

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**HASTA HEKİM İLETİŞİMİNİN HASTANIN HEKİM
BAĞLILIĞINA VE HASTANE BAĞLILIĞINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özgün ÜNAL

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

TEMMUZ – 2016

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

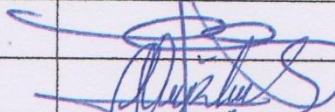
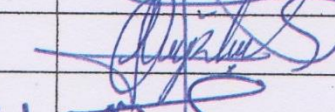
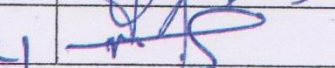
HASTA HEKİM İLETİŞİMİN HASTANIN HEKİM
BAĞLILIĞINA VE HASTANE BAĞLILIĞINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özgün ÜNAL

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

"Bu tez 20/7/2016 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir."

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. Pınar BAŞ	BASARILI	
Doç. Dr. Oğuz İSİL	BASARILI	
Doç. Dr. Mahmut AKSOY	BASARILI	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitede, başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Özgün ÜNAL

20.07.2016

ÖNSÖZ

Modern yaşamın bir parçası olan iletişim kavramının hayatımızın her alanına sirayet etmesi, iletişim araştırmalarına verilen önemin derecesini gittikçe artırmaktadır. Söz konusu insan sağlığı olan ve insanlar aracılığıyla insanlara hizmet sunulan sağlık sektöründe iletişim kavramının sağlık kuruluşları açısından önemi araştırılması ihtiyaç halini almış bir olgudur. Özellikle sağlık hizmeti sunumunun başrol oyuncusu olan hekimler ile sağlık müşterisi olan hastaların karşılaşmalarında yaşanacak etkileşimin muhtemel sonuçlarının öğrenilmesi, sağlık kuruluşları için büyük önem arz etmektedir.

Bu düşünceден hareket ile konusu belirlenen bu tez çalışması ile, hasta hekim iletişiminin hastanın hekime ve hastaneye bağlılığını etkileyip etkilemediği ve bu üç kavram arasındaki incelenecektir. Çalışma sonucunda ulaşılan bulgular ile birlikte bir takım öneriler geliştirilecektir.

Bu çalışmanın ortaya konulurken; hayatımın her evresinde olduğu gibi, yüksek lisans eğitimim ve yüksek lisans tez yazımım aşamasında maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan annem Ayşe GÜREL'e, ananem Halise GÜREL'e, sözlüm Sema YÜKSEL'e ve kardeşim Gürel ÜNAL'a minnetlerimi sunuyorum. Tez yazımı esnasında bana engin bilgisiyle sonsuz destek sağlayan sayın danışmanım Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'a yardımlarından ve açtığı ufuktan dolayı sonsuz teşekkürü borç bilirim. Yine yüksek lisansımın çeşitli aşamalarında bana katkılarda bulunmuş olan Doç. Dr. Musa ÖZATA, Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK ve Yrd. Doç. Dr. Ferda Alper AY'a değerli katkıları ve emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim. Ayrıca ismini sayamadığım ve bugüne kadar bana katkıda bulunmuş hocalarım ve arkadaşlarımın her birisine ayrı ayrı teşekkürlerimi iletirken, bu çalışmanın insanlığa faydasının dokunmasını temenni ederim.

Bu çalışma SAÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiştir. (Proje no: 2016-60-01-007)

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	VI
TABLolar LİSTESİ	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
ÖZET	IX
SUMMARY	X

GİRİŞ	1
--------------------	----------

BÖLÜM 1. SAĞLIK İLETİŞİMİ	7
--	----------

1.1. İletişim	7
---------------------	----------

1.2. Sağlık İletişimi ve Sağlık İletişiminin Önemi	8
--	----------

1.2.1. Sağlık İletişiminin Zorlukları ve Sorunları	10
--	----

1.2.2. Sağlık İletişimi Araştırmaları	18
---	----

1.2.3. Sağlık İletişiminde Başarılı Olma Önerileri	21
--	----

BÖLÜM 2. HEKİM- HASTA İLETİŞİMİ	27
--	-----------

2.1. Sağlık Müşterisi: Hasta ve Hekim-Hasta İletişimi	27
---	----

2.2. Hastanın Sağlık Kuruluşundan ve Hekimlerden Beklentileri ve Bu Beklentilerin Yasal Dayanağı	28
--	----

2.2.1. Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma	29
--	----

2.2.2. Bilgi İsteme Hakkı	29
---------------------------------	----

2.2.3. Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değişirme Hakkı	30
---	----

2.2.4. Personeli Tanıma, Seçme ve Değişirme Hakkı	30
---	----

2.2.5. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım Hakkı	30
--	----

2.2.6. Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı	30
--	----

2.2.7. Tıbbi Özen Gösterilmesi	30
--------------------------------------	----

2.2.8. Mahremiyete Saygı	31
--------------------------------	----

2.2.9. Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama (Onam)	31
--	----

2.2.10. Bilgilerin Gizli Tutulması	32
--	----

2.2.11. Tedaviyi Reddetme ve Durdurma	32
---	----

2.2.12. Refakatçi Bulundurma	32
2.2.13. Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı	32
2.3. Hekim-Hasta İletişim Modelleri	33
2.4. Hekim-Hasta İlişkisinde Yaşanan Sorunlar	35
2.4.1. Hekimlerde Stres ve Tükenmişlik	36
2.4.2. Hekim yoğunluğu	37
2.4.3. Hastaya Gerçeği Söyleme	38
2.4.4. Emir Verme ve Bağırma	39
2.4.5. İkna ve İnandırma	39
2.4.6. Önyargı	39
2.4.7. Hekim-Hasta İlişkisi Problemlerine İlişkin Çözüm Yolları	40
BÖLÜM 3. BAĞLILIK	42
3.1. Hekim Bağlılığı	45
3.2. Hastane Bağlılığı	47
BÖLÜM 4. HASTA HEKİM İLETİŞİMİ, HEKİME BAĞLILIK VE HASTANEYE BAĞLILIK İLİŞKİSİ	49
BÖLÜM 5: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	55
5.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	55
5.2. Veri Toplama Aracı	56
5.3. Veri Toplama Süreci	57
5.4. Araştırmanın Kısıtları	57
5.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	57
5.6. Araştırma Modeli ve Hipotezleri	62
5.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler	67
BÖLÜM 6: BULGULAR VE YORUM	69
6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	69
6.2. Hasta-Hekim İletişimin Hekim Bağlılığı ve Hastane Bağlılığına İlişkin Yapısal Model Analizi	74
6.3. Hekim Hasta İletişim, Hekime Bağlılık ve Hastane Bağlılığı Arasındaki İlişki ..	76

6.4. Hekim Hasta İletişiminin, Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi	76
6.5. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Bulguları	77
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
KAYNAKÇA	91
EKLER	107

KISALTMALAR

- YEM** : Yapısal eşitlik modeli
SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı
SUT : Sağlık Uygulama Tebliği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1	: Sağlık İletişimi Araştırmaları	19
Tablo 2	: Anket Sayısının Çalışma Yapılan Hastanelere Göre Dağılımı.....	56
Tablo 3	: Hasta-Hekim İletişimi, Hastane Bağlılığı ve Hekim Bağlılığı Ölçeklerinin Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları	60
Tablo 4	: Bazı Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları	61
Tablo 5	: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	70
Tablo 6	: En Son Başvurulan Hekimin Cinsiyetine İlişkin Frekans Analizi.....	71
Tablo 7	: En Son Hastaneye Başvurma Nedenine İlişkin Frekans Analizi	71
Tablo 8	: Hastaneye Başvurma Sıklığına İlişkin Frekans Analizi	72
Tablo 9	: En son Hizmet Alınan Hastaneye İlişkin Frekans Analizi.....	73
Tablo 10	: En Son Başvurulan Hastanenin Tercih Sebebine İlişkin Frekans Analizi	74
Tablo 11	: Hekim Hasta İlişki, Hekime Bağlılık ve Hastane Bağlılık Arasındaki İlişki	76
Tablo 12	: Hekim Hasta İletişiminin Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi	77
Tablo 13	: Cinsiyete Göre Fark Analizi Sonuçları	77
Tablo 14	: Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları	78
Tablo 15	: Yaşa Göre Fark Analizi Sonuçları.....	79
Tablo 16	: Eğitim durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları	80
Tablo 17	: Mesleğe Göre Fark Analizi Tablosu	81
Tablo 18	: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Hipotez Testi Sonuçları.....	82
Tablo 19	: Hekim Cinsiyetine Göre Fark Analizi.....	83

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1** : Hasta-Hekim İletişimi, Hastane Bağlılığı ve Hekim Bağlılığı Ölçeklerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları..... 62
- Şekil 2** : Araştırma Modeli 67
- Şekil 3** : Hasta-Hekim İletişiminin Hekim Bağlılığı ve Hastane Bağlılığına Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı 75

Tezin Başlığı: Hasta Hekim İletişimin Hastanın Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi	
Tezin Yazarı: Özgün ÜNAL	Danışman: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT
Kabul Tarihi: Haziran 2016	Sayfa Sayısı: 10(ön kısım) + 105(tez)+ 5(ekler)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	
<p>Hasta hekim iletişimi, etkin bir sağlık hizmeti sunumu ve hastanın hekim ve hastaneye bağlılığının geliştirmesi bakımından önem arz etmektedir. Bu görüşten hareket ederek gerçekleştirilen bu tezin amacı, etkili bir hasta hekim iletişimi ile hastanın hekime ve hastaneye bağlılığını arasında ilişki olup olmadığını; hasta hekim iletişiminin hekim ve hastaneye bağlılığını etkileyip etkilemediğini ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin hasta hekim iletişimi, hekime bağlılık ve hastaneye bağlılıkta bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymaktır. Çalışmada hasta hekim iletişimini ölçmek için Maly ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkinlik (PEPPI) Ölçeği; hastane bağlılığını ölçmek için Price ve Arnould (1999) tarafından hizmet sektörü için geliştirilen ve Wang, Hsiao ve Huang tarafından sağlık hizmetlerine uyarlanan Hastane Bağlılığı Ölçeği; Hekim bağlılığını ölçmek için Price ve Arnould (1999) tarafından geliştirilen hekim bağlılığı, Sharma ve Patterson (1999) tarafından geliştirilen tedavi hizmet kalitesi ölçeği, Hausman ve Mader tarafından geliştirilen kişiler arası hizmet kalitesi ölçeğinde oluşan ve tamamı Wang, Huang ve Howng (2011) tarafından sağlık hizmetlerine uyarlanan hekim bağlılığı ölçeği ile katılımcıların sosyo demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, yol analizi (PATH), bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hasta hekim iletişimi ile hekime bağlılık ve hastaneye bağlılık arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Hasta hekim iletişimi, hekime bağlılık ve hastaneye bağlılık üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Ayrıca, sosyo-demografik özelliklerden cinsiyetin hasta hekim iletişimde; medeni durum, meslek grupları ve yaşın hekime bağlılıkta farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Diğer sosyo demografik özelliklerin hasta hekim iletişimi, hekime bağlılık ve hastaneye bağlılık konusunda herhangi bir farklığa sebep olmamaktadır. Çalışmada ayrıca hekim cinsiyetinin hasta hekim iletişimde, hastanın hekime bağlılığında ve hastaneye bağlılığında farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre, hekim bağlılığı ve hastane bağlılığı oluşturmada hekim hasta iletişimi önemli bir araç olarak kullanılabilir. Bu sebeple hekim hasta iletişiminin hekimlerin mesleki donanımlarının bir parçası olarak değerlendirilmesi ve gerek örgün eğitim sürecinde, gerekse çalışma ortamlarında iletişim becerilerinin geliştirilmesi çaba harcanması önerilmektedir. Bu çabalarının günümüz rekabet ortamında hem hekim bağlılığı, hem de hastane bağlılığı bakımından önemli avantajlar sağlayacağı düşünülmektedir.</p>	
Anahtar Kelimeler: İletişim, Hasta Hekim İletişimi, Bağlılık, Hekim Bağlılığı, hastane Bağlılığı.	

