Beklenen	32,1	29,6	15,6	20,6	98,0
Ruhsal rahatsızlıklar	Gözlenen	13	7	1	2	23
	Beklenen	7,5	7,0	3,7	4,8	23,0
Eklem hastalıkları	Gözlenen	14	12	11	4	41
	Beklenen	13,4	12,4	6,5	8,6	41,0
Astım-Koah	Gözlenen	18	19	7	24	68
	Beklenen	22,3	20,6	10,9	14,3	68,0
Diğer	Gözlenen	32	11	7	6	56
	Beklenen	18,4	16,9	8,9	11,8	56,0
Toplam	Gözlenen	117	108	57	75	357
	Beklenen	117,0	108,0	57,0	75,0	357,0

Kikare=48,534; df=15; p=0,00

Katılımcıların ilaç kullanım sayıları Tablo 10’da verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu düzenli olarak iki ilaç kullanmaktadır (% 43,7). Buna karşılık, 119 (%33,3) kişi tek, 82 (%23) kişi ise 3 veya daha fazla ilaç kullanmaktadır.



**Tablo 10: Katılımcıların ilaç Kullanma Sayılarına Göre Dağılımı**

Alınan ilaç miktarı	Sayı	Yüzde
1	119	33,3
2	156	43,7
3 ve daha fazla	82	23,0

### 5.3. Katılımcıların Başvurdukları Hastaneler ve Başvuru Periyodları

Hastaların sağlık kuruluşlarına başvurma sıklığına ilişkin sorulan soruya verilen cevapların frekans dağılımları Tablo 11’de yer almaktadır. Bu sonuçlara göre katılımcıların 27 (%7,6)’si 1 aydan daha az kısa sürelerde sağlık kuruluşuna başvuru yapmaktadır. Ayda bir 74 (%20,7) kişi, 3 ayda bir 129 (%36,1) kişi, 6 ayda bir 67 (%18,8) kişi, yılda bir 39 (%10,9) kişi ve 1 yıldan daha fazla sürelerde bir 21 (%5,9) kişi başvuru yapmaktadır. Genel olarak bakıldığında katılımcıların çoğunluğunun üç ay ve daha kısa sürelerle sağlık kuruluşlarına başvuru yaptığı söylenebilir.

**Tablo 11: Katılımcıların Sağlık Kuruluşu Kullanım Sıklıklarına Göre Dağılımı**

Süre	Sayı	Yüzde
1 aydan daha az	27	7,6
Ayda bir	74	20,7
3 ayda bir	129	36,1
6 ayda bir	67	18,8
Yılda bir	39	10,9
1 yıldan daha fazla	21	5,9

Tablo 12’de katılımcıların düzenli olarak başvurdukları sağlık kuruluşu ile alakalı soruya ilişkin verilen cevapların dağılımı yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre kişiler çoğunlukla genel hastanelere başvurmaktadır (%31,7). Bunu aile hekimliklerine başvuranlar (%30,0) ve eğitim ve araştırma hastanelerine başvuranlar (%26,6) takip etmektedir. Katılımcıların %11,8’i ise farklı kuruluşlara başvuru yapmaktadır.

**Tablo 12: Katılımcıların Düzenli Olarak Başvurdukları Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı**

Sağlık Kuruluşu	Sayı	Yüzde
Aile hekimliği	107	30,0
Genel hastane	113	31,7
Eğitim araştırma hastanesi	95	26,6
Diğer	42	11,8

Tablo 13’de katılımcıların başvuru sıklıkları ile başvuru yapılan sağlık kuruluşu arasındaki ilişki görülmektedir. Yapılan Ki-kare analizi sonuçlarına göre başvuru sıklığı ile başvuru yapılan sağlık kuruluşu arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (Pearson Ki-Kare=31,702; p=0,007). Beklenen değerlerin %20’den fazlasının 5’ten küçük olması durumunda Ki Kare sonucuna güvenilmez. Çalışmada üç hücre (% 12,5) 5’ten daha küçük değer almıştır. Beklenen minimum sayı 2,47’dir.

**Tablo 13: Başvuru Sıklığı İle Başvuru Yapılan Sağlık Kuruluşu İlişkisi**

		Düzenli Başvuru Yapılan Sağlık Kuruluşu				Toplam
		Aile hekimliği	Genel hastane	Eğitim araştırma hastanesi	Diğer	
1 aydan daha az	Gözlenen	10	7	4	6	27
	Beklenen	8,1	8,5	7,2	3,2	27,0
Ayda bir	Gözlenen	14	17	28	15	74
	Beklenen	22,2	23,4	19,7	8,7	74,0
3 ayda bir	Gözlenen	46	40	28	15	129
	Beklenen	38,7	40,8	34,3	15,2	129,0
6 ayda bir	Gözlenen	19	29	15	4	67
	Beklenen	20,1	21,2	17,8	7,9	67,0
Yılda bir	Gözlenen	12	14	11	2	39
	Beklenen	11,7	12,3	10,4	4,6	39,0
1 yıldan daha fazla	Gözlenen	6	6	9	0	21
	Beklenen	6,3	6,6	5,6	2,5	21,0
Toplam	Gözlenen	107	113	95	42	357
	Beklenen	107,0	113,0	95,0	42,0	357,0

Pearson Ki-Kare=31,702; df=15; p=0,007

#### **5.4. Hasta-Hekim Güven İletişimi, Tedaviye Uyum ve Sağlık Öz Yeterliliğinin Ortalama Değerleri**

Tablo 14’de araştırmaya katılan katılımcıların hekime güven iletişimi, tedaviye uyumları ve sağlık öz yeterlilikleri ile ilgili tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Çalışmada

kullanılan ölçeklerden en yüksek ortalamaya tedaviye uyum ölçeği ( $4,02 \pm 0,663$ ) sahip olmasına karşılık bunu sağlık öz yeterliliği ( $3,98 \pm 0,710$ ) ve hasta hekim güven iletişimi ( $3,88 \pm 0,548$ ) takip etmektedir. Bununla birlikte genel olarak bakıldığında her üç ölçek için yüksek seviyede katılım olduğu söylenebilir.

**Tablo 14: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

	Ortalama	S.S.
Hasta-hekim güven iletişimi	3,88	0,548
Tedaviye uyum	4,02	0,663
Sağlık öz yeterliliği	3,98	0,710

### 5.5. Hasta-Hekim Güven İletişimi, Tedaviye Uyum ve Sağlık Öz Yeterliliği Arasındaki İlişki

Çalışmada hasta-hekim güven iletişimi, tedaviye uyum ve sağlık öz yeterliliği arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. Korelasyon analizi sonucunda elde edilen korelasyon katsayısı ( $r$ ) -1 ile +1 arasında değer alabilir. Korelasyon işareti, ilişkinin yönünü gösterir (Coşkun vd., 2017). Eksi değerler, bir değişken artarken diğerinin azaldığını, artı değerler ise, her iki değişkenin birlikte artış veya azalış gösterdiğini belirtmektedir (Baş, 2010).

Tablo 15’de çalışmada kullanılan hasta hekim güven iletişimi, tedaviye uyum ve sağlık öz yeterlilik ölçekleri arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan korelasyon analizi sonucu yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların hasta hekim güven iletişimi ile tedaviye uyum ( $r=0,435$ ) ve sağlık öz yeterliliği ( $r=0,366$ ) arasında istatistiksel bakımdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Ayrıca, çalışmada tedaviye uyum ve sağlık öz yeterliliği arasında da anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki ( $r=0,305$ ) olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre  $H_1$  (Hasta- hekim güven iletişimi, tedaviye uyum ve sağlık öz yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki vardır) hipotezi kabul edilmiştir.