Title of the Thesis: The Effect of Patient-Physician Relationship on Patients' Loyalty to Physician and Hospital	
Author: Özgün ÜNAL	Supervisor: Assoc Prof Mahmut AKBOLAT
Date: 10 June 2015	Nu. of pages: 10(pre text)+ 105 (main body) +5(app)
Department: Health Management	
<p>Physician-patient communication is important in order to offer an effective health care and develop patient's loyalty to the physician and hospital. This thesis has been written based on this opinion and its purpose is to reveal if there is any relationship between an effective physician-patient communication and a patient's loyalty to the physician and hospital; if physician-patient communication affects patient's loyalty to the physician and hospital; and if subjects' socio-demographic features make any difference in physician-patient communication, loyalty to physician and loyalty to hospital. In this study, Perceived Efficiency in Patient-Physician Interaction (PEPPI) Scale developed by Maly et al. (1998) was used in order to evaluate patient-physician communication; Hospital Loyalty Scale developed for service industry by Price and Arnould (1999) and adapted to health care services by Wang, Hsiao and Huang was used to evaluate hospital loyalty; physician loyalty scale consisting of Physician Loyalty developed by Price and Arnould (1999), treatment service quality scale developed by Sharma and Patterson (1999), interpersonal communication service quality developed by Hausman and Mader and adapted all by Huang and Howng (2011) to health care; and a survey form that was formed from socio-demographic features of the subjects were used in order to measure patient-physician communication. The data obtained from them were carried out in terms of validity and reliability. To analyze the data, descriptive statistical methods, path analysis (PATH), t test in independent samples and one way anova analysis were used. According to the findings obtained from the study, there is a significant relation between physician-patient communication and patient's physician loyalty and hospital loyalty. Patient-physician communication has a significant effect on patient's physician loyalty and hospital loyalty. Besides, it's been found that one of the socio-demographic features, gender, makes difference in patient-physician communication. On the other hand, marital status, occupational groups and age make a difference in physician loyalty. It's been determined that other socio-demographic features don't make any difference in patient-physician communication, patient's physician loyalty and hospital loyalty. It's been determined in the study that gender of the physician doesn't make any difference in patient-physician communication, loyalty of patient to physician and to hospital. According to the result of the study, physician-patient communication can be used as an important tool to form physician loyalty and hospital loyalty. Therefore, it's suggested that physician-patient communication is considered as a part of physicians' occupational instrument; effort should be made to build communication skills in both formal education process and work environments. It's considered that these efforts provide important advantages in respect to both physician loyalty and hospital loyalty in today's competitive environment.</p>	
Keywords: Communication, Physician Patient Relationship, Loyalty, Loyalty to Physician, Loyalty to Hospital.	

GİRİŞ

İletişim kavramının yaşamımızın her alanını sarmalamış olması, her sektör için iletişim araştırmalarının önemini artırmıştır. Söz konusu insana hizmet sunmak olduğunda iletişim kavramını önemi bir kat daha artmaktadır. Sağlık sektörü, insana hizmet sunulan sektörler arasında karmaşıklık düzeyi en yüksek olanıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinde birçok farklı gruba, birçok farklı meslek mensubu ile hizmet sunulmaktadır. Farklı yaş, meslek, eğitim, gelir, çevre, vb. özelliklere sahip bireylere hizmet sunmak görüldüğünden daha da zordur. Bu durum, sağlık hizmetleri sunumunda iletişimi daha önemli hale getirmektedir. Hasta ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurulamaması, sağlık kuruluşlar açısından birçok olumsuz sonuç doğuracaktır. Çünkü hastalarla iletişim kurmak sağlıklı bireylerle iletişim kurmaktan daha zordur. Bireyler hastalıkları nedeniyle çeşitli sıkıntılar yaşamaktadır ve bu sıkıntılara bağlı olarak yaşadıkları belirsizlikler nedeniyle stres altında kalmaktadırlar. Bu durumda iletişim bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu durumu anlamak ve iyi yönetmek bireylerin streslerini ortadan kaldırdığı gibi, hekime ve hastaneye duyulan güven sonucunda önerilen tedavinin iyi uygulanması, tedavinin başarısını da doğrudan etkileyebilmektedir.

İletişim, gönderici ve alıcı konumundaki bireyler arasında gerçekleşen duygu, düşünce, davranış ve bilgi alışverişidir (www.iletisim.nedir.com). Bir başka tanıma göre iletişim, bireyin kendisini beden dili veya birtakım seslerle başka bireylere ifade etme çabasıdır (Bhala, 2011: 6). Geçer ve Dikmen (2015:518) iletişimi bireyin iç dünyasının pozitif veya negatif olarak dış dünyaya yansımaları olarak nitelendirmektedirler. İletişimi, bireyin iç sesinin dış dünyaya açılan penceresi olarak ifade etmektedirler. Bütün bu tanımların ortak noktasında, iletişimin bireylerin duygu ve düşüncelerini başka bireylerle paylaşması yatmaktadır.

İletişim son dönemde oldukça popüler hale gelmiş bir kavramdır. İş dünyasının müşteriye merkez alan hizmet sunumu anlayışıyla birlikte iletişim kavramının önemi daha da artmıştır. Anlaşılamayan müşteriye yardım edilemeyeceği için hizmet, müşterinin istek ve beklentilerini anlamak ile başlar. Bu nedenle iletişim kavramı işletmeler bakımından daha da önemli hale gelmektedir. Sağlık hizmetleri sunumu Özelinde düşünüldüğünde, sunulacak hizmetin belirlenebilmesi için öncelikle sağlık

hastaların başvuru nedenlerini, ne tür problemleri olduğunu, bu problemlerin tedavisi sırasında beklentilerinin ne olduğunu ve uygulanacak tedavilerin bireylerin kültürlerine ve inançlarına uygun olup olmadığını belirlemek için iletişim, anahtar rolü oynamaktadır. Başvuran hasta ya da sağlığını kontrol ettirmek isteyen kişi ancak etkili bir iletişimle anlaşılabilir ve kişinin ihtiyaçlarına uygun hizmet sunulabilir. Ayrıca sağlık sektöründe hizmet sunumu tek taraflı bir çaba ile gerçekleştirilebilecek bir olgu değildir. Zira hekim hastaya bir takım tedavi yöntemleri önermekte ya da çeşitli ilaç ve uygulamalar vermektedir. Bu önerilerin gerçekleşmesi ya da verilen ilaç ya da tedavilerin uygulanması, hasta ya da kişinin hekim ve hastaneye olan güveni ile gerçekleşebilir ki, burada anahtar sözcük yine iletişimdir. Hekim ya da sağlık personeli hastaya verdiği uygulamaların önemini anlatması ve hastayı ikna etmesi halinde tedaviler uygulanır olabilecektir. Çünkü pek çok tedavinin uygulanması sağlık kuruluşu dışında hasta tarafından bireysel olarak gerçekleştirilmektedir.

Hasta hekim iletişimi, sağlık hizmeti almak isteyen sağlık müşterileri ile sağlık hizmetinin sunumunu sağlayacak olan ve sunulacak hizmetin niteliğini ve içeriğini belirleyecek olan hekimlerin etkileşimidir. Etkili bir iletişim, hastaların tedaviye katılımlarını ve aldıkları hizmetten memnuniyetlerini artırabilir ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir (Chen ve diğerleri, 2007: 339; Harmon, Lefante ve Krousel-Wood, 2006: 310). Bu nedenle hasta hekim iletişimi sağlık kuruluşlarının önem vermesi gereken bir konudur. Hastalarla etkili iletişim kuran hekimler bir sağlık kuruluşuna kaliteli sağlık hizmeti sunumundan çok daha fazlasını kazandırabilirler. Kurulan etkili hasta hekim iletişimi bireylerin kendilerini rahat hissetmelerine, tedaviye katılmalarına, daha başarılı ve pozitif bir tedavi süreci geçirmelerine ve olumlu tedavi sonuçları ile birlikte hizmet sunucusuna güven duymalarına yol açacaktır (Desmond ve Copeland; 2010: 2; Street, 2003: 74). Bu memnuniyet ve güven ise bireylerin hizmet sunan kuruluşa ve hekime bağlılık duymasını sağlayacaktır.

Bağlılık, genel olarak müşterinin bir hizmet sağlayıcısından hizmet alımına devam etme tutumudur (Czepiel ve Gilmore; 1987: 91). Sağlık hizmetleri için bağlılık; sağlık hizmeti alma ihtiyacı hisseden bireylerin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet ile hizmet sunan kuruluşa ve kuruluştaki hizmet veren sağlık profesyonellerine duyduğu güven neticesinde, gelecekte oluşacak sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için aynı

kuruluşu tekrar seçme eğilimi şeklinde tanımlanabilir. Bireylerde hizmet sunan kuruluşa karşı bağlılığın gelişebilmesi için, bireyin aldığı hizmetin beklentilerini karşılaması ve memnuniyet duygusunun oluşması gerekmektedir. O halde bağlılığın gelişimi, hizmet satın alınmasıyla başlar, alınan hizmetten memnuniyet duyulması ile gelişir ve memnuniyete bağlı olarak hizmet sunan bireye veya kuruluşa karşı güvenin gelişimi ile devam eder (Oliver; 1999: 34-35).

Sağlık kuruluşları için iki tür bağlılıktan söz edilebilir. Bunlardan ilki hekim bağlılığıdır. Hekim bağlılığı hastanın hizmet sunan hekiminden memnun olması ve daha sonraki benzer sağlık ihtiyaçlarında o hekimden hizmet almaya devam etmesidir. Bireyler hekimlerinden duydukları memnuniyet ve hekimlerine duydukları güven ile bu seçimi yapmaktadırlar. Sorunlarını hekimlerine açmakta sıkıntı yaşamadıkları için de daha başarılı tedavi süreçleri yaşamaktadırlar ve bağlılıkları gittikçe pekişmektedir.

Diğer bağlılık türü ise hastane bağlılığıdır. Hastane bağlılığı hekim bağlılığına bağlı olarak gelişebileceği gibi başka bir takım faktörlerin etkisi ile de gelişebilmektedir. Bu faktörler arasında hizmet kalitesi, hizmet çeşitliliği, modern fiziksel imkânlar, makine ve teçhizatın gelişmişlik düzeyi, çalışanların nezaket ve özverisi, ödenecek ilave ücretler gibi pek çok husus sayılabilir. Ancak hastalar, sağlık kuruluşundan aldıkları hizmetten tatmin olurlarsa bağlılıkları oluşacak ve devam edecektir. Aksi halde bağlılıklarının gelişmesi söz konusu olmayabilecektir. Ancak, burada hastanın hizmet aldığı hekim önemli rol oynamaktadır. Hekimine bağlılık hisseden bireyler, hekimlerinin çalıştığı kuruma bakmaksızın, o hekimden hizmet almak için tercihte bulunabilirler. Bu durumda hasta her ne kadar aynı hastaneyi tercih ediyor gibi gözükse de asıl olan hekim tercihidir. Hekim çalıştığı kurumdan ayrılıp başka bir kuruluşa geçiş yaparsa bireyde hekimi ile birlikte yeni kuruluşa geçiş yapacaktır. Hâlbuki gerçek hastane bağlılığında, çalışanların kuruluştan ayrılması ile hastanında kuruluştan ayrılması söz konusu değildir. Bu bağlılığı sağlamak için ise sağlık kuruluşlarının bütün çalışanlarının etkili iletişim becerilerini geliştirmesi ve bireylerin kuruluşa girişinden kuruluşu terk etmesine kadar yaşadıkları tüm süreçlerde memnuniyet duymalarını sağlamaları gerekmektedir.

Bu temel bilgiler ışığında, hasta hekim iletişiminin, hastanın hekim bağlılığını ve hastane bağlılığını nasıl etkilediğini ve hasta hekim iletişimi, hekim bağlılığı ve hastane

bağlılığı konuları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla bu tez çalışması yapılmıştır.

Başarılı bir sağlık iletişimi kurmak için öncelikle iletişimin ne olduğunu bilmek ve sağlık iletişiminin neden önemli olduğunu kavramak gerekmektedir. Bu sayede sağlık iletişiminin önemi ile ilgili farkındalık sağlanabilir ve mevcut problemlerin farkına varılabilir. Problemlerin belirlenmesi çözüm önerilerinin geliştirilmesi için önemlidir. Bu nedenle çalışmanın birinci bölümünde iletişim kavramı, sağlık iletişimi kavramı ve sağlık iletişimi kavramının önemi, sağlık iletişimde problem yaşanmasına neden olabilecek durumlar ve başarılı sağlık iletişiminin nasıl kurulabileceği üzerinde durulmuştur. Ayrıca, literatürde yer alan bazı problemler ve çözüm önerileri bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık iletişiminin temelini oluşturan hasta hekim iletişimi ve hasta hekim iletişimi ile ilgili kavramlar incelenmiştir. Bu bölümde sağlık müşterisi kavramı açıklanmış; sağlık müşterilerinin hekimlerden ve sağlık kuruluşlarından beklentileri ve bu beklentilerin yasal dayanakları hakkında bilgiler sunulmuştur. Bu bölümün ikinci kısmında hasta hekim iletişimi ile ilgili modeller açıklanmıştır. Ayrıca hasta hekim iletişimde yaşanan problemler ve bu problemlere ilişkin literatürde yer alan çözüm önerileri tartışılmıştır.

Üçüncü bölümde temelde bağlılık ve alt başlık olarak hekim ve hastane bağlılığı konuları ele alınmıştır. Bu kapsam bağlılık kavramının tanımı, nasıl geliştiği ve korunduğu, aşamaları, önemi gibi bir takım bilgilere yer verilip, bağlılık türleri incelenmiştir. Sağlık sektöründe hastane bağlılığı ve hekim bağlılığı olarak karşımıza çıkan bağlılık kavramının sağlık kuruluşları açısından neden önem teşkil ettiği vurgulanmıştır.

Dördüncü bölümde çalışmanın hasta hekim iletişimi, hekim bağlılığı ve hastane bağlılığı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmanın temelini oluşturan bu üç olgu arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik daha önce yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar tartışılmıştır.

Beşinci bölümde çalışmanın yönteminden oluşmakta olup; bu bölümde çalışmanın metodolojisi, veri toplama araç ve yöntemleri ile kullanılan analizler ayrıntılı bir şekilde

verilmiştir. Takip eden bölümde çalışmanın bulguları verilmiş ve hipotezler denenmiştir.

Çalışmanın son bölümünde ise çalışmadan elde edilen sonuçlar, bu sonuçların literatürdeki diğer çalışmalar ile karşılaştırılması ve araştırma problemine getirilen çözüm önerileri yer almaktadır.

1. Çalışmanın Konusu

Çalışmanın konusu, hasta hekim iletişimi ile hastanın hekime bağlılığı ve hastaneye bağlılığı arasında bir ilişki olup olmadığını ve hasta hekim iletişiminin, hekim bağlılığı ve hastane bağlılığına bir etkisi olup olmadığını belirlemektir. Ayrıca, çalışmada hekim bağlılığı aracı değişken olarak kullanılarak hasta hekim iletişiminin hastane bağlılığına etkisi olup olmadığı da araştırılmaktadır.

2. Çalışmanın Önemi

Neoliberal uygulamaların gelişmesi ve yeni kamu yönetimi anlayışı ile birlikte sağlık sektöründe ciddi bir gelişim ve dönüşüm meydana gelmiş ve kamu sağlık örgütlerinin özel sektör sağlık örgütleri gibi çalışması tartışması daima ön planda yer alan konumunu korumuştur. Bu bağlamda diğer pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de kamu hastanelerinin özerk hale getirilerek özel sektör hastaneleri gibi hizmette rekabet ve kalite anlayışı içerisinde hizmet sunması öngörülmüştür. Ayrıca, kamu özel ortaklığı gibi, bazı çalışmalar ile kamu örgütlerinin özel sektörle birlikte işlerin ve yatırımların paylaşılarak hizmet sunmasını öngören yeni uygulamalar devreye sokulmuştur. Ayrıca, toplumun gerek eğitim düzeyi, gerekse daha bilinçli bir sağlık hizmeti tüketicisi haline gelmesi, hastanelerin genel olarak müşterileri, özel olarak hasta ve hasta yakınlarına denilebilecek kitlelere daha fazla önem vermeleri, bu kapsamda onlarla daha iyi ilişki geliştirmesi gerektiği olgusunu ortaya çıkarmıştır. Bu çalışma bu gelişmelerden hareket ederek planlanmıştır. Ancak, çalışmaya ilişkin literatür incelemesi yapıldığında, özellikle Türkçe yazında hasta hekim iletişimi ve bu iletişimin etkilerine dair çok kısıtlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Ayrıca, uluslararası yazın incelendiğinde, güncel çalışmalar olmakla birlikte; özellikle 1990’lı yıllarda ve 2000’li yılların başlarında çok sayıda çalışma yapıldığı görülmüştür. Bunun sonucunda Türkiye yazınında bir tartışma başlatılması bakımından konunun önemli olduğu yargısına varılmış ve bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Hasta hekim iletişiminin hastanın hekime bağlılığına ve

hastaneye bağlılığına etkisi konusu bu anlamda özgün bir çalışmadır. Bu çalışma ile yerli yazına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Ayrıca hasta hekim iletişiminin hastanın hekime bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisinin olup olmadığının belirlenmesi, sağlık kuruluşları açısından ve sağlık profesyonelleri yetiştiren eğitim kurumları açısından önemlidir. Bu anlamda gerek yönetim uygulamalarına katkı sağlamak, gerekse eğitim müfredatlarında konunun yer almasında farkındalık oluşturmak bakımından çalışmanın önemli olduğu düşünölmektedir.

3. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı hasta hekim iletişimi ile hastanın hekime bağlılığı ve hastane bağlılığı arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak; hasta hekim iletişiminin hekim bağlılığı ve hastane bağlılığına varsa etkilerini belirlemektir. Çalışma kapsamında bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin hasta hekim iletişiminde, hekime bağlılıkta ve hastaneye bağlılıkta anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesi de amaçlanmaktadır. Bunun yanında hekimin cinsiyetinin, hasta hekim iletişiminde, hekime bağlılıkta ve hastaneye bağlılıkta anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığının da araştırılması çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır.

4. Çalışmanın Yöntemi

Çalışma hastaların hasta hekim iletişimi, hekim bağlılığı ve hastane bağlılığı hakkındaki düşüncelerini belirlemeye yönelik kesitsel bir araştırmadan oluşmaktadır. Bu amaçla Sakarya il merkezinde yer alan Adapazarı, Serdivan ve Erenler ilçelerinde yaşayan halk araştırmanın evreni olarak belirlenmiş ve olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 495 kişiye uygulanan ve ayrıntısı çalışmanın beşinci bölümünde verilen ölçeklerden oluşan bir anket formundan yararlanılarak araştırmanın örnekleme grubundan veri toplanmıştır.

Elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olup, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, yol analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analizler 0,05 güven aralığında (%95) gerçekteştirilmiştir.

BÖLÜM 1. SAĞLIK İLETİŞİMİ

Bu bölümde iletişim, sağlık iletişimi ve sağlık iletişiminin önemi, sağlık iletişiminde problem yaşanmasına neden olabilecek durumlara ve başarılı sağlık iletişiminin nasıl kurulabileceği üzerinde durulmaktadır.

1.1. İletişim

İnsanoğlunun varoluşuyla birlikte en çok problem yaşadığı konu, kendisini başka insanlara ifade edememektir. Bu nedenle insanlık tarihinin başlangıcından günümüze kadar insanoğlu kendisini ifade etmek için çeşitli yöntemler geliştirmiştir. İşaretler ve çeşitli sesler çıkarmak ile başlayan, mağara duvarlarına resim çizmeyle devam eden bu çabalar, günümüzde binin üzerinde konuşma dilinin gelişmesine neden olmuştur. İletişim bilginin bir bireyden bir başkasına iletilmesidir (McPheat, 2010: 10). İletişim, bireyin kendisini beden dili, çeşitli sesler ve simgelerle diğer bireylere ifade etme çabası olarak tanımlanabilir (Balta, 2015: 3; Tutar, 2003: 41). Geçer ve Dikmen (2015: 518) iletişimi bireyin başkalarından farklı olan düşünce, duygu ve fikirlerinin beden dili veya sesler yardımıyla başkalarına aktarması şeklinde tanımlamaktadır. Bir başka ifade ile iletişim, fikir üretip paylaşma sanatı ve sürecidir (McPheat, 2010: 11). İletişim anlam yaratmak için kaynak ve alıcı arasında gerçekleşen bilgi transferidir (Carter, 1972: 9). Bununla birlikte, iletişim kavramı, sosyal bilimler alanında ki birçok kavram gibi herkes tarafından kabul görmüş tek bir tanıma sahip değildir. Fakat yapılmış tanımların ortak noktalarına bakıldığında iletişim, gönderici ile alıcı arasında iletileri anlaşılır kılmak için ortaya konulan bir çaba olarak nitelenmektedir (Bahar, 2012: 2; Tengilimoğlu, 2001: 15).

İletişim bilinçli bir süreçtir ve insanın sosyal yaşamının temelini oluşturur (Tutar ve Yılmaz, 2012: 19). Bireyi ilgilendiren bir sorunu çözmek için bireylerin düşüncelerini diğer bireyler ile paylaşmaları, yani birbirleri ile iletişim kurmaları gerekmektedir (Bahar, 2012: 2). Bir organizasyonda özellikle grup çalışmaları ve koordinasyon sağlanması gereken durumlarda bilgi aktarımı olmaksızın amaçlara ulaşmak mümkün değildir. Bir anlamda, iletişim model uçak yapımında kullanılan tutkal gibidir (Dabeet, 1991: 7). Eğer model uçağın parçaları birbirine iyi yapışmazsa uçurmadan dağılıp gidecektir. Bu anlamda iletişim gerek kişiler arası ve gerekse örgütsel düzlemde

düşünüldüğünde bireyleri birbirine yaklaştıran ve kaynaşmalarını sağlayan bir süreç olarak kabul edilebilir.

1.2. Sağlık İletişimi ve Sağlık İletişiminin Önemi

Günümüz sosyal yaşamı ve iş yaşamı için iletişim kavramının önemi yadsınamaz. Bu kadar önemli olan iletişim kavramı eğer bireylerin sağlıkları ile ilgili ise önemi bir kat daha artmaktadır. Alan yazınında çok farklı şekillerde tanımlanmasına karşın kısaca sağlık iletişimi, sağlıkla ilgisi bulunan kişilerin veya grupların amaçlarına yönelik olarak kurdukları sağlık merkezli bir iletişim olarak tanımlanabilir (Hoşgör, 2014: 50). Yani hekim veya diğer sağlık profesyonelleri ile hastanın kurduğu ya da hasta ile benzer hastalığı yaşamış veya yaşamamış herhangi bir bireyin kurduğu, temelinde sağlık ile ilgili bilgi olan, hastanın sağlık durumuyla, teşhisiyle ya da tedavi süreçleri ile ilgili bilgi alışverişinin yapıldığı süreci sağlık iletişimi olarak tanımlamak mümkündür. Bu tanımda dikkat çekici olan nokta, sağlık iletişiminin sadece sağlık profesyonelleri ile kurulan iletişim olmayışıdır. Örneğin bir hastalıkla ilgili şikâyeti olan bir bireyin daha önce benzer hastalık yaşamış başka bir bireyden hastalıkla ilgili bilgi alması, teşhis ve tedavisi ile ilgili gidebileceği kuruluşu öğrenmesi de sağlık iletişimi kapsamında değerlendirilmektedir. Ancak, bu çalışmada, sağlık iletişimi kapsamında hekim-hasta iletişimi, hemşire-hasta iletişimi ve diğer sağlık profesyonelleri-hasta iletişimi üzerinde durulmaktadır. Tezin konusu hekim hasta iletişimine dayandığından hasta- hasta iletişimi üzerinde durulmamaktadır.

Hekim-Hasta İletişimi; Hekim hasta iletişimi ikinci bölümde daha ayrıntılı incelenecek olup, burada konunun öneminin kavranması açısından kısa bir giriş yapılacaktır. Hastaların sağlık hizmeti alımı esnasında en çok yüz yüze geldikleri sağlık profesyoneli olan hekimler, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin temel yapı taşı olmaları sebebiyle hekim hasta iletişimi hastaneler için son derece büyük önem arz etmektedir. Hekim ve hastanın bu iletişiminde temel unsur güvendir. Tedavinin etkinliğinin artması ve olumsuz sonuçlardan korunmak için hekimin hastanın tüm şahsi özelliklerini bilmesi gerekmektedir. Hastanın, hekimin ihtiyaç duyduğu bilgileri çekinmeden paylaşması için hekimine güvenmesi gerekmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 355). Bir hekim olan Dinççağ (1999: 1) hekim hasta iletişiminin önemine şu sözlerle ifade etmiştir: “Hastayla kurulan iyi bir iletişim, onun hekimine güven duymasını, daha

detaylı anamnez¹ vermesini sağlayacak, bu da bizim daha doğru tanı koymamıza yarayacaktır.”

Hemşire-Hasta İletişimi; Hemşirelerin hastalara etkili bir tedavi sunabilmesi ve onları memnun edebilmesi için hastaları anlayabilmesi, sorunlarına yardımcı olabilmesi gerekmektedir (Tutuk, Al ve Doğan, 2002: 36; Kumcağız ve diğerleri, 2011: 50-51). Bu nedenle hemşirelerin; iletişimi, davranış ve insan ilişkilerini, hastanın duyu ve davranışlarını tahlil etmeyi, ekip çalışmasını ve kendilerinin farkında olmayı çok iyi bilmeleri gerekmektedir (Kum, 1992:138). Hemşirelerin hasta ile olan iletişimi, hastanın memnuniyetini ve tedavinin etkinliğini doğrudan etkilemektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 355).