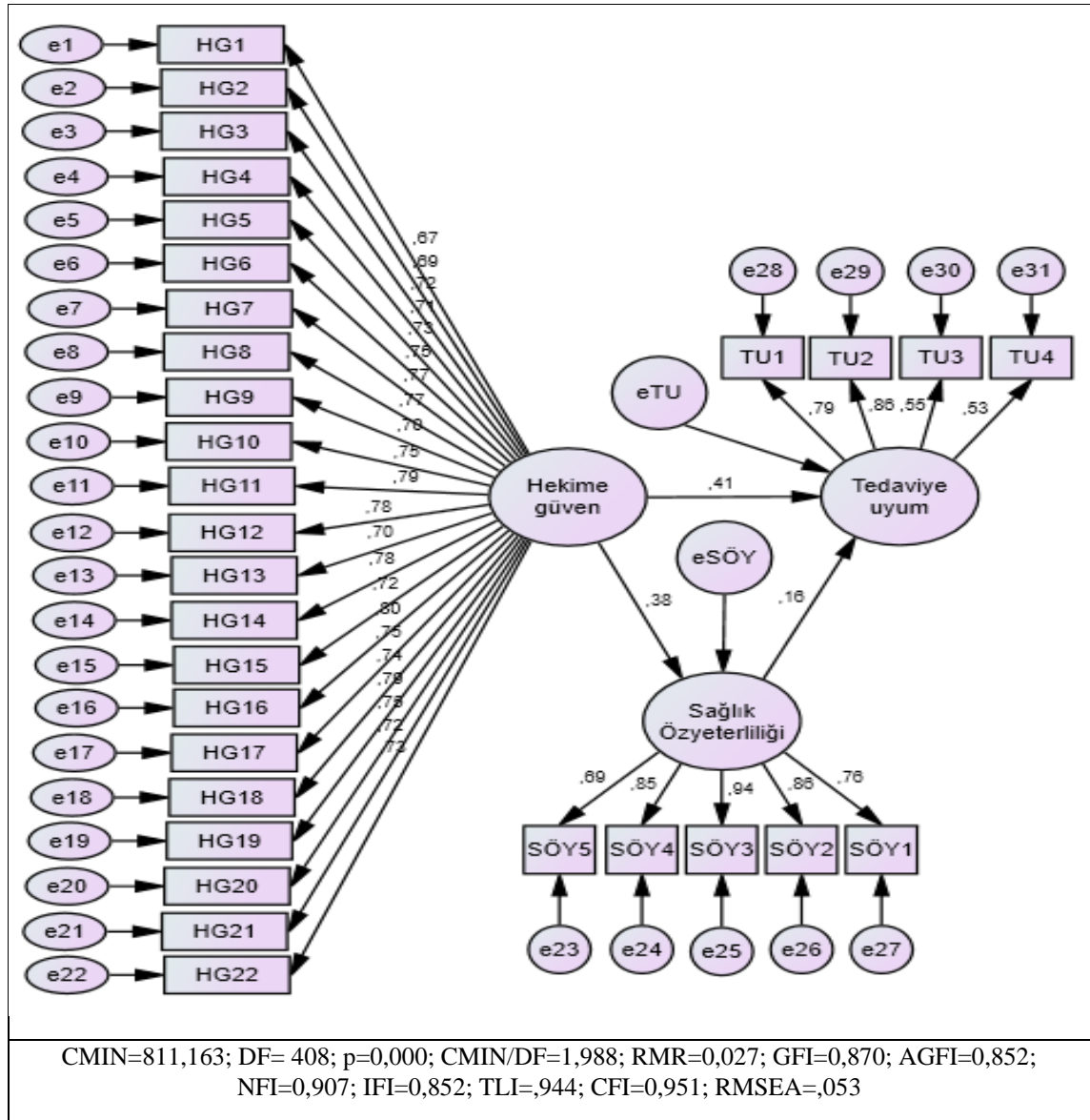
**Tablo 15: Hasta-Hekim Güven İletişimi, Tedaviye Uyum Ve Sağlık Öz yeterliliği Arasındaki İlişki**

	Hasta-Hekim güven iletişimi	Tedaviye uyum	Sağlık öz yeterliliği
Hasta-hekim güven iletişimi	1		
Tedaviye uyum	0,435**	1	
Sağlık öz yeterliliği	0,366**	0,305**	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## 5.6. Hasta-Hekim Güven İletişiminin Tedaviye Uyuma Etkisi ve Bu Etkide Sağlık Öz Yeterliliğinin Aracı Rolü

Hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyuma etkisinde öz yeterliliğinin aracı rolü YEM'den yararlanılarak analiz edilmiştir. YEM'in tercih edilmesinde gizli değişkenleri de dikkate alan bir yöntem olması etkili olmuştur. Araştırma modeline ait YEM sonuçları Şekil 2'de görülmektedir. YEM'ne ait uyum indisleri kabul edilebilir düzeydedir ve bu durum modelin veriye iyi uyum sağladığını göstermektedir. Örneğin CMIN/DF=1,988, GFI=0,870, NFI=0,907, TLI=0,944, CFI=0,951 ve REMSEA=0,053 değerleri ile uyum iyiliğini karşılama yeteneğine sahip olduğunu göstermektedir.



Şekil 2: Hasta-Hekim Güven İletişiminin Tedaviye Uyuma Etkisinde Sağlık Öz Yeterliliğinin Aracı Rolü

Yapısal eşitlik modelinde yer alan değişkenlerin tahmin edilen regresyon katsayıları Tablo 16’da yer almaktadır. Tablo 16 incelendiğinde görüleceği gibi, hasta hekim güven iletişiminin tedaviye uyum üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi bulunmaktadır ( $\beta=0,414$ ;  $p=0,05$ ). Bu sonuca göre kurmuş olduğumuz  $H_2$  (Hasta-hekim güven iletişimi, tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır.) hipotezi kabul edilmiştir. Benzer şekilde hasta hekim güven iletişiminin sağlık öz yeterliliği üzerinde pozitif yönde anlamlı etkisi bulunmaktadır ( $\beta=0,381$ ;  $p=0,05$ ). Elde edilen sonuca göre  $H_3$  (Hasta-hekim güven iletişimi, kişilerin sağlık öz yeterliliklerini anlamlı düzeyde etkilemektedir.) hipotezi kabul edilmiştir. Modelin diğer bir bulgusuna göre, sağlık öz yeterliliğinin katılımcıların tedaviye uyumları üzerinde pozitif yönde ve düşük düzeyde etkisi vardır ( $\beta=0,156$ ;  $p=0,05$ ). Bu bulguya göre  $H_4$ (Katılımcıların sağlık öz yeterlilik düzeylerinin tedaviye uyumlarını üzerinde anlamlı etkisi vardır.) hipotezi kabul edilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi hasta hekim güven iletişiminin tedaviye uyuma etkisinde sağlık öz yeterliliğinin düşük seviyede olmakla birlikte ( $\beta=0,059$ ) aracı rolü bulunmaktadır. Aracı rolü de eklendiği zaman hasta hekim güven iletişiminin tedaviye uyumda toplam etkisi kısmen artış göstermektedir ( $\beta=0,414+0,059\cong 0,473$ ;  $p=0,05$ ). Bu bulgudan hareket ederek  $H_5$  (Hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyuma etkisinde sağlık öz yeterliliğinin aracı rolü vardır.) hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 16: Hasta-Hekim Güven İletişimi Tedaviye Uyuma Etkisinde Sağlık Öz yeterliliğinin Aracı Rolü**