Diğer Sağlık Profesyonelleri-Hasta İletişimi; Diğer sağlık profesyonelleri ile hasta iletişimi ise hastanın hekim ve hemşirelerle olan iletişimine nazaran daha çok hizmet yönetimi için önemlidir. Hastaların sağlık hizmeti aldıkları süre zarfında hekimlerin istediği tetkiklerin uygulanması ve yine hekimlerin planladıkları tedavinin uygulanması esnasında iletişim kurdukları diğer sağlık profesyonelleri ile hastanın kurduğu iletişim hastanın hizmet memnuniyetini doğrudan etkilemektedir. Diğer sağlık profesyoneli ile hastanın kurduğu etkili iletişim hastaların tetkiklerin yapılması süresince yaşayacağı olumsuzlukları en aza indirmekte ve hastanın personelle işbirliği yapmasına olanak sağlamaktadır. Benzer şekilde planlanan tedavilerin uygulanması sırasında tıpkı hemşire hasta iletişiminde olduğu gibi diğer sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki iletişim, tedavinin etkinliğinin artmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Desmond ve Copeland'e göre (2010: 2) hastayla kurulan sağlam ilişki; daha doğru teşhis konulmasını, zamandan tasarruf sağlanmasını, hastaların daha sadık olmasını, iki taraf içinde daha fazla doyumunu, hasta uyumunun artmasını, hastanın tedaviye daha iyi yanıt vermesini, daha yüksek nitelikli bakımı, yanlış tedavi riskinin azalmasını, tıbbi uygulamanın gelişip zenginleşmesini ve hem kişisel hem mesleki iletişimin iyileştirilmesini sağlamaktadır. Özetle hastanın tüm hastane personeli olan sağlık iletişimi; hastanın aldığı hizmetten memnuniyetini, sağlık profesyoneline olan güvenini,

¹ Anamnez: Hekimin hastaya teşhis koyma amaçlı olarak ona sorduğu sorulara sonucu elde ettiği hastanın öyküsüdür. Hastanın mevcut ya da geçmiş hastalıkları hakkında, kendisinden ya da bir yakınından alınan bilgilerdir (tr.wikipedia.org).

sağlık hizmetinin verimliliğini ve etkililiğini, tedavi süresini ve tedavi süreçlerinin işleyişini doğrudan etkilemektedir. O halde, hasta ile kurulan sağlam ilişki, başarılı tıp uygulamasının temelini oluşturmaktadır. Bu sebeple de gerek hekim hasta, gerek hemşire hasta ve gerekse diğer sağlık profesyonelleri ve hasta arasındaki ilişki etkin tedavi bakım hizmeti sunulması bakımından önem arz etmektedir.

1.2.1. Sağlık İletişiminin Zorlukları ve Sorunları

Sağlık iletişimi; sağlığıyla ilgili problemleri olan, sağlık hizmeti ya da sağlık bilgisi ihtiyacı olan, hasta diye tanımlanan kişiler tarafından ihtiyaç duyulan bir iletişim türüdür. Hastanın sağlık iletişimi ihtiyacı, sahip olduğu hastalığa veya çektiği ıstıraba göre artmaktadır. Hastalık sahibi olan ve acı çeken birey ile kurulacak olan sağlık iletişiminde bir takım zorluklar bulunmaktadır. Bu zorluklar hastanın durumundan kaynaklı olabileceği gibi hekim ve sağlık profesyoneli kaynaklı da olabilir. Örneğin hasta ile iletişim kurarken tıbbi terimler kullanan bir hekimi hastanın anlamaması ve bu nedenle tedavisi ile ilgili bilgi eksikliği yaşaması ya da önerilen tedaviyi yanlış anlaması ve dolayısıyla yanlış uygulaması, tedavinin etkisini azaltacaktır veya beklenmeyen bir takım komplikasyonlara neden olacaktır. Benzer şekilde; acı çeken bir hasta, hekim ve diğer sağlık profesyonellerinin yaklaşımlarını yanlış değerlendirmesi iletişim bozukluğuna yol açabilir ve hasta ile sağlık profesyonelleri arasında çatışmalara yol açması muhtemeldir.

Desmond ve Copeland (2010: 175) hasta hekim iletişimini kitaplarında yer alan şu örnek olayla çarpıcı bir şekilde açıklamaktadır:

Orta yaşlı Asyalı hastanın sağlık durumunda pek bir gelişme olmuyordu. Oysa birkaç hafta önce kendisine bir tedavi verilmişti. Hekim bu duruma şaşırılmıştı ve hastaya kendisine verilen ilacı hekimin önerdiği şekilde alıp almadığını soruyordu. Hasta, ısrarla başını sallıyordu, “Evet”, “Evet” ilacını önerilen şekilde almıştı.

Hekim hastayı yönlendirdi, “Lütfen bana ilacı tam olarak nasıl aldığınızı gösterin.” Hasta elini cebine atıp orijinal reçeteyi aldı. Reçete yağlı kâğıda sarılmıştı, zor okunuyordu, yazılar silinmiş ve dağılmıştı, sanki ıslanmış gibiydi.

Hasta bir bardak su istedi ve sonra günde iki kere tekrarladığı ilaç alma rutinini gösterdi. Hasta reçeteyi bardaktaki suya daldırıp çıkarıyor, sonra da suyu içiyordu. Reçeteyi dikkatle yeniden katlıyor, yağlı kâğıtla sarıyordu. Sonra gülümseyerek ve memnun bir ifadeyle hekimine bakıyordu.

Hekimin kendisine reçeteyi verirken söylediğini aynen yapıyordu: “Bunu günde iki kez su ile alın.”

Örnek olay incelendiğinde anlaşılacağı gibi, sağlık iletişiminde; kültür, dil, iletişim şekli, hastaya ayrılan zaman, hastanın kavrama durumu ve hastanın inançları tedaviyi açık bir şekilde etkileyebilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin insan hayatına hizmet ettiklerini göz önünde bulundurmaları ve sağlık iletişimine hak ettiği önemi vermeleri son derece önemlidir.

Sağlık iletişiminde karşılaşılan zorluk ve sorunlar; sağlık profesyonellerinden kaynaklı zorluklar ve sorunlar, hasta kaynaklı zorluklar ve sorunlar ve sistem kaynaklı zorluklar olmak üzere üç başlık halinde incelenecektir.

1.2.1.1. Sağlık Profesyoneli Kaynaklı Zorluklar ve Sorunlar

Sağlık profesyonellerinden kaynaklanan zorluklar ve sorunlar genellikle mesleki kaynaklı olarak ortaya çıkan problemler ya da zorluklardan kaynaklanmaktadır. Bunların başlıcaları tıbbi terimlerin kullanılması, bilgi asimetrisi ve rekabetten oluşmaktadır.

A. Tıbbi Terimlerin Kullanılması

“Sen ne söylersen söyle, söylediğin, karşındakinin anladığı kadardır.”

Mevlana Celaleddin-i Rûmî.

Bir hekimin veya sağlık profesyonelinin bilgisi ne düzeyde olursa olsun, anlattıkları hastanın anladığıyla sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle hekimin hastayla iletişim kurarken seçtiği konuşma dili önemlidir. Eğer hekim hasta ile konuşurken tıbbi terimlerin çoğunlukta olduğu bir dil seçerse, tıbbi terimlerin çoğunlukla Latince veya Batı dillerinde olmasından dolayı hekimler ile hastalar arasında iletişim kopukluğu

yaşanabilir. Bu da hastanın anlama güçlüğüne ve şikâyetlerini oluşturmaktadır (Turhan, 2014: 77). Hastanın eğitimi, sosyal ve ekonomik koşulları, kavrama kapasitesi gibi birçok değişken hekimin hastaya aktardığı bilgiyi doğru şekilde anlamasını ve onları hekimin istediği yönde yorumlamasını doğrudan etkilemektedir.

Hastanelerde hasta merkezli dil ve hastalık merkezli dil olarak iki tür dilden bahsetmek mümkündür. Bu iki dilin temel farkı, hasta merkezli iletişimde, hastalık merkezli iletişime oranla hastanın daha fazla söz hakkına sahip olmasıdır. Ancak hastalık merkezli bir iletişimde hekim; mesleki bilgi ve sorumluluğunu otorite unsuru olarak kullanmakta, hastanın bilgisine ve deneyimine önem vermeyerek ona üstünlük kurmakta, iletişimi tamamen kendisi kontrol etmekte, istediğini yapmayan hastayı tehdit etmektedir (Elçioğlu, Duman ve Kırımlıoğlu, 2007: 22-23). Bu durumda hasta kendisini yeterince ifade edemeyebilir, ayrıca hekimin anlattıklarını tamamen anlayamayabilir. Hekimi tarafından kendisine önerilen tedaviyi anlamayan hastanın tedavisinin başarılı olma şansı düşebilir, yeni komplikasyonlar oluşabilir ve hastanın memnuniyetsizliğine neden olabilir.

Sağlık iletişimi esnasında kullanılan dilin olabildiğince sade ve hastanın anlayabileceği sözcükleri içermesi, etkili bir sağlık iletişiminin temel şartıdır. Hastalığı, durumu ve tedavisiyle ilgili bilgi edinmek hastanın en doğal hakkıdır. Bu nedenle hastaya bilgi aktaran hekimlerin, aktardıkları bilgileri hastanın kavrayabileceği şekilde düzenleyerek aktarmaları gerekmektedir.

B. Bilgi Asimetrisi

Sağlık iletişiminde sağlık profesyonelinden kaynaklı olan iletişim zorlularından bir tanesi de bilgi asimetrisidir. Asimetrik bilgi; bilgi alışverişinde bulunan ya da iletişim halinde olan iki taraftan birisinin konuya daha hâkim olması, konuyla ilgili uzman veya diğer tarafa oranla çok daha fazla bilgi sahibi olması durumudur (Çelik, 2008: 31). Sağlık profesyonelleri aldıkları eğitimler ile alanlarıyla ilgili geniş bir tıbbi bilgi kazanmaktadırlar. Sağlık hizmeti almak durumunda olan bireyler ise sağlık profesyonelinin verdiği bilgiler oranında durumları hakkında bilgi sahibi olabilmektedirler.

Teknolojik gelişmeler ve artan bilinçlilik düzeyleriyle birlikte bireyler, sağlık hizmeti alımı esnasında en küçük detaya kadar bilgi sahibi olmak istemektedirler (Özcan ve Baş, 2013: 822-823). Hatta kendilerine verilen bilgileri internet aracılığıyla araştırıp, tatmin olmamaları halinde başka hizmet sunucularına giderek bilgilerin doğruluğunu veya alternatifleri sorgulayabilmektedirler. Bütün bunlarla birlikte sağlık profesyoneli ve hastalar arasında ki bilgi asimetrisi gitgide azalmaktadır (Özcan ve Baş, 2013: 823). Ancak yine de tam bir eşitlik hiçbir zaman söz konusu değildir. Bu noktada hastanın sağlık hizmeti sunucusuna güven duyması gerekmektedir. Hastanın güveninin sağlanması ise hastanın, hekimin bilgisini kendi menfaati doğrultusunda kullandığına inanmasıyla mümkündür. Eğer sağlık profesyoneli tıbbi bilgisini yapıcı bir şekilde kullanırsa, hasta bu bilgiden etkin bir şekilde yararlanacak ve hizmet sunucusuna güven duyacaktır. Aksi bir durumda ise hasta memnuniyetsizlik ve güvensizlik yaşayacaktır. Oluşan güvensizlik ve memnuniyetsizlik ise bireyin, sağlık profesyoneli ile arasına bir takım engeller koyarak iletişimin zorlaşmasına veya güvenebileceği başka bir hekime gitmesine neden olacaktır.

C. Rekabet

Rekabet, bireylerin veya grupların belirli bir konuda birbirlerine üstünlük kurma çabası olarak tanımlanabilir. Günümüz iş dünyasında rekabet çalışanlar arası, iş grupları arası, birimler arası ve kuruluşlar arası olarak karşımıza çıkmaktadır (Ergül, 2005: 73). Bireyler meslektaşlarına üstünlük kurmak istemektedirler, gruplar diğer gruplardan daha üstün olup daha baskın ve söz sahibi olmak istemektedirler, birimler diğer birimleri geçerek önde olan takip edilen birim olmak istemektedirler ve kuruluşlarda zirvede olmak istemektedirler. Rekabet üstünlüğü sağlamak uzun vadede zirvede tek başına olmak anlamına gelmese de zirveye giden yol olarak görüldüğü için kuruluşların temel amacıdır. Rekabet üstünlüğünün kaybedilmesi ise başarısızlığın ve yok oluşun başlangıcıdır. (Walley ve Thwaites, 1996: 164-165). Rekabet üstünlüğü ise benzersizlik ve müşteri tarafından algılanan değerden geçmektedir. (Ulrich ve Lake, 1991: 82)

Bu hedeflere ulaşmak içinde bireyler, gruplar, birimler ve kuruluşlar birbirleri ile yarışmakta, rekabet etmektedirler. Rekabetin bireylere ve kuruluşlara çeşitli faydaları vardır. Bireysel olarak rekabetin avantajlarını; bireylerin kendilerini geliştirmelerine, motivasyonlarına ve yaratıcılıklarına etkide bulunması olarak sıralayabiliriz. Kuruluş

bazında ise rekabet, kuruluşların tehdit ve fırsatlara her zaman hazır halde bulunmasına, üretim ve verimliliğin artması, yaşam standartlarının yükseltilmesi ve istihdamın geliştirilebilmesi sıralayabiliriz. Rekabetin avantajlarının yanında dezavantajları da mevcuttur. Bireysel anlamda rekabet; çalışanların birbirlerine düşmanlık beslemesine, motivasyon kaybına, verimlilik düşmesine, işin kalitesinin düşmesine neden olabilirken örgütsel anlamda; kalitesiz iş ve hizmete neden olabilir. Artan rekabet hem çalışanları, hem örgüt olarak kuruluşları tehdit eden psikolojik şiddet eğilimlerini güçlendirmektedir (Özen, 2007: 2).

Sağlık kuruluşlarında rekabet hekimlerin birbirleri ile rekabeti ve hastanelerin birbirleri ile rekabeti şeklinde olabilir. Greenberg (1991: 63) rekabete ekonomik açıdan bakmıştır ve sosyal gücü olmayan cepten ödeme yapacak hastalar için hekimlerin birbirleri ile rekabet edeceklerini belirtmiştir. Fuch (1988: 8) ise hastanelerin hekimleri destekleyici personel ile veya daha iyi teçhizatlar ile destekleyerek rekabeti artırdıklarını söylemiştir.

Her iki durumda da amaç daha fazla hasta bakmak ve daha fazla gelir elde etmektir. Bu amaçlara ulaşmak için ise hastaya ayrılan süreler kısıtlanacaktır. Muayeneye gelen hastaya kendisini ifade etmesi için verilen sürelerin yetersizliği, hasta hekim iletişiminde kopukluğa, yanlış anlaşılmaya ve sonuç olarak da teşhis ve tedavide yanlışlık ve aksaklıklara yol açacaktır. Hekimin hastaya yeteri kadar zaman ayırmaması hasta memnuniyetsizliğini doğuracaktır (Turhan, 2014: 148).

1.2.1.2. Hasta Kaynaklı Zorluklar ve Sorunlar

Sağlık iletişiminde yaşanan zorluklar ve sorunlar hekimler ve diğer profesyonellerden kaynaklandığı kadar hastalardan da kaynaklanıyor olabilir. Ağrı çeken hastanın hekimle iletişim kurarken hassas ve gergin olması son derece normaldir. Bu gerginliğinde iletişim esnasında soruna dönüşme ihtimali yüksektir. Ayrıca hastanın sosyo-demografik özellikleri ve hastanın kavrama durumu da sağlık iletişimini zorlaştıran diğer durumlardır.

A. Hastanın Sosyo-Demografik Özellikleri

Sağlık hizmeti sunumunda en çok dikkat edilmesi gereken husus; sağlık hizmeti alanların insan olmasıdır. İnsanlığın doğası sebebiyle her birey birbirinden farklı karakteristik özelliklere sahiptir. Sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumu

esnasında bireylerin sahip oldukları farklılıkları çok derin şekilde göz önünde bulundurması mümkün değildir. Ancak hekimin hizmet alan bireyin yaş aralığı, cinsiyeti, yetiştiği kültürü ve eğitim düzeyi gibi gözle kolayca anlaşılabilir sosyo-demografik özelliklerini göz önünde bulundurması hasta ile kurulacak iletişimin etkililiğini olumlu olarak etkileyecektir. Eğer hekim eğitim düzeyi düşük ve yaşlı bir bireye ‘Buyurun beyefendi şöyle oturun’ diye hitap ederse birey kendisini gergin hissedecektir, ya da eğitim düzeyi yüksek birine “Amcacım, Abicim gel hele otur bakayım” şeklinde konuşmaya girerse birey kendisinin ciddiye alınmadığını düşünüp, bu ne ciddiyetsizlik diyerek hekimle arasına duvarlar örecektir (Dinççağ, 1999: 3). Bu anlamda hastanın sosyo-demografik özellikleri iletişim beklentilerinin belirleyicisi olacaktır. Örneğin yapılan bir araştırmada hastanın cinsiyetinin ve yaşının hekime soru sorup sormamalarını etkilediğini bulmuştur (Turhan, 2014: 99-103). Bu yüzden hasta ile iletişim kurarken hekimlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin hastaların sosyo-demografik özelliklerini göz önünde bulundurmaları, etkili iletişim için ilk adım olacaktır.

B. Hastanın Kavrama Durumu

Yapılan iletişim araştırmalarında iletişim konuşmacı tarafından ele alınmak yerine dinleyici tarafından ele alınmıştır (Berth ve Sjöberg, 1998: 23). Yani anlatanın ne anlattığı değil, anlayanın ne anladığı göz önünde tutulmuştur. Hekimler ve sağlık profesyonelleri gün içerisinde onlarca insan ile iletişim kurmaktadır. Her bireyin birbirinden farklı kişiliği, duygu düşüncesi olduğu gibi anlama kapasiteleri de birbirinden farklıdır ve hepsinin bir durumu veya kavramı aynı şekilde anlayıp yordaması mümkün değildir. Bu nedenle her bireyle aynı tarz ve aynı seviye de iletişim kurmak da mümkün değildir. Bir bireyin kolayca anladığı bir durumu veya kavramı başka bir bireyinde aynı kolaylık ve hızla anlaması mümkün değildir. Bu nedenle hekimlerin ve sağlık profesyonellerinin hasta ile iletişim kurarken göz önünde bulundurmak zorunda oldukları hususlardan bir tanesi de bireylerin kavrama durumlarıdır. Ancak kavrama durumu gözle görülüp ölçülemeyecek bir kavram olduğu için sağlık profesyonelinin işi biraz zordur. Zira hastanın anlattıklarını ne kadar anladığını ölçebilmek adına onları sınava tabi tutmak mümkün değildir. Ancak zekâ ve kavrama düzeyi eğitim ile artırılabilir (Urgan; 2012) olduğu için bireylerin eğitim

durumlarını dikkate alarak iletişim kurmak sağlık profesyonelleri açısından biraz daha akıllıca olacaktır.

C. Sağlık Sistemi Temelli Sorunlar

Hasta-sağlık profesyoneli arasında kurulan sağlık iletişiminde problemlere neden olan bir diğer etmen sağlık sistemidir. Tedavi ile sağlığa kavuşma ihtiyacı hisseden hastanın önüne sağlık sistemi ile ilgili bir takım süreçler ve zorluklar çıkması, sıkıntılı dönem yaşayan hasta ile kurulacak iletişimde aksaklıklara ve anlaşılma problemlerine neden olacak; sonuç olarak hasta hekim iletişimini olumsuz etkileyecektir (Atıcı, 2007a: 94).

Sağlık hizmetleri kamusal nitelik taşıyan hizmetlerdir. İhtiyaç duyan bireylerin ayırt edilmeksizin yararlanması gereken sağlık hizmetleri ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Evrensellik ilkesi tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sunulup, tüm vatandaşların koruma altına alınması gerektiğini ifade etmektedir. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile uygulanmaya başlayan ve herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası ile birlikte evrensellik ilkesi tamamen yerine getirilmiştir. Ancak SDP çerçevesinde uygulanan bazı uygulamalar aksaklıklara ve problemlere yol açmaktadır. Hizmet erişilebilirliği, performans sistemleri ve geri ödeme sistemi kaynaklı bir takım problemler günümüz sağlık sisteminde en çok dikkat çeken ve yaşanan problemlere temel olan uygulamalardır.

Hizmet erişilebilirliği, tüm vatandaşların sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda eşitlik çerçevesinde ulaşmasını amaçlamaktadır. Ancak bunu sağlamak oldukça zordur. Kırsal kesimle kentsel kesimin sahip olduğu teknik imkânlar ve personel niteliği birbirinden farklıdır. Her tıp dalının uzmanının her hastanede bir arada bulunması mümkün olamamaktadır. Bu nedenle kırsal kesimde yaşayan bireyler bazı sağlık hizmetlerini alabilmek için yerleşim yerlerinden uzakta olan diğer hastanelere gitmek zorunda kalabilirler. Bu durumda onlara ekstra masraflar ve zahmetler getirebilir. Ayrıca genel sağlık sigortası primlerini cepten ödeyen vatandaşlar primlerini yatırmadıkları takdirde sağlık hizmetlerinden ücretli olarak yararlanmak durumunda kalacaklardır. Bu durumda da sağlık hizmeti alımlarını erteleyebilir, yarıda bırakabilir veya özel hastaneler vasıtasıyla kalitesiz ve ucuz hizmete yönelmek isteyebilirler.

SDP çerçevesinde geliştirilen performans sisteminin hedefinden sapması bir başka problem olarak görülmektedir. Hekimlerin sundukları hizmetlere göre puan toplamasını ve değerlendirilmesini ön gören uygulama, daha çok puan toplamak için hekimlerin riskli işlemlerden kaçınmasına, döner sermaye azalacağı kaygısıyla hastaların tetkiklerinin yetersiz yapılması veya göz ardı edilmesine neden olmaktadır (Göktaş, 2012).

Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) belirtilen fiyatlar üzerinden yapılan ödemeler ise sağlık sisteminde sorunlara neden olan bir başka uygulamadır. Bu tebliğ düzenlenirken kamu hastaneleri göz önüne alınarak düzenlenmiştir, ancak özel sağlık kuruluşları ile kamu sağlık kuruluşları gelir ve gider kalemlerinde olan farklılıklar nedeniyle bu tebliğin özel sağlık kuruluşlarında uygulanması ve özel sağlık kuruluşlarının alabileceği fark oranlarının kısıtlanması özel sağlık kuruluşlarının iflas etmemek adına maliyetleri düşürmelerine, bu da kalite düşüklüğüne yol açacaktır (Göktaş, 2012).

Sağlık sistemi temelli olan bu uygulama aksaklıkları veya sorunlar hasta hekim iletişimini doğrudan etkilemektedir. Daha fazla hasta bakmak isteyen hekim muayene süresini kısaltarak hastaya daha az vakit ayıracaktır, sigortası olmadığı için cepten ödeme yapacak olan hasta gerginlik yaşayacak, hekimin yapacağı her uygulamaya ve isteyeceği her tetkike direyerek hekim ile çatışma yaşayacaktır, yaşadığı yerde olmayan bir uzman hekim için evinden uzakta bir hastaneye gitmek zorunda kalan birey maddi ve manevi bir takım sıkıntılar yaşayıp gerginlik hissedecektir. Bütün bu gerginlik hali ise hekim ile hastanın iletişimde zorluklara veya problemlere neden olacaktır. Daha az zaman ayrılan hasta derdini tam olarak anlatamayacak, muayeneyi kısa tutmak isteyen hekim hastanın konuşmasına, soru sormasına izin vermeyecektir. Bu da bir takım iletişim kopukluklarına neden olacaktır. Cepten ödeme yapmak durumunda olan hasta daha az ödeme yapmak için istenen tetkikleri yaptırmak istemeyecek, yazılan ilaçların bir kısmını almama yolunu seçecek ve tedavisinde bir takım aksaklıklar yaşayacaktır. Yaşanılan bu aksaklıklar muayene esnasında veya daha sonra tekrar hekim ile karşılaşıldığında hekim hasta iletişimde problemlere neden olacaktır. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastanın bu tarz aksaklıklar nedeniyle hizmet alımının zorlaşması, gecikmesi, hizmet alımının bir takım prosedürler gerektirmesi, eksik tetkik nedeniyle uygulanan tedavinin etkililiğinin düşmesi ve bireyin aldığı hizmetin

kalitesinden memnun olmaması gibi nedenler hastanın yaşadıkları problemleri ve memnuniyetsizliklerini doğrudan iletişim halinde oldukları sağlık profesyonellerine ve hekimlere yöneltmelerine neden olacaktır. Bu da sağlık profesyoneli ile hasta iletişimini derinden yaralayacaktır.