Direkt Etki		$\beta$	
Hasta-hekim güven iletişimi→	Tedaviye uyum	0,414	
Hasta-hekim güven iletişimi→	Sağlık öz yeterliliği	0,381	
Sağlık öz yeterliliğe→	Tedaviye uyum	0,156	
Dolaylı Etki			
Hasta-hekim güven iletişimi→	Sağlık öz yeterliliği→	Tedaviye uyum	0,059
Toplam Etki		0,473	

### 5.7. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Hasta-Hekim Güven İletişimi, Sağlık Öz Yeterlilikleri ve Tedaviye Uyumda Meydana Gelen Farklar

Bu başlık altında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta hekim güven iletişimi, sağlık öz yeterliliği ve tedaviye uyum düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı

fark olup olmadığına dair t testi ve tek yönlü varyans analizi sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 17’de katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumlarına göre hekimle olan güven iletişimine ilişkin fark analizi bulguları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna karşılık katılımcıların yaşlarına göre hasta hekim güven iletişiminde anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Farklılık 41-50 yaş grubu katılımcılar ile  $\leq 30$  yaş grubu ( $p=0,002$ ) ve  $\geq 61$  yaş grubu ( $p=0,022$ ) katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bu grupların hekim ile olan güven iletişimleri daha başarılıdır. Bu sonuçlara göre  $H_{6a}$  (Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta-hekim güven iletişimi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.) hipotezi yaş bakımından kabul edilmesine karşılık; cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu bakımından reddedilmiştir.

**Tablo 17: Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Hasta-Hekim Güven İletişimine İlişkin Fark Analizi Sonuçları**

	Hekime güven	Ort.	S.S.	t / F	P
Cinsiyet	Kadın	3,84	0,584	-1,459	0,146
	Erkek	3,92	0,502		
Medeni durum	Evli	3,91	0,565	1,934	0,054
	Bekar	3,79	0,497		
Yaş	$\leq 30$	3,73	0,642	4,571	<b>0,001</b>
	31-40	3,83	0,531		
	41-50	4,06	0,497		
	51-60	3,96	0,530		
	$\geq 61$	3,77	0,459		
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	3,89	0,453	1,590	0,176
	Lise	3,81	0,488		
	Ön lisans	3,88	0,766		
	Lisans	3,97	0,535		
	Lisan üstü	3,73	0,571		

Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre sağlık öz yeterlilik düzeylerinde fark olup olmadığına ilişkin bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi bulguları Tablo 18’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumlarına göre sağlık öz yeterlilik düzeylerinde istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Bu bulguya göre  $H_{6b}$

(Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık öz yeterliliklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.) hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 18: Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlık Öz Yeterliliklerine İlişkin Fark Analizi Sonuçları**

Sağlık Öz yeterliliği		Ort.	S.S.	t / F	P
Cinsiyet	Kadın	3,95	0,676	-1,000	0,318
	Erkek	4,02	0,747		
Medeni durum	Evli	4,01	0,707	0,976	0,330
	Bekar	3,93	0,716		
Yaş	≤30	3,99	0,619	1,720	0,145
	31-40	3,82	0,793		
	41-50	4,08	0,685		
	51-60	4,07	0,671		
	≥61	3,94	0,764		
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	3,89	0,774	1,581	0,179
	Lise	3,93	0,738		
	Önlisans	4,00	0,684		
	Lisans	4,12	0,625		
	Lisans üstü	3,92	0,712		

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklere göre tedaviye uyumlarında herhangi bir farklılık olup olmadığı Tablo 19’da görülmektedir. Yapılan analizlerden elde edilen bulgular katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durumlarına göre tedaviye uyumlarında istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların cinsiyetlerine göre erkeklerin tedaviye uyum düzeylerinin ( $4,11 \pm 0,634$ ) kadın katılımcılardan daha yüksek ( $3,94 \pm 0,679$ ) daha yüksek düzeydedir. Katılımcıların medeni durumlarına göre evli olanların tedaviye uyumları ( $4,08 \pm 0,661$ ) bekarlara ( $3,88 \pm 0,649$ ) daha olumlu bir düzeyde bulunmaktadır. Katılımcıların tedaviye uyumlarında farklılık bulunan diğer bir sosyo demografik özellik katılımcıların yaşlarıdır ( $p < 0,05$ ). Post Hoc analizi sonuçlarına göre fark  $\leq 30$  yaş grubu katılımcılar ( $3,72 \pm 0,742$ ) ile 31-40 yaş grubu katılımcılar ( $4,10 \pm 0,578$ ), 41-50 yaş grubu katılımcılar ( $4,17 \pm 0,586$ ), 51-60 yaş grubu katılımcılar ( $4,06 \pm 0,683$ ) ve  $\geq 61$  yaş grubu katılımcılardan ( $4,04 \pm 0,634$ ) kaynaklanmaktadır ( $p < 0,05$ ). Bu bulgulara göre yaş gruplarına göre fark  $\leq 30$  yaş grubu katılımcılar ile diğer yaş gruplarının tamamından kaynaklanmaktadır.  $\leq 30$  yaş grubu katılımcıların tedaviye uyumları diğer yaş gruplarına göre daha düşük seviyelerdedir. Diğer sosyo demografik özelliklerde olduğu gibi katılımcıların eğitim durumlarına göre de tedaviye uyumlarında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Fark Lisans düzeyinde

eğitim alanlar ( $4,20\pm 0,637$ ) ile ortaokul ve altı ( $3,92\pm 0,589$ ) ve lise ( $3,94\pm 0,715$ ) düzeyinde eğitim alanlardan kaynaklanmaktadır. Lisans mezunlarına göre lise ve daha alt düzeylerde eğitim alanların tedaviye uyumları daha düşük seviyede görölmektedir. Bu bulgulara göre  $H_{6c}$  (Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre tedaviye uyum düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.) hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 19: Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tedaviye Uyum Düzeylerine İlişkin Fark Analizi Sonuçları**

	Tedaviye Uyum	Ort.	S.S.	t / F	P																																										
Cinsiyet	Kadın	3,94	0,679	-2,482	0,014																																										
	Erkek	4,11	0,634			Medeni Durum	Evli	4,08	0,661	2,635	0,009	Bekar	3,88	0,649	Yaş	≤30	3,72	0,742	5,461	0,000	31-40	4,10	0,578	41-50	4,17	0,586	51-60	4,06	0,683	≥61	4,04	0,634	Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	3,92	0,589	2,953	0,020	Lise	3,94	0,715	Ön lisans	3,95	0,739	Lisans	4,20	0,637
Medeni Durum	Evli	4,08	0,661	2,635	0,009																																										
	Bekar	3,88	0,649			Yaş	≤30	3,72	0,742	5,461	0,000	31-40	4,10	0,578		41-50	4,17	0,586			51-60	4,06	0,683	≥61	4,04	0,634	Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	3,92	0,589	2,953	0,020		Lise	3,94	0,715			Ön lisans	3,95	0,739	Lisans	4,20	0,637	Lisan üstü	4,06	0,570
Yaş	≤30	3,72	0,742	5,461	0,000																																										
	31-40	4,10	0,578																																												
	41-50	4,17	0,586																																												
	51-60	4,06	0,683																																												
	≥61	4,04	0,634																																												
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	3,92	0,589	2,953	0,020																																										
	Lise	3,94	0,715																																												
	Ön lisans	3,95	0,739																																												
	Lisans	4,20	0,637																																												
	Lisan üstü	4,06	0,570																																												



## TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Yapılan bu tez çalışmasında hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyum ve öz-yeterlilik üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde ilk olarak literatür araştırması yapılmış olup, sonrasında Sakarya da faaliyette bulunan bir göz hastanesine başvuran hastalardan kronik rahatsızlığı olan kişilere anket uygulaması yapılmış olup, elde edilen bulgular çerçevesinde öneriler sunulmuştur.