1.2.2. Sağlık İletişimi Araştırmaları

Sağlık iletişimi, hasta hekim iletişimi, sağlık profesyoneli ve hasta iletişimi gibi hasta ile sağlık temelli iletişim içeren çalışmalar incelendiğinde genel olarak iki kavram üzerinde durulmaktadır. Bunlardan ilki hekime güven ikincisi ise hasta memnuniyeti. Tablo 1’de de görüldüğü gibi sağlık iletişimi araştırmalarının sonuçları ya hekime güven ile ilişkilendirilmiş ya da hasta memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir. İletişim becerileri yönünden donanımlı sağlık profesyonellerinin varlığı, hasta sağlığı ve memnuniyeti üzerinde ve kuruluşun başarılı olmasında etkilidir (Hoşgör, 2014: 70).

Hem ulusal hem de hem de uluslararası yazında sağlık iletişiminin etkililiğinin bireylerin memnuniyeti ve hekime güven ile ilişkili bulunması sağlık iletişiminde sağlık profesyonellerinin başarılı olmasını zorunlu kılmaktadır (Keating ve diğerleri, 2002: 36; Meredith; 1993: 591). Aksi takdirde kuruluşların varlıklarını sürdürmeleri mümkün gözükmemektedir.

Sağlık iletişimi son zamanların gözde araştırma konuları arasında yer almaktadır. Bu araştırmalara ilişkin yapılmış çalışmalardan bir kısmı aşağıda tablo halinde verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1
Sağlık İletişimi Araştırmaları

Araştırmanın Adı	Yazarlar	Yayın Yılı	Uygulama	Konu	Sonuç
Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması	Esra Seda TURHAN	2014	Hekimler, Hastalara	Hekim ve Hastaların karşılıklı beklentileri	Hekimin Tıbbi Dil Kullanımı Hasta memnuniyetini Olumsuz Etkiler
Hekim-Hasta İlişkisinde Olumlu Ve Olumsuz Duyguların Tüketici Davranışı Çerçevesinde İncelenmesi	Halil PAK	2014	Hastalara	Hekimin hastaya sergilemiş olduğu olumlu duyguların hastanın hekime hissettiği olumsuz duyguları ve hekimden memnuniyetini hangi yönde etkilediğini belirlemek	Hekimin hastaya olumlu duygularını sergilemesi, hastanın hekime hissettiği olumsuz duyguları arttırmakta, hekimi tekrar tercih etme ve başkalarına tavsiye etme niyetini azaltmaktadır.
Hastanelerde Hasta Memnuniyeti İle Hasta Sadakati Arasındaki İlişki: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği	Fusun ÜZÜMCÜ	2013	Hastalara	Hastanelerde hasta memnuniyeti ile hasta sadakati arasındaki ilişkiyi belirlemek	Hekim ve sağlık profesyoneli ile hasta iletişimi hasta sadakatini etkiler.

Tablo 1 Devamı

Araştırmanın Adı	Yazarlar	Yayın Yılı	Uygulama	Konu	Sonuç
How Are Patients' Specific Ambulatory Care Experiences Related To Trust, Satisfaction, And Considering Changing Physicians	Nancy KEATING Diane GREEN Audiey KAO Julie GAZMARARIAN Vivian WU Paul CLEARY	2002	Hastalara	Hastaların hizmet alımları sırasında karşılaştıkları problemlerin hekime güvenlerine ve hekime güvenlerine ve hekime güvenlerine etkisini değerlendirmek ve neler belirlemek.	Sağlık iletişimi ve eksik sağlık bilgisi paylaşımı hastanın hekime güvenini ve hastanın hekime güvenini düşürdüğünü düşündürmektedir.
Patient Perceptions Of Hospital Care: Building Confidence, Faith And Trust	Jan WALKER Alan BROOKSBY Joan MCLNERNY Arthur TAYLOR	1998	Hastalara	Bireylerin Kings Alfred Koleji hastanesinde ki deneyimlerini değerlendirmek ve neler algıladıklarını belirlemek.	İletişim hekime güveni ve hasta memnuniyetini etkiler.
Patient Satisfaction with Communication in General Surgery. Problems of Measurement and Improvement	Philip MEREDITH	1993	Hastalara	Hastaların sağlık hizmeti alımı esnasındaki tecrübelerine iletişimin etkilerini belirlemek.	İletişim hasta memnuniyetini etkiler.

1.2.3.Sağlık İletişiminde Başarılı Olma Önerileri

Sağlık iletişiminin merkezinde sağlık olan ve bireylerin sağlık ihtiyaçlarından doğan iletişim türü olduğu daha önce ifade edilmişti. Merkezinde sağlık olan ve dolayısıyla bireylerin hayatlarını doğrudan ilgilendiren sağlık iletişiminin başarılı olması hem kuruluş açısından hem de sağlık hizmeti alan bireyler açısından son derece önemlidir. Bu nedenlerden dolayı sağlık hizmeti veren kuruluşların ve sağlık hizmeti sektöründe çalışan tüm sağlık profesyonellerinin sağlık iletişimi hususunda kendilerinin geliştirmelere ve iletişim donanımlarını artırmaları gerekmektedir. Ancak Kreps ve Thornton (1992:208) sadece sağlık profesyonellerinin değil hastaların da iletişim hususunda kendilerini geliştirmeleri gerektiğini ifade etmektedir. Başarılı bir sağlık iletişimi yalnızca iletişim açısından donanımlı personellerle sağlanamaz. İletişim iki taraflı kurulduğu için sağlık iletişiminde bir taraf olan hastaların da iletişim yetenekleri başarılı sağlık iletişimi için önem arz etmektedir.

Kreps ve Thornton (1992:208) etkin iletişimin temelinde ahlaki değerler ve etiğin bulunması, bu temeller çerçevesinde iletişim stratejileri geliştirilmesini önermiştir. Ayrıca etkili iletişimin sadece mesajların etkili iletilip toplanması değil karşıdakinin ne söylemek istediğinin ve bunu söylerken nasıl bir ruh hali içinde olduğunun da anlaşılması gerektiğini öne süren empatinin geliştirilmesinin gerekliliğinden bahsetmiştir. Bireylerin birbirleri ile empati kurabilmeleri için ise öncelikle karşıdaki bireye saygı duymaları gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin hizmet almak için başvuran bireyin kimliği, kültürü, eğitim seviyesi gibi tüm dış etmenlerden sıyrılarak, hastaya sadece birey olduğu için saygı duyması ve aynı şekilde hastanın da sağlık profesyoneline sadece birey olduğu için saygı duyması sağlık iletişiminin etkinliğini artıracak iletişimi başarıya taşıyacaktır.

Kreps ve Thornton (1992:208) bürokrasinin azaltılması ve insanileştirilmesini önermektedir. Hastalık sebebiyle ıstırap çeken bireylerin hizmet alımı esnasında karşılaşacakları gereksiz bürokratik prosedürlerin sağlık iletişimini başarısızlığa itmesi muhtemeldir. Bireyler bir takım sıkıntılar yaşarken, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini almak için geçirdikleri süreçlerin uzunluğu ile stres ve gerginlik hissedebilirler. Bu stres ve gerginlik hali ise hastalarla iletişim kurulmasını güçleştirebilir. Bu nedenle

bürokratik işlemlerin mümkün olan en az seviyeye indirilmesi sağlık iletişimde başarılı olmanın önemli anahtarlarından birisidir.

Gordon ve Edwards (1997: 19-20) ise sağlık iletişiminin başarısı için; hastaya karşı sorumluluk duyulan, kişiyi düşünen, hastaya saygılı davranma ve empati kurma, insancıl yaklaşım ile hasta merkezli olma, hastaları daha çok dinleme ve saygılı olma, onlara emir veren değil yol gösteren bir öğretmen gibi davranma gibi tavsiyelerde bulunmaktadır.

Sağlık iletişimde başarıya giden yol hakkında ipuçları veren yazarların tavsiyelerinin ortak noktası, bireye saygı duymak, iletişimin merkezine bireyi koymak ve ona zaman ayırmaktır. Bunlarda hasta odaklı yaklaşımın temelini oluşturmaktadır.

1.2.3.1. Hasta Odaklı Yaklaşım

Sağlık hizmetlerinde kalitenin iki önemli boyutu vardır. Bunlardan ilki klinik hizmetin kalitesinin ifade eden teknik bakım, ikincisi ise sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki iletişimin kalitesini ifade eden kişilerarası bakımdır (Campbell, Roland ve Buetow; 2000: 1614-1615). Hasta ile sağlık profesyonelleri arasında ki iletişimin kalitesi ise hasta odaklı yaklaşım ile sağlanabilmektedir. Belirsizlik yaşayan hastalar için paylaşarak karar alınması önemlidir (Cheraghi-Sohi ve diğerleri, 2008: 113). Hasta odaklı yaklaşım; hastanın kendisini ifade etmesine olanak tanımak, sessizliği tercih eden hastanın kilidini çözmek, hastanın endişelerinin farkında olarak onu anlamak ve onunla fikirlerini ve durumunu paylaşmak ile mümkündür (Uludağ; 2011: 55).

Sadece birey olduğu için saygı gören, kendisine konuşma imkânı tanınan, fikirleri alınan, sağlık profesyonellerinin hastanın durumuyla ilgili fikirlerini hasta ile paylaştığı, karara katılımı sağlanan hasta öncelikle hekime daha sonra diğer sağlık profesyonellerine güven duyacaktır, kendisinin önemli olduğunu hissedecektir ve tedavisi için sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapacaktır. Hasta odaklı yaklaşım sağlık iletişimini başarıya taşımada, dolayısıyla etkili ve verimli tedavide önemli bir anahtardır. Hasta odaklı yaklaşımın içermesi gereken kavramlar aşağıda kısaca açıklanmıştır.

A. Güven

Hasta odaklı iletişimde temel nokta, hasta olan bireyin güveninin tesis edilmesidir. Sağlık hizmeti sunumunda sağlık profesyonellerinin, sağlık kuruluşlarının ve sağlık profesyonellerinin profesyonelliği ve bilgisinin güvenilirliği önem arz etmektedir (Rhodes ve Strain 2000: 214). Hastanın bilgilendirilmesi ve tedavisi ile ilgili kararlara katılımlarının sağlanması, kendilerinin güvenli bir ortamda hissetmeleri (Kavuncubaşı ve Yıldırım; 2010: 302) hekimlerine istedikleri zaman ulaşabilmeleri ve hekimleriyle iletişim kurabilmeleri onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Kuhlmann (2006: 613)'a göre sağlık sisteminde hekimler güvenin oluşmasında en önemli kaynaktır ve hekimler tarafından verilen bilgiler diğer sağlık profesyonellerinin verdikleri bilgiler ile karşılaştırıldığında çok daha değerli bilgilerdir. Hastanın hekime duyduğu güvende muayene sırasında hekimin iletişim performansına bağlı olarak olumlu veya olumsuz yönde ciddi bir değişim görülebilir (Street, 2003: 74). Eğer hekimler hastalarla aralarına mesafe koyar ve etkili iletişim başlatamazlarsa hasta görüşmenin bir an evvel bitmesini ve iletişimin sonlanmasını isteyecektir (Uludağ; 2011: 56).

Sağlık profesyonelleri; hastaları, hastalıkları ile ilgili bilgilerini paylaşmaya teşvik etmeli, tetkiklerin yapılması için razı etmeli, birtakım kimyasalların üzerlerinde kullanılmasını kabul etmelerini sağlamalıdır. Hastanın bu işlemleri kabul etmeleri ise kuruluşa ve sağlık profesyonellerine duydukları güven ile mümkündür. Aksi takdirde bu tür müdahaleleri kabul etmeyerek sağlık hizmetinden faydalanamazlar (Meyer ve diğerleri, 2008: 179).

B. Etkin Dinleme

Etkin dinleme yüz yüze iletişimin başarılı olmasında en önemli etkidir. Sağlık iletişiminde ise etkin dinleme tedavinin başarısının kilidini açan bir etkidir. Bir muayene esnasında hasta hekimine sıkıntısını anlatırken, hekimin onu etkin dinlemesi ve ona yeterince zaman ayırması hastanın şikâyetlerine ilişkin doğru ön teşhis koymasına, kesin teşhis için doğru tetkikleri istemesini ve dolayısıyla da doğru tedaviyi uygulayıp etkili ve başarılı bir tedavi uygulanmasını sağlayacaktır.

Tedavinin başarısının yanı sıra, muayene ve tedavi sırasında kendini gergin ve stresli hisseden hasta bu ruh halinden etkin dinleyen hekim sayesinde kurtulacaktır (Gordon ve Edwards, 1997: 101). Rahatlayan hastanın ise kendisini iletişime açması ve tedavisi için hekim ile işbirliğine hazır olması sağlık iletişimini başarılı kılacaktır.