Çalışma sonuçlarına göre hasta-hekim güven iletişimi düzeyi yüksek seviyededir. Elde edilen bu sonucu destekler nitelikte Karsavuran vd.(2011), Güngör ve Karagöl (2020), Deniz ve Çimen (2021), Kıdak ve Aksaraylı (2008) tarafından yapılan çalışmalarda da hasta-hekim güven iletişimi düzeyini yüksek düzeyde bulmuşlardır. Literatürde yer alan bir çalışma hasta ve hekim arasında güven iletişiminin sağlanmasının aynı hekimi yeniden tercih etme olasılığını, hastaların daha iyimser ve yaşama isteği ile dolu olmalarını artırırken, tedaviye daha kolay uyum göstermelerini sağladığını ifade etmektedir(Yılmaz, 2005: 3). Bu anlamda mevcut çalışmanın sonuçları dikkate alındığında hasta-hekim güven iletişiminin yüksek olmasının hem sağlık kuruluşu hem de hastalar açısından olumlu olduğu ifade edilebilir. Çalışmanın bir diğer sonucuna göre katılımcıların yaşları hasta hekim güven iletişiminde farklılık oluşturmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre orta yaş grubundaki bireylerin genç bireylere ve yaşlı bireylere oranla hasta hekim güven iletişimi algıları daha olumlu yöndedir. Bu sonucun genç bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili daha düşük deneyime sahip olmaları, yaşlı bireylerin ise sağlık hizmetleri ile ilgili çok fazla deneyim sahibi olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Literatürde yer alan bir çalışmada da katılımcıların yaşlarının hasta hekim güven iletişiminde farklılığa neden olduğunu göstermektedir(Koç, 2014). Bu bakımdan çalışmanın sonuçları ile literatürde yer alan sonuçlar birbirini destekler niteliktedir.

Çalışma sonuçları katılımcıların tedaviye uyum ortalamalarının yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde hastaların tedaviye uyum düzeyleri ile ilgili mevcut çalışmayı destekler niteliktedir (Akbolat vd. 2017). Tedaviye uyum ortalamasının yüksek olmasının kişilerin kronik hastalıkları olması nedeniyle hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların tedaviye uyumlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi değişkenlerin katılımcıların tedaviye

uyumlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde cinsiyet ile tedaviye uyumu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Yakar ve Demir, 2019; Esirgen, 2018). Gimenes ve arkadaşları (2009)'na göre kadınların tedaviye daha uyumsuz olmaları kadınların zihinsel koşulları gereği stres oluşumuna daha yatkın olmaları ve bu nedenle yaşayabilecekleri depresyon gibi duyu bozukluklarından kaynaklanabilmektedir. Literatür incelendiğinde çalışmanın sonuçları ile tezat sonuçlar oluştuğu da görülmektedir (Mert, Özçakar ve Kuruoğlu, 2011; Demirbaş ve Kutlu, 2020; Kul, 2018). Katılımcıların medeni durumlarının tedaviye uyumlarında farklılık oluşturduğu sonucu incelendiğinde ise evli olan katılımcılar bekar olanlara göre tedaviye uyum düzeyleri daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonucun evli bireylerin birbirlerine tedavi konusunda destek olmaları ve ilaçlarını almalarını hatırlatmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Karaarslan vd. (2018) tarafından yapılan çalışmada ise bekarların uyumunun daha fazla olduğu sonucu çalışmadan elde edilen sonucu desteklememektedir.

Katılımcıların yaşlarının tedaviye uyumlarında farklılık oluşturduğu sonucu çalışmanın bir diğer sonucunu oluşturmaktadır. Buna göre genç katılımcıların (30 yaş ve altı) orta yaşlı ve yaşlı bireylere oranla tedaviye uyumları zayıftır. Demirkol ve Tamam (2016: 86) tarafından tedaviye uyumsuzluğun ortaya çıkmasında genç yaşın etkili olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca Cingil ve arkadaşları (2009) genç hastaların hastalığı kabullenmemeleri nedeniyle tedaviye uyumlarının düşük olabileceği belirtilmektedir. Literatürdeki sonuçlar ile mevcut çalışmadan elde edilen sonuçlar dikkate alındığında genç yaşta bireylerin gençliklerine güvenerek, hastalıkları daha kolay atlatacaklarına inandıkları, yaşadıkları hastalığın ciddiyetinin farkına varmakta problemler yaşadıkları bu nedenle de tedaviye uyum konusunda yaşlı bireylere göre problemler yaşadıkları ifade edilebilir. Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuca göre ise katılımcıların eğitim durumları da tedaviye uyumlarında farklılığa neden olan bir değişkendir. Buna göre lisans mezunlarının tedaviye uyumları daha fazladır. Bu sonuçlardan yola çıkarak eğitim seviyesi daha yüksek bireylerin hem kendilerine önerilen tedaviyi kavrama hem de bununla ilgili araştırmalar yaparak daha bilinçli hale gelebileceği düşünüldüğünden yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin tedaviye uyumlarının daha pozitif olacağı ifade edilebilir. Literatürde yer alan farklı çalışmalarda eğitim durumunun tedaviye uyumu etkilediği sonucuna varılmıştır (Taşkaya, 2014; Al-Qazaz vd, 2011).

Çalışma sonuçları katılımcıların öz-yeterliliklerinin yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Bu sonuca göre araştırma katılımcıları sağlıklarını olumlu yönde geliştirme konusunda kendilerine güvenmektedirler. Literatürde bu sonucu destekler nitelikte çalışmalar mevcuttur (Özpulat, 2016; Mollaoğlu ve Bağ, 2009; Jose ve Mendez, 2015). Çalışmadan elde edilen bir diğer sonuç katılımcıların öz yeterliliklerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmadığını göstermektedir. Özpulat, (2016) ve Silva vd. (2016) tarafından yapılan çalışmalarda çalışmanın bu sonucunu destekler niteliktedir. Bu sonuçlar dikkate alındığında öz-yeterliliğin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi değişkenler yerine bireylerin içsel süreçlerinden veya kişiliklerinden etkilenebileceğini söylemek mümkündür.