C. Destekleyici İletişim

Hastalar yaşadıkları hastalıklar ve belirsizlikler nedeniyle sıkıntılı süreçler geçirirler ve bu süreçleri atlatmak her zaman kolay olmayabilir. Böyle bir süreç içerisinde ki hastanın ihtiyaç duyduğu iletişim türü destekleyici iletişimdir. Çünkü zor süreçler geçiren hastalar psikolojik olarak yıkılmaya hazırdırlar ve ayakta durmak için sarılacak bir dal aramaktadırlar. Bu noktada hastaya doğru bilgiler ve yönlendirmeler içeren bilgi desteği sağlanması ve psikolojik olarak hastayı ayağa kaldıracak ve tedaviye devam etme gücü verecek duygusal destek sağlanması hastanın tedavisine olumlu etkide bulunacaktır. Deneysel çalışmalar destekleyici iletişimin hastanın psikolojisine ve yaşam kalitesine olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Parle, Jones ve Magiure, 1996: 740; Maguire, 1999: 2060).

Destekleyici iletişim hastalara hastalıkları ve hastalıklarının tedavi sırasında doğrudan destek sağlayarak, onların bu sıkıntılı süreçleri atlmasına yardımcı olmayla ilişkili bir kavramdır (Uludağ; 2011: 58). Destekleyici iletişimin en yaygın iki şekli duygusal destek ve bilgi desteğidir (Welbourne, Blanchard ve Boughton; 2009: 32). Duygusal destek hasta ile empati kurmayı ve onu teşvik etmeyi, duygusal anlamda ona güç vermeyi içerir. Bilgi desteği ise hastaya doğru bilgiler vermeyi, bilgi alabileceği sağlık kaynakları (kitap, internet sitesi vb.) sağlamayı, tedavi tavsiyeleri vermeyi içerir (Klaw, Huebsch ve Humphreys; 2000: 536).

1.2.3.2. Bazı Özel Durumlarda İletişim

Sağlık hizmetlerinde hizmet sunulan bireyler çeşitlidir. Bireyler doğduğu andan itibaren ölüncüye dek hayatlarının her evresinde sağlık hizmeti ihtiyacı hissederler. Bu yüzden sağlık hizmeti sunumu esnasında küçük bir çocukla, yaşamının son döneminde ki bir hastayla, ruhen iyi olmayan bir bireyle, travma atlatmış bir hastayla ve hatta bilinci kapalı bir bireyle bile iletişim kurmak durumunda kalınabilir. Bu çeşitlilik sağlık profesyonellerinin hastalarla iletişim kurmasını ciddi anlamda zorlaştırmaktadır.

Çocuk hastalar henüz reşit olmamış, kendi kararlarını kendileri veremeyecek durumda olup, kendisini yeterince ifade edemeyecek durumda olan hastalardır. Böyle bir hasta ile karşılaşan hekimin ve sağlık profesyonelinin çocuktan anamnez alabilmesi oldukça zordur. Çocuk hasta ile ilgilenirken yanında velisi olan ve çocuğunu korumak için hazır halde bulunan anne-babası da sağlık iletişiminin zorlaştırıcı bir unsur olmaktadır. Bir diğer yandan hastanelerin kalabalığı ve gürültüsü, hekimin ve hemşirelerin beyaz önlüğü çocuk hastaları tedirgin etmekte ve korkutmaktadır. Sağlık profesyonelleri çocuk hastalara babacan bir tavırla yaklaşmalı, yaş grubuna bağlı olarak konuşmalarına izin vermeli onlarla göz göze iletişim kurmalı ve onların streslerini ve kaygılarını azaltmalıdır (Turhan; 2014: 71).

Terminal dönemdeki hastalar ise hastalıkları nedeniyle hayatlarının son günlerini yaşayan, bu nedenle iletişimin en zor olduğu hastalardır. Bu dönemde ki hastanın psikolojik durumunu anlamak ve onlarla empati kurabilmek sağlık profesyonellerinin onlar için yapabilecekleri en faydalı şeydir. Bu dönemde ki hastalara hekimler ve sağlık profesyonelleri mesleklerinin gereğinden çok psikolog rolü üstlenerek yaklaşmak durumundadır.

Terminal dönemdeki hastanın ve sağlık profesyonellerinin bir diğer sıkıntı ise hastalarının %55-90'a yakınının şikâyet ettiği ağrılar ve bunlarla baş etmedir. Hastanın yaşadıkları sıkıntılar ve çektikleri ağrılar endişe ve korku gibi problemlere neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu noktada tıbbi ve psikolojik yardımı bir arada uygulaması çok önemlidir (Keogh ve diğerleri; 1998: 908-909).

Ruh sağlığı bozulmuş olan hastalarla kurulacak iletişim, gerçeğe bağlantısı zayıflamış ve dış dünyadan bağımsız olarak iç dünyasında başka bir hayat yaşayan hastalarla kurulduğu için meşakkatli ve dikkat gerektiren bir iletişimdir. Bu tarz hastalarla kurulacak iletişim gayet yalın ve kısa olmalıdır. Aksi takdirde hastanın dikkati kolayca dağıldığı için kurulan iletişimin olumsuz sonuçlanması kaçınılmaz olacaktır.

Doğal afete uğramış veya kaza geçirmiş bireylerde, bir yakının kaybetmiş olan veya bir cerrahi operasyona hazırlanan bireylerde travma oluşabilir. Yaşadığı olay nedeniyle birey şokta olabilir ve ne yaptığının farkında olmayabilir. Travma yaşayan bireyin travmayı atlatması için yaşadığı olayın anlatılmak gerekmektedir (Turhan; 2014: 73).

Terakye (1994: 104-105) bilinci kapalı hastaların çevresinde konuşulanları duyabildiğini bu nedenle yapılacak işlemlerin hastaya söylenmesi gerektiğini söylemiştir. Ancak geri bildirim hastadan alınamayacağı için bu iletişim tek yönlü olarak kalmaktadır. Terakye (1994: 105) bilinci kapalı hastalarla ilgili aşağıdaki olayı aktarmıştır;

“Kulak - burun boğaz servisinde bilinci kapalı bir hastaya aynı öğrenci bir hafta süresince bakım vermişti. Öğrenci her sabah hastaya dokunarak "ben.... hemşire, sizin bakımınız için buradayım, günaydın" diyor, gün boyu yaptığı işlemleri açıklıyor, akşam ayrılırken hastaya bunu bildiriyordu. Öğrenci stajının sonlandığını hastaya iletğinde bir haftadır gözlerini hiç açmamış bilinci kapalı olan hastanın gözünde yaşlar belirdi.”

BÖLÜM 2. HEKİM- HASTA İLETİŞİMİ

Birinci bölümde sağlık iletişiminin sağlık temelli iletişim türü olduğunu, sadece sağlık profesyonelleri ile değil; daha önce benzer hastalıkları yaşamış bireylerin kurduğu, hatta hastalığı yaşamamasına rağmen bir takım mecralar aracılığıyla hastalıkla ilgili bilgisi olan bireyin hastalığı yaşayan birey ile hastalık hakkında konuşmasının bile sağlık iletişimini oluşturduğuna değinilmişti. Bu bölümde ise sağlık profesyonellerinden hekimler ile hastanın iletişimi üzerinde durulmaktadır.

Son yıllarda sağlık hizmetlerine toplumun gösterdiği ilgi gittikçe artmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine hükümetin verdiği destekle artan bilinçlilik düzeyi ile birlikte bireyler sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaya başlamışlardır. 2002 yılında kamu ve özel sağlık kuruluşu hekimlerine başvuran birey sayısı 208.966.049 iken bu sayı 2010 yılında 539.085.967'ye, 2011 yılında 611.236.345'e, 2012 yılında 621.786.297'ye, 2013 yılında 630.321.124'e ve 2014 yılında ise 643.992.030'a çıkmıştır (SB. 2015: 101). 2002'den 2014 yılına kadar hekime başvurma sayısı %324'lük bir artış göstermiş. Hekime başvuru sayısındaki ciddi artış ile beraber hekimlik mesleğinin doğuşundan beri var olan hasta-hekim iletişiminin nasıl olması gerektiği sorusu da gündeme taşınmıştır. Hasta hekim iletişimi ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır ve bu araştırmalarda hekimin hasta ile kurduğu iletişimin hastayı ve tedavisini nasıl etkilediği incelenmiştir.

Bu bölümde hasta hekim iletişimi ile ilgili alan yazını incelenerek hasta hekim iletişimi modelleri ve hasta hekim iletişiminde ki sorunlar üzerinde durulmaktadır.

2.1. Sağlık Müşterisi: Hasta ve Hekim-Hasta İletişimi

Kamu özel ayrımı olmaksızın sağlık kuruluşlarının ortak hedefi, kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Bu hedefe ulaşmak sağlık kuruluşlarının hayatlarını devam ettirebilmeleri için yegâne yol olarak görülmektedir. Ancak bu hedefe ulaşmak, sağlık hizmetleri gibi karmaşık bir yapı için çokta kolay değildir. Özellikle çıktısının net ölçümü mümkün olmayan sağlık hizmetlerinde kalite yolculuğunun sonlanması mümkün değildir.

Sağlık kuruluşları kendilerini sürekli yenileyerek bir adım ileri gitmeyi hedeflemektedirler. İnsan gücü yoğun sektörlerde kuruluşun kendisini fiziki olarak yenilemesi, modern teknoloji ile donatılması tek başına yeterli değildir. Sağlık

kuruluşlarının bünyesinde bulunan insan gücünün kendisini geliştirmesi ve ileriye taşınması da son derece önemlidir. Ancak gelişmiş fiziki donanım, gelişmiş teknolojik donanım ve gelişmiş insan gücü de etkili bir iletişim ile desteklenmeden kaliteyi yakalayamayacaktır. Özellikle müşterilerini insanların oluşturduğu hizmet kuruluşlarında müşteri ile etkili iletişim olmaksızın kalite ve başarıdan söz edilmesi oldukça güçtür.

Sağlık müşterilerinin normal bir durumda olmayan, acı çeken, sağlığı ile ilgili endişe duyan ve gergin olan bireyler olması nedeniyle, bu bireyler ile kurulacak iletişimde çok titiz davranmak gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunun bir numaralı aktörleri hekimlerdir. Bu nedenle hekim hasta iletişimi sağlık hizmetleri süreçlerinin merkezini oluşturmaktadır (Maly ve diğerleri, 1998: 889). Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık müşterisi olan hastaların aldıkları hizmetlerden memnuniyetlerini doğrudan belirleyen unsur hekimler ile olan iletişimleridir. Bu nedenle sağlık iletişimi çalışmalarının temelini hasta hekim iletişimi oluşturmaktadır.

Çeşitli çalışmalar ile hasta hekim iletişiminin önemi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Örneğin; iyi bir hasta hekim iletişiminin, tıbbi bilgilerin kolay anlaşılmasına, hastaların duygularını düzenlemeye ve hastaların ihtiyaçlarını, algılarını ve beklentilerini daha iyi ifade etmelerine olanak sağladığı ifade edilmektedir (Bredart, Bouleuc ve Dolbeault; 2005: 351; Arora; 2003: 791). Ayrıca, hastalar hekimler ile olan iyi iletişimin kendilerini memnun ettiğini, doğru tanı için gerekli olan bilgileri paylaşmalarını sağladığını ve önerilen reçeteyi ve tedaviyi uygulamalarında etkili olduğunu ifade etmektedirler (Harmon, Lefante ve Krousel-Wood, 2006: 310; Henrdon ve Pollick; 2002: 309; Hall, Roter ve Rand; 1981: 18). Little ve diğerleri (2001: 909) ise iletişimin yatış süresinin azalmasına katkısının olduğunu ve bundan dolayı da maliyetlerin düştüğünü ifade etmektedir. Yapılan çalışmalardan da anlaşılacağı gibi etkili bir hasta hekim iletişimi etkili tedavi ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle hasta hekim iletişimi sağlık kuruluşlarının dikkatle üzerinde durmaları gereken hususlardan birisidir.

2.2. Hastanın Sağlık Kuruluşundan ve Hekimlerden Beklentileri ve Bu Beklentilerin Yasal Dayanağı

Sağlık müşterileri olan hastanın tercih ettikleri sağlık kurumlarından müşteri olarak beklentileri vardır. Bu beklentilerin temelini kişilerin sahip oldukları temel hak ve

özgürlükler oluşturmaktadır. Bu noktada hasta hakları devreye girmektedir. Çünkü hastalar tercih ettikleri sağlık kuruluşlarından haklarına saygı gösterilmesini ve haklarının korunmasını istemektedirler. Hastaların sağlık kuruluşları ve hekimlerden beklentilerini daha iyi anlayabilmek için bu bölümde hasta haklarından kısaca söz edilecektir.