Araştırma sonucunda hasta- hekim güven iletişiminin, tedaviye uyum üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Hekimleri ile güven temelinde iletişim kurabilen hastaların kendilerini daha rahat ifade edebilecekleri düşünülmektedir. Bu anlamda hastaların problemlerini daha açık dile getirecekleri ve alacakları önerilere daha fazla güvenecekleri açıktır. Literatürde yapılan birçok çalışmada hasta hekim güven iletişiminin tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği sonucu ortaya konulmuştur (Akbolat vd., 2017; Chandra, Mohammadnezhad ve Ward, 2018; Lee ve Lin, 2009, Hausman, 2004; Esirgen, 2018).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hasta hekim güven iletişimi katılımcıların öz yeterliliklerini pozitif yönlü etkilemektedir. Turgut(2013)'ün yapmış olduğu çalışma da hekimin hastasını cesaretlendirmesinin ve hastalığın olası sonuçları hakkında bilgilendirmesinin hastanın öz yeterliliğini arttıracığı ifade edilmektedir. Bu sonuçlar bireylerin kendilerine ve yapabileceklerine olan inançlarının hasta hekim güven iletişimi ile artacağını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışma sonucunda öz-yeterlilik ve tedaviye uyum arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve öz yeterliliğin tedaviye uyumu etkilediği sonucuna varılmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda da bu sonuç desteklenmektedir (Bayır, 2019; Silva vd., 2016; Jose ve Mendez, 2015; Zrinyi vd., 2003). Öz yeterliliği yüksek olan kişiler verilen görevleri yerine getirme inancı içerisindedir(Karatay, Karadağ ve Akkuş, 2012: 87). Öz yeterliliği yüksek olan kişilerin bu özelliklerinden yola çıkarak tedavi sırasında ortaya çıkabilecek zorlukların onları kolay kolay vazgeçiremeyeceği sonucuna varılabilir. Bayır(2019) ise bireylerin öz-yeterlilik düzeyinin artmasının sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını da

artıracağını bu nedenle tedaviye uyumlarının olumlu yönde gelişeceğini ifade etmektedir. Literatürde yer alan bilgiler ve çalışmadan elde edilen sonuçlar birlikte ele alındığında katılımcıların tedavi süreçlerini ve sağlıklarını olumlu yönde geliştirebileceklerine ilişkin inançları arttıkça tedaviye uyumları da artmaktadır.

Çalışmanın önem arz eden sonuçlarından biri hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyuma etkisinde sağlık öz yeterliliğinin aracı rolü olduğu sonucudur. Buna göre hasta hekim güven iletişiminin hastanın tedaviye uyuma etkisine olan etkisi öz yeterlilikleri aracılığında güçlenmektedir. Bu sonuçlar bireylerin tedaviye uyumlarının yalnız sağlık hizmeti sunucuları ya da yalnız bireyin kendisi ile alakalı olmadığını göstermesi bakımından önemlidir. Bu anlamda daha yüksek seviyede bir tedaviye uyum düzeyi için hizmet sunucu ve hasta iş birliğine ihtiyaç olduğu ifade edilebilir.

Araştırma sonucunda katılımcıların hasta-hekim güven iletişiminin tedaviye uyum ve öz yeterlilik üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın sonuçları dikkate alındığında hasta-hekim arasında gerçekleştirilen güven iletişiminin hastaların hekimleri tarafından tavsiye edilenleri yerine getirmesini sağlayacak ve bu yollar daha olumlu sağlık çıktıları elde edilebilecektir.

Çalışma sonuçları dikkate alındığında aşağıdaki öneriler sunulabilir: Hasta hekim güven iletişiminin sürekliliğini sağlamak açısından eğitim programlarının düzenli hale getirilmesi ve konunun önemini çalışanlara sürekli hatırlatılması önem arz etmektedir.

- Kronik hastalığa sahip olan bireylere kendilerine sunulan tedavi planlarına uymanın önemi aktarılmalı, tedaviye uyumun veya uyumsuzluğun olumlu ve olumsuz sonuçları açıkça aktarılmalıdır.
- Kronik hastalığa sahip olan bireylerin öz-yeterliliklerini geliştirebilmek için sağlık kuruluşları ile koordineli bir şekilde eğitimler düzenlenmesi ve bu eğitimler aracılığıyla bireyin sahip olduğu kronik hastalığa göre uzman hekimler tarafından bilgilendirilmelerinin sağlanması önerilmektedir.
- Kronik hastalık süreçlerinde hasta birey kadar hasta yakınları da önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hastalar için düzenlenen eğitimlere benzer olarak hasta yakınlarına da eğitimler sunulmalı ve onlara yakınlarına nasıl destek olabilecekleri ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Benzer konularda çalışma yapacak araştırmacılara hastaların öz yeterlilik ve tedaviye uyumları gibi konulara ek olarak, kronik rahatsızlığa sahip olan

bireylerin yakınlarının öz yeterlilik algısı ve yakının tedavisinde üstlendiği rolün belirlenmesine yönelik çalışmalar yapmaları ve bu konuda öneriler sunmaları önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Açıköz Ç.S., & Kitiş, Y. (2017). Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(3), 231–239.
- Akbolat, M., Karakaya, F., Ugan, Ç. & Durmuş, A. (2017). The effect of trust communication in patient-physician relationship on satisfaction and compliance to treatment. *International Journal of Health Medicine and Current Research-IJHMCR*, 2(4), 610-619.
- Akdemir N. & Birol, L. (2005). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Sistem Ofset.
- Akkoyunlu, B. & Kurbanoglu, S. (2004). Öğretmenlerin Bilgi Okuryazarlığı Öz-Yeterlilik İnancı Üzerine Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 27(27), 11-20.
- Al-Qazaz, H.K., Sulaiman, S.A., Hassali, A.M., Shafie, A.A., Sundram, S., Al-Nuri, R. & Saleem, F. (2011). Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm*, 33(6), 1028-1035.
- Aronson, J. K.(2007). Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin pharmacol*. 63(4), 383-4.
- Arseven, A. (2016). Öz yeterlilik: bir kavram analizi. *Turkish Studies*, 11(19), 63-80.
- Arslan, A. (2019a). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri ve öz-yeterlilik algılarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi/ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 38(1), 146-173.
- Arslan, B.(2019b). *TİP-2 diyabetli hastalarda öz yeterlilik düzeyinin yaşam kalitesine etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun.
- Arslan, E & Arslan B. (2007). Örgütsel İletişim, Uğur Demiray (Eds.), *Genel İletişim İçinde* (141-182). Ankara: Pegem.
- Aryıldız, E. (2009). *Toplumsal İletişim Açısından Toplumsal Hareketler*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Asnani, M. (2009). Patient-physician communication. *West Indian Medical Journal*. 58(4), 357-361.
- Atıcı, E. (2007). Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33(2), 91-96.

- Atilla, G., Oksay, A. & Erdem, R. (2012). Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 43, 23-37.
- Aydın, B. O. & Şahin, E. (2016). Hastanede hasta ve hasta yakınları düzeyinde görülen iletişim problemlerinin çözümüne yönelik bir model önerisi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 6(15), 64-94.
- Aziz, A. & Dicle, Ü. (2017). *Örgütsel İletişim*. İstanbul: Hiperlink Yayınevi.
- Aziz, A. (2016). *İletişime Giriş*. İstanbul: Hiperlink Yayınevi.
- Baltaş Z. (2000). *Sağlık psikolojisi*. İstanbul: Remzi Yayınevi.
- Bambino, L. E. (2006). *Physician communication behaviors that elicit patient trust*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). East Tennessee State University. ABD.
- Bandura A.(1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, (Vol. 4, ss. 71-81), New York: Academic Press.
- Barut, S. & Uçar, T. (2018). Gebelerde Doğum Öz Yeterlilik Algısının Doğum Korkusu ile İlişkisi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 107-115.
- Baş, T. (2010). *Anket*. 6. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Bayır, B.(2019). *Madde kullanım bozukluğu olan bireylere öz-yeterlilik kuramına göre verilen farkındalık temelli eğitimin öz-yeterlilik algısına etkisi*.(Yayımlanmamış Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Berrios, R., Richard L. S., Maria G. P., Michael A. K., Marsha N. R., Namietta M. J.& Donald M. M. (2006). Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol*, 55(3), 385–393.
- Berry, D. (2007). *Health Communication: Theory and Practice*, Buckingham:Open University Press. <http://blogs.unpad.ac.id/teddykw/files/2012/06/Health-Communication-Theory-and-Practice.pdf>, Erişim tarihi: 18.02.2021
- Bıkmaz, F. H. (2002). Self-efficacy belief instrument in science teaching. *Educational Sciences And Practice*, 1(2), 197-210.
- Borataş S. & Kılıç H. F. (2018) Evaluation of medication adherence in hypertensive patients and influential factors. *Pak J Med Sci*, 34(4), 959-963.
- Butler, J. T. (2000). *Learning and Behavior Change:Theories and Models*. İn: *Principles of Health Education and Health Promotion*. USA: Wadsworth Thomson Learning, 247-253.