2.2.1. Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma

Hastalar teşhis ve tedavi için başvurdukları kuruluşta diğer bireylerle eşitlik içerisinde muamele görme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptirler. Hastaların bu haklarını sağlamak, sağlık kuruluşları ve sağlık personelinin görevidir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: Madde 6). Hastalar tercih ettikleri kuruluşta sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin adaletsizlik hissetmeleri halinde memnuniyetsizlik duyacaklardır ve kuruluşa ve kuruluşun personeline duydukları güven sarsılacaktır. Sağlık hizmetinin temelini oluşturan iki terim olan memnuniyet ve güven terimlerinin sarsılması tedaviyi ve sonraki süreçleri olumsuz yönde etkileyecektir.

2.2.2. Bilgi İsteme Hakkı

Hastalar tercih ettikleri sağlık kuruluşlarından kendilerinin alacakları hizmetlere ilişkin bilgilendirmelerini beklemektedirler. Hasta hakları yönetmeliği (1998: Madde 7) sağlık kuruluşlarını bu konuda sorumlu tutmaktadır. İlgili yönetmelik hastanın sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne ölçüde faydalanacağını öğrenebilmesi, sağlık kuruluşunda verilen hizmetlerle ilgili detaylı bilgi edinebilmesi amacıyla hastaya yardımcı olabilecek birimler ve donanımlı çalışanlar istihdam etmesini sağlık kuruluşlarına ödev olarak yüklemiştir.

Bu hak ile hastalar bilgi düzeylerinin az olduğu sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilendirilip, yönlendirilmesi ve sağlık hizmeti alımından önce bilgi eksikliğiyle ilişkili olarak oluşabilecek stres ve gerginlikten kurtulması hedeflenmektedir. Bu durumda hasta sağlık hizmetinden korkmak yerine, daha bilinçli olacağından tedavisine katılım gösterebilecek ve tedavi süreçlerinde olumlu değişimler gözlenecektir.

2.2.3. Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme Hakkı

Bireyler sağlık kuruluşu seçiminde tam bir özgürlüğe sahiptirler. İstedikleri sağlık kuruluşu bireye imkânları dâhilinde sunabileceği bütün hizmetleri sunmakla yükümlüdür. Bu nedenle bireyler memnun kalmadıkları kuruluşları bir daha seğmek zorunda kalmamaktadırlar.

Rekabetin her sektörde her kuruluşu etkilediği günümüzde, sağlık kuruluşları da müşterileri olan hastaları kaybetmemek ve tekrar kendilerini tercih etmesini sağlamak için sundukları hizmet kalitesine ve hastalara gösterilen muameleye dikkat etmektedirler.

2.2.4. Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme Hakkı

Hastanın bir diğer önemli hakkı personel seçme hakkıdır. Hastalar hizmet alacakları kuruluşu seğebildikleri gibi hizmet alacakları sağlık profesyoneli de seçme hakkına sahiptirler. Bu hak hastaları aynı sağlık kuruluşu seçme hakkında olduğu gibi istemedikleri memnun olmadıkları hizmeti alma zorunluluğundan korumaktadır. Ayrıca sağlık profesyonellerini hastalara karşı daha nazik ve daha anlayışlı davranmaya sevk eden bir haktır.

2.2.5. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım Hakkı

Hastanın aldıkları sağlık hizmetlerinin modern tıpa ve bilimsel metodlara uygun olmasını istemesi ile ilgili hakkıdır.

2.2.6. Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Hastanın tıbbi gereklilikler dışında müdahaleye maruz kalamayacağını ifade eden haktır. Bu hak ile hastalar sağlık kuruluşlarının ve sağlık profesyonellerinin maddi kaygılar veya başka sebeplerle, hastaya ihtiyacı olmayan gereksiz işlemler uygulanmasına karşı korunmaktadır.

2.2.7. Tıbbi Özen Gösterilmesi

Hastanın sağlık hizmeti alımı esnasında hastalığının gerektirdiği tıbbi olanaklardan eksiksiz olarak yararlanması, sağlık profesyonellerinin bu hizmeti sunarken özenli davranması ve hastayı koruyup, gözetmesi gerektiğini ifade eden hasta hakkıdır. Bu hak

ile hastalar hizmet sunucularının kendilerine kaliteli hizmet sunmalarını beklemektedirler. Yönetmelikle bu hasta hakkı sağlık kuruluşları ve sağlık profesyonellerine ödev olarak yüklenmiştir.

2.2.8. Mahremiyete Saygı

Sağlık hizmeti sunumunda hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını talep etmese dahi sağlık kuruluşları ve sağlık profesyonelleri hastanın bu hakkını gözetmekle yükümlüdürler. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilerek uygulanır.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı (Hasta hakları yönetmeliği; 1998);

- a. Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- b. Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- c. Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- d. Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- e. Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- f. Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.
- g. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

2.2.9. Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama (Onam)

Hastanın kendilerine yapılacak müdahaleler ve uygulanacak tedaviler hakkında bilgi almak ve bunu onaylayıp onaylamamanın kendi hür iradesine bağlı olduğunu ifade eden hasta hakkıdır. Bu hak bireyin özerk olduğu, bu nedenle seçme hakkının kendisinde olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu hak çerçevesinde kanuni olarak bir zorunluluk bulunmadığı sürece hiç kimseye zorla müdahalede bulunamaz.

2.2.10. Bilgilerin Gizli Tutulması

Bu hak hastanın bilgilerinin kendi rızası ile bile olsa diğer bireylerle paylaşılmasının hukuki olarak suç teşkil ettiğini, bu nedenle hastanın bilgilerinin gizli tutulmasını ve kanuni durumlar dışında hastadan başka kimselerle paylaşılmaması gerektiğini ifade etmektedir.

2.2.11. Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Hastanın kendisine uygulanacak işlemleri reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Böyle bir durumda hasta bütün sorumluluğu üzerine almaktadır.

2.2.12. Refakatçi Bulundurma

Hastalar tedavileri sürecinde bakıma, yardıma, sevgiye, şefkate muhtaç durumdadırlar. Bunları kendisine sunabilecek bir yakınlarının tedavi sürecinde yanlarında olması hastayı psikolojik olarak rahatlatacaktır ve tedaviye olumlu yansıyacaktır. Hastanın tıbbi ve hukuki olarak bir sakınca bulunmadığı durumlarda refakatçi bulundurma hakkı vardır.

2.2.13. Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı

Bireylerin bir diğer önemli hakkı da müracaat, şikâyet ve dava hakkıdır. Haklarının ihlal edildiğini düşünen hastalar, haklarını geri almak için müracaatta bulunabilirler. Müracaatları neticesiz kalırsa ilgili kuruluşları ve sağlık profesyonellerini şikâyet edebilirler ve dava açabilirler. Bu hak hastanın sahip oldukları hasta haklarını koruyabilmeleri ve adil, kaliteli ve verimli bir sağlık hizmeti alabilmeleri açısından son derece önemlidir.

Hastanın bu haklarını kullanabilmeleri büyük oranda sağlık profesyonellerine bağlıdır. Çünkü sağlık profesyonelleri hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin ana aktörleridir. Bu nedenle hasta haklarını en çok gözetmeleri gerekenlerde sağlık profesyonelleri, özellikle hekimlerdir. Hekimlerin hastalarla kurdukları ilişki ve iletişimi hasta haklarını temel alarak kurmaları gerekmektedir. Örneğin hastayı kimliğine, diline, dinine, ırkına bakmaksızın kabul etmeli, kendisine güler yüzle yaklaşmalı, sunacağı hizmet ile ilgili bilgilendirmeli ve hastanın onayını almalı, hizmet sunumu esnasında

tedbirli olmalı ve hastanın iyiliğini gözetmelidir. Bütün bunların uygulanması, hasta memnuniyetini meydana getirecektir.

Ancak hekimin hastaya nasıl yaklaşacağına ve nasıl muamele edeceğine karar vermesi kolay değildir. Bu nedenle hasta hekim iletişimine dair çeşitli modeller geliştirilmiştir. Hekimin hasta ile iletişim kurarken seçtiği model tedavinin başarısı ve hasta memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir.

2.3. Hekim-Hasta İletişim Modelleri

Sağlık hizmetinin etkililiğini, verimliliğini ve maliyetini etkileme kapasitesine sahip olan hekim hasta iletişimi üzerinde önemle durulan araştırma konularındandır. Hekim hasta iletişiminin nasıl olması gerektiğiyle ilgili olarak çeşitli yazarlar birçok model ortaya atmışlardır. Bu başlık altında bu modellerden kısaca söz edilecektir.

Szasz ve Hollender (1956) hekimle hasta arasında üç temel ilişki modeli tanımlamışlardır (Akt. Szasz, Knoff ve Hollender, 1958: 522)

1. Etkinlik- edilgenlik
2. Yol gösterme ve işbirliği
3. Katılım

Etkinlik edilgenlik temelinde ki ilişki modelinde hekim hasta karşısında tam bir üstünlüğe sahiptir. Hastanın iyiliğine olduğunu düşündüğü uygulamaları hastadan onay almaksızın uygulamaktadır. Hasta tamamen pasiftir. Yol gösterme ve işbirliği modelinde ise hekim ne olacağını söyler ve hasta yapar. İki tarafta aktiftir ancak hekim ile hasta arasında temel farklılık güç ve statüdür. Günümüzde hasta haklarına saygılı kişi ve kurumların öncülüğünde en çok kullanılmaya çalışılan model olan katılımcı modelde ise hekim ile hasta tam bir uyum halinde çalışır. Bu modelde hekim hastanın, kendi kendisine yardımcı olması için hastaya yardımcı olur (Oğuz, 1995: 61; Szasz, Knoff ve Hollender, 1958: 522).

Altun (2012: 4) ise buyurgan hekim davranışı, danışman hekim davranışı ve katılımcı yaklaşım olarak üç yaklaşımdan söz etmektedir. Buyurgan hekim yaklaşımına göre hekim tek otoritedir, hastaya emir vererek konuşur ve yöntemlerinin ve kararlarının sorgulanmasından haz etmez. Danışman hekim modelinde ise hekim hastalığın sahibi

olan hastanın karar vermesi gerektiğini düşünür ve ona yol gösterir. Hastanın soru sormasına izin verilen bir yaklaşımdır. Katılımcı yaklaşımda ise hastanın amacı iyileşmek, hekimin amacı ise iyileştirmektir. Bu nedenle işbirliği yaparlar. Karşılıklı güven ve saygıya dayanmaktadır. Hekim hasta ile empati kurar ve tıbbi karar ve tedavi süreçlerine hekim ile hasta birlikte karar verirler. Bu model yazar tarafından olması gereken model olarak tanımlanmaktadır.

Emanuel ve Emanuel (1992: 2221-2222) ise hasta-hekim ilişkisinde paternalist model, bilgilendirici model, yorumlayıcı model ve müzakereci model olarak dört tür ilişki şekli tanımlamaktadırlar.

Paternalist kavramının Türkçe'deki ifade biçimi "babacıl" tutum ve davranışlar olarak kullanılabilir (Uludağ;2011: 48). Bu modelde Szasz ve Hollender'in (1956) etkinlik-edilgenlik modelinde ki gibi hekim baskındır. Hastanın yararına olduğu varsayılan ancak hastanın değerlerini ve tercihlerini yansıtmayan kararların söz konusu olduğu bir modeldir (Roter ve McNeilis, 2003: 123). Bu modelde hekimler uygun gördükleri şeyleri uygulamaları için hastaları zorlarlar ve hastalara karşı koruyuculuk rolü üstlenirler (Atıcı; 2007b: 46; Aydın; 2006: 17). Paternalizm en yaygın model olmasına rağmen en etkili ve arzu edilen model değildir (Roter ve McNeilis, 2003: 123).

İkinci model olan bilgilendirici modelde ise hekim hastaya seçim yapabilmesi için tüm seçenekleri sunar. Hasta seçimini yapar ve hekim uygular (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2222). Gordon ve Edwards'a (1997: 19) göre hasta ile hekimin bilgileri farklı olsa da tedavide ortaklırlar ve hasta kendisi ile ilgili karar verme hakkına sahiptir. Hastanın kendisi için en iyi olan seçimi yapabilmesi tam anlamıyla bilgilendirilmesi ile mümkün olduğundan, hekim tüm bilgilerini hastaya aktarmalıdır. Hekim hastanın kararına, hastanın tutum ve davranışında değişiklik oluşturmaya çalışarak karışabilir (Gordon ve Edwards, 