- Chandra, S., Mohammadnezhad, M. & Ward P. (2018). Trust and communication in a doctor- patient relationship: A literature review. *Journal of Healthcare Communications*, 3(36), 1-6.
- Coşkun, R., Altunışık, R. & Yıldırım E. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)*. Adapazarı: Sakarya Kitabevi.
- Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M.J., Ollendorf, D. A. & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 11(1), 44- 47.
- Çalapkulu, Ç. & Çelenk, E. (2018). Hasta-Hekim İlişkisi ve İletişimi: Sakarya Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği. *International Journal of Social Science*, 1(2), 87-95.
- Çepni, A. S. (2010). *Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz Yeterliği İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.
- Çınarlı, İnci (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Çıraklı, Ü. & Gözlü, K. (2019). Hekim- hasta, hasta- hastane ilişkileri. içinde özer, Ö., & Şantaş, F.(Eds.), *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* (ss. 45-70), Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti.
- Dede, E. (2017). *İş güvencesizliği algısının ve örgütsel güven düzeyinin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkileri: Devlet ortaokulu ve özel ortaokul öğretmenleri üzerine bir araştırma*.(Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Ticaret Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demirbaş N. & Kutlu R. (2020). Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 269-280.
- Demirel, Y. (2008). Örgütsel güvenin örgütsel bağlılık üzerine etkisi:Tekstil sektörü çalışanlarına yönelik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(2), 179-194.
- Demirkol M. E, & Tamam L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 85 - 93.
- Demirtaş, M. (2010). Örgütsel iletişimin verimlilik ve etkinliğinde yararlanılan iletişim araçları ve halkla ilişkiler filmleri örneği. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 28(1), 411-444.
- Deniz, S. & Çimen, M,. (2021). Hekimlere güven düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma . *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8 (1), 10-16.



- Derin, N. & Demirel, E. (2011). Hastanelerde verimlilik artışı için hasta güvenliği uygulamaları ve hasta güvenliğinin sağlanmasında dönüşümcü liderliğin etkisi. *Verimlilik Dergisi*, (3), 51-81.
- Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak için Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1),40-46.
- Donovan, E., Love, B., Mackert, M., Vangelisti A. & Ring D. (2017). Health communication: a future direction for instructional communication research. *Communication Education*, 66(4), 490-492.
- Epstein, L.H., & Cluss, P.A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(69), 950-971.
- Erdem, H. (2007). Anlambilim açısından iman sözcüğü. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 48(1), 47-55.
- Erkoç Y. & Yardım N. (Eds) (2011). *T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye 'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları*. Ankara: Anıl Matbaası.
- Ertong, G. (2011). Niklas Luhmann'ın Sosyal Sistemler Kuramı ve Güven Tartışmaları Bağlamında Sağlık Sistemi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 3-26.
- Ervatan S. Ö., Özel A., Türkçapar, H., & Atasoy, N. (2003). Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 6(1), 5- 11.
- Esirgen, L. (2018). *Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi*.(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).İstanbul Üniveristesi/ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Gabay, G. (2015). Perceived control over health, communication and patient–physician trust. *Patient Education and Counseling*, 98(12),1550-1557.
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Bayer, E. & Demir, C. (2006). iletişim ve hekimlerin bakış açısıyla hekim-hasta iletişimi ve ilişkisi; Bir eğitim hastanesi örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 129-144.
- Gimenes H.T., Zanetti, M.L. & Haas, V.J. (2009). Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Rev Latinoam Enfermagem*, 17(1), 46-51.
- Gordon, H.S, Pugach, O, Berbaum, M.L, Ford, M.E. (2014) examining patients' trust in physicians and the va healthcare system in a prospective cohort followed for six-months after an exacerbation of heart failure, *Patient Education and Counseling*, 97(2), 173-179.
- Gökalp, N. (2003). Ekonomide güven faktörü, yönetim ve ekonomi. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 163-174.

- Görgü, G., Tan, M.N. & Mevsim, V. (2021). Hasta-hekim ilişkisine kavramsal yaklaşım. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 15 (1), 14-18.
- Gözlü, K. (2018). *Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Aile sağlığı merkezleri örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gözüm, S. & Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 2(1), 21-34.
- Gülcemal, E. & Keklik, B. (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (14), 64-87.
- Güner, E., Yıldırım, M. & İçerli, L. (2012). Hizmet işletmelerinde çalışanların örgütsel güven ve sinisizm davranışı arasındaki ilişki. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 75-84.
- Güngör, A. & Karagöl, C.(2020). Üçüncü basamak çocuk hastanesine başvuran ebeveynlerin memnuniyet, bağlılık ve güven düzeylerinin değerlendirilmesi. *Orta Doğu Tıp Dergisi*, 12(1), 40-44.
- Güngör, N. (2019). *İletişim: Kuram ve Yaklaşımlar*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Güven, B. & Taşkiran B. H. (2019). Sağlık iletişiminde doktor – hasta ilişkisi modelleri ve ilişki taraflarının değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik bir araştırma. *Uluslararası Halkla İlişkiler ve Reklam Çalışmaları Dergisi*, 2 (1), 7-38.
- Güzeldemir, E. (2006). *Hasta bilgilendirmenin önemi, Aydınlatılmış Onam*, Karaman Tabip Odası, Konya.
- Ha, J. F., & N. Longnecker. (2010). Doctor-patient communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Hacıhasanoğlu A., R. (2015). Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11),151-159.
- Hacıhasanoğlu, R. & Gözüm, S. (2004). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and bmi in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5), 692-705.
- Halis, M., Gökgez, G.S.& Yaşar, Ö. (2007). Örgütsel güvenin belirleyici faktörleri ve bankacılık sektöründe bir uygulama. *Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(7), 187-205.
- Hausman, a. (2004). Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(4), 403-417.

- Ho P.M., Bryson, C.L. & Rumsfeld, J.S. (2009). Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119(23), 3028-3035.
- Hülür, A. (2016). Sağlık iletişimi, medya ve etik: bir sağlık haberinin analizi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1), 155-178.
- Işık, M. (2018). *İletişim Bilimine Giriş*. Konya: Eğitim Yayınevi.
- Izgar, H. (2001), *Okul yöneticilerinde tükenmişlik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- İkizler H.C.& Tabak R. S. (2000). Spor Bağlamında Sağlık Davranış Modelleri. *Sağlık Eğitimi Dergisi*, (1), 1302-1313.
- Jimmy, B. & Jose, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice, *Oman Medical Journal*, 26(3), 155-159.
- Jose, M. & Mendez, M. (2015). Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *Autoeficacia y adherencia al tratamiento: el efecto mediador del apoyo social. Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 19-29.
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kansu, A. F & Hızlı Sayar, G. (2018). Öz Yeterlik, Yaşam Anlamı ve Yaşam Bağlılığı Kavramları Üzerine Bir İnceleme. *Etkileşim Dergisi*, (1), 78-89.
- Kara, B.(2007), Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: Çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, (49), 132-136.
- Kara, D. & Yılmaz, E. (2020). Açık Kalp Cerrahisi Yapılan Hastalarda Öz Yeterliliğin İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 34 (1), 55-62.
- Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (2010). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik*, Ankara: Nobel Yayınevi.
- Karagöz, Y. (2017). *SPSS Ve AMOS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karatay, G., Karadağ, E. & Akkuş, Y. (2012). Bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyleri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 85-96.
- Karsavuran, S., Kaya, S. & Akturan, S. (2011). Hasta-hekim iletişimde güven: Bir cerrahi polikliniği örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2), 185- 212.

- Kavuncubaşı, Ş ve S. Yıldırım (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kaya, A. (2017). *Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim*. Ankara: Pagem Akademi.
- Keleş, S. (2014). Aile Şirketlerinde Y Jenerasyonunun Öz Yeterlilik Algısı ve İşe Adanmışlık İlişkisi. *Vizyoner Dergisi*, 5(11), 95-109.
- Kıdak, L. & Aksaraylı, M. (2009). Sağlık hizmetlerinde motivasyon faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi/İ.İ.B.F.7(1)*,75-94.
- Koch E., & Turgut, T. (2004). Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: Bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15 (1), 64-69.
- Koç, E. *Aile hekimliğinde hasta-hekim iletişiminde güven unsurunun hastanın hekime bağlılığı üzerine etkisi*.(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Gazi Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Koçak Y.M. & Büyükyılmaz F. (2019). Hemşirelerin Öz-Yeterlilik Algıları ile Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. *Journal Of Academic Research İn Nursing*, 5(3), 169-177.
- Koçak, B. & Bulduklu, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Seçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- Korkmaz, İ.D. (2017). *Sağlık İletişimi Kanser Hastaları İle Hekim İlişkisi*.(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kotaman, H . (2008). Öz yeterlilik İnancı ve Öğrenme Performansının Geliştirilmesine İlişkin Yazın Taraması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21 (1), 111-133
- Kowalski, C., Nitzsche, A., Scheibler, F., Steffen, P., Albert, U.S.& Pfaff, H. (2009). breast cancer patients trust in physicians: the impact of patients perception of physicians' communication behaviours and hospital organizational climate. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 344-348.
- Köksoy Vayısoğlu, S., & Öncü, E. (2018). Effect Of İndividual Working Method on Healthy Lifestyle Behaviors Health Self Efficacy in Nursing Students. *Journal Of Human Sciences*, 15(4), 2198–2214.
- Kreps, G. L.(2003). Trends and directions in health communication research. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(2), 353-365.
- Kulakçı, H., Kuzlu A. T., Emiroğlu , O.Y. & Köroğlu, E. (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(2), 53-64.

- Kyle, S. & Shaw, D. (2014). Doctor-patient communication, patient knowledge and health literacy: how difficult can it all be? *The Royal College of Surgeons of England Bulletin*, 96(6), 9-13.
- Lee, S. Y., Hwang, H., Hawkins, R. & Pingree, S. (2008). Interplay of Negative Emotion and Health Self-Efficacy on the use of Health Information and Its Outcomes. *Communication Research*, 35(3), 358-381.
- Lee, W.S. (2005). *Encyclopedia of School Psycholog*. London: Sage Publication.
- Lee, Y.Y.& Lin, J.L. (2009). The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1060-1068.
- Luhmann, N. (1979) *Trust and Power: Two Works by Niklas Luhmann*. New York: John Wiley&Sons.
- Lunenburg FC.(2011). Self-Efficacy in The Workplace: Implications for Motivation and Performance. *International Journal of Management, Business and Administration*, 14(1), 1-5.
- Mayer, R.C., Davis, J. H. & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *The Academy Of Management Review*, 20 (3), 709-734.
- MEGEP (2011). Halkla İlişkiler ve Organizasyon Hizmetleri: Örgüt İletişimi, MEB Yayını. Erişim Adresi: [megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Örgüt%20İletişim.pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Örgüt%20İletişim.pdf) (Erişim Tarihi: 18.02.2021).
- Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 3-18.
- Meydan, C. H. & Şeşen, H. (2015). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Milner, H.R. & Hoy, A.W.(2003). A Case Study Of An African American Teacher's Self-Efficacy, Stereotype Threat, and Persistence. *Teaching and Teacher Education* 19 (2), 263-276.
- Miral, S. (2001). Tıp eğitiminde iletişim becerileri: Çağdaş yöntem ve tetkikler, *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, Özel sayı, 63-66.
- Mirici, A. & Kara, M. (2002). KOAH öz-etkililik ölçeği Türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ve Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalları Dergisi*, 34, 61-66.
- Mollaoğlu M. & Bağ E. (2009). Self-efficacy of hemodialysis patients and the affecting factors. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 72(2), 37-42.
- Müezzinoğlu, T. (2005), Yaşam Kalitesi, Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması. Erişim Adresi: [http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_8598/25-29.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_8598/25-29.pdf)( Erişim tarihi: 01.03.2021).

- Özdemir, S. M. (2008). Sınıf Öğretmeni Adaylarının Öğretim Sürecine İlişkin Öz-Yeterlik İnançlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 54(54), 277-306.
- Özdemir, Ü. & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özpulat, F. (2016). Öz-yeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (4) , 37-44.
- Parker, J.C. & Thorson, E. (2009). *Health Communication in the New Media Landscape*. New York: Springer Publishing Company.
- Prenner, L. G. (2001). *Patient Compliance, Patient Satisfaction, Relational Communication and Power Distance in a Health Care Context*. California: The Faculty of California State University.
- Roth, F., & Schüler, D. (2006). Trust and economic growth: A panel analysis. *Manuscript Draft: University of Göttingen*.
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care – the new agenda. *European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6.
- Sabaté, E. (Editör) (2003). Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>, Erişim Tarihi: 28.05.2021. ,,
- Sağlık Bakanlığı (2018). <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018yayinlanmistir.html>. Erişim tarihi: 20/02/2021
- Saraç, G. (2019). *Okul Müdürlerinin Demokratik Tutumlarının Öğretmenlerin Örgütsel Güven Alguları ile İlişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Schiavo, R. (2014). *Health communication: From theory to practice*. John Wiley & Sons
- Sidani, S., Epstein, D., & Miranda, J. (2006). Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 116-118.
- Silva, A.N., Moratelli, L., Tavares, P. L., Marsicana, E. D. O., Pinhati, R. R. P., Colugnati, F. A. B., Lucchetti, G. & Pinherio, H.S. (2016). Self-efficacy beliefs, locus of control, religiosity and non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant patients. *Nephrology*, 21(11), 938-943.
- Solmuş, T. (2004), *İş Yaşamında Duygular ve Kişiler Arası İlişkiler*, Ankara: Beta Yayınları.

- Soykan, A. (2013). İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 9-10.
- Şencan, Ş. (2005). *Güvenilirlik ve geçerlilik*. Ankara: Seçkin Kitabevi.
- Tanrıverdi, H., Adıgüzel, O. & Çiftçi, M. (2010). Sağlık yöneticilerine ait iletişim becerilerinin çalışan performansına etkileri: kamu hastanesi örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(11), 101-122.
- Taşkaya, S. (2014). *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TDK. (2021). Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (10.02.2021).
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. & Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Tezcan, C. (2008). *Yapısal Eşitlik Modelleri*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Thomas, R.K. (2006). *Health Communication: USA*, Springer Science – Business Media Inc.
- Top M. & Tarcan M. (2007) Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 169-189.
- Touchette, D.R. & Shapiro, N.L. (2008). Medication compliance, adherence, and persistence: current status of behavioral and educational interventions to improve outcomes. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy*, 14(6), 2-10.
- Tuncer, M. & Khorshid, L. (2018). Böbrek nakli hastalarında immünoşüpresan tedaviye uyum ve hemşirenin sorumlulukları diyaliz ve transplantasyon. *Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13), 26-31.
- Turan, M. F. & Çınar, Ö. (2019). *Örgütsel sessizlik ve örgütsel güven arasındaki ilişkinin incelenmesi: Ağrı örneği*. İstanbul: Hiperyayın.
- Turgut, M. (2013). Academic self-efficacy beliefs of undergraduate mathematics education students. *Acta Didactica Napocensia*, 6(1), 33-40.
- Tutar, H. & Yılmaz, M.K. (2005). *İletişim (Genel ve Örgütsel Boyutlarıyla)*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Tutar, H. (2003). *Örgütsel İletişim*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tülek, Z. (2016). Multipl Skleroz ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 2(2), 26-36.

- Tülüce, D. (2017). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde sağlık koşullarının tedaviye uyum, öz etkililik ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tüzün, K. İ. (2007). Güven, örgütsel güven ve örgütsel güven modelleri. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (2), 93-118.
- Uludağ, A. (2011). *Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ünal K, G., & Orgun, F. (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (2), 92-99.
- Ünal, Ö. (2016). *Hasta-hekim iletişiminin hastanın hekim bağlılığına etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Ünsal, A. & Kaşıkçı, M. (2008). Artritli bireylerde öz-etkililik ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 40-50.
- Ünsal, P. (2004). Örgütlerde güven algısı. *Kişisel Gelişimde Çağdaş Yönelimler Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, Ankara Eğitim ve Doktrin Komutanlığı, 225-237.
- Van der Ven N. C W., Weinger K. Y. J., Pouwer F., Ader H., Van Der Ploeg HM., Snoek FJ.(2003).The Confidence in Diabetes Self-Care Scale. *Diabetes Care*,26(3), 713-718.
- Vatansever Ö. & Ünsar, S. (2014).Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 5(8), 66-74.
- WHO.(2001). Erişim Adresi:  
[https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_Section1.pdf?ua=1](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf?ua=1).  
(Erişim Tarihi: 20.04.2021).
- Wood, B. (2012). Medication adherence: The real problem when treating chronic conditions. *US Pharmist*, 37(94), 3-6.
- Yağbasan, M. & Çakar, F. (2006). Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 609-629.
- Yakar, B. & Demir, M. (2019). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranları ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46 (4), 685-696.
- Yanık T, Y.& Erol, Ö. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3), 166-174.



- Yıldırım F. & İlhan Ö.İ. (2010). Genel öz yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.
- Yılmaz A. A. (2005). *Hasta- hekim ilişkisinde güven iletişimi” Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı tıp bebek ünitesinde bir uygulama*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Yiğitbaş Ç. & Yetkin, A. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 6-13.
- Yüksel, A.H. (2009). İletişim Kavram ve Tanımı. İçinde. Demiray, U. (Eds.). *Genel İletişim* (ss. 3-34). Ankara: Pegem Akademi,
- Zachary, A.M., Pharmd, M. & Walid F.G. (2012). Medication adherence to multi-drug regimens. *Clin Geriatr Med.*, 28(2), 287–300.
- Zıllıoğlu, M. (2003). *İletişim Nedir?*. İstanbul: Cem Yayınları.
- Zolin, R., Fruchter, R. & Hinds, P. (2003). *Communication, Trust & Performance: The Influence of Trust on Performance in A/E/C Cross-functional Geographically Distributed work*. CIFE Working Paper, Stanford: Stanford University: Center of Integrated Facility Engineering.
- Zrinyi, M., Juhasz, M., Balla, J., Katona, E. Ben, T., Kakuk, G. & Pall, D. (2003). Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 18(9), 1869–1873.



## Bölüm 2: Hasta Hekim Güven İletişimi Ölçeği

Lütfen soruları düzenli olarak hizmet aldığınız hekiminizi düşünerek cevaplayınız ve kendi hissettiklerinizi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1-Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için her ne gerekiyorsa yaparlar.					
2-Hekimlerin tıbbi kararları genellikle doğrudur.					
3-Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.					
4-Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirlidir.					
5-Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez.					
6-Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söylemek konusunda tamamen dürüsttür.					
7-Hekimler, hastaların hassas tıbbi bilgilerini konuyla ilgisi olmayan kimselerle paylaşmazlar.					
8-Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.					
9-Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.					
10-Benim hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.					
11-Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.					
12-Eğer hekimim bana bir şey söyleirse, o doğrudur.					
13-Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.					
14-Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim.					
15-Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.					
16-Hekimim sağlığımı benim kadar çok önemser.					
17-Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.					
18-Hekimim ihtiyaç duyulduğunda beni hastaneye yatırır.					
19-Hekimim sosyal güvencem masrafları karşılamasa da uygun tıbbi kararlar verir.					
20-Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.					
21-Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.					
22-Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar aynı hekimi tercih ederim.					

## Bölüm 2: Tedaviye Uyum Ölçeği

Lütfen soruları düzenli olarak hizmet aldığınız hekiminizi düşünerek cevaplayınız ve kendi hissettiklerinizi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
23-Benim için doktor tavsiyesine uymak oldukça kolaydır.					
24-En son tedavi aldığım doktorun talimatlarına uydum.					
25-Doktorun bana önerdiği şeyleri tam olarak yapmakta zorlanıyorum.					
26-Doktorun verdiği tedaviyi dikkate almaya değermez.					

## Bölüm 3: Öz Yeterlilik Ölçeği

Lütfen soruları düzenli olarak hizmet aldığınız hekiminizi düşünerek cevaplayınız ve kendi hissettiklerinizi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
27-Sağlığımı olumlu yönde değiştirebileceğime güveniyorum					
28-Sağlığımı geliştirmek için bir takım hedefler belirledim					
29-Sağlığımı geliştirmek için belirlediğim hedeflere ulaşabileceğime inanıyorum					
30-Sağlığımı geliştirmek için aktif olarak çaba gösteriyorum					
31- Sağlığım ile ilgili neyi, nasıl öğreneceğim konusunda kontrol sahibi olduğumu düşünüyorum					

ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...

## Ek-2 - Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/03/2020-E.3597



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu

Sayı :61923333/050.99/  
Konu :21/37 Pınar KİRİŞ

Sayın Pınar KİRİŞ

İlgi : Pınar KİRİŞ 28/02/2020 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 11.03.2020 tarihli ve 21 sayılı toplantısında alınan "37" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.  
Bilgilerinizi rica ederim.

**Prof. Dr. Arif BİLGİN**  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu  
Başkanı

37. Pınar KİRİŞ'in " Hasta Hekim Güven İletişimin ve Öz-Yeterliliğin Tedaviye Uyuma Etkisi " başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.  
Yapılan görüşmeler sonunda Pınar KİRİŞ'in " Hasta Hekim Güven İletişimin ve Öz-Yeterliliğin Tedaviye Uyuma Etkisi " başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrak Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENUB0CMR>

Etik Kurulu Erentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:  
sakaryasiuniversitesi@hs01.kep.tr  
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31  
E-Posta :ozelikalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

Pınar KİRİŞ, İlk, orta ve lise eğitimini Muğla/Ortaca' da tamamladıktan sonra 2013 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde lisans eğitimine başladı. 2015 yılında Sakarya Üniversitesi'ne yatay geçiş yaparak lisans eğitimini burada tamamladı. 2017 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümüne başladı. 2019 yılından beri halen özel bir sağlık kurumunda çalışmaktadır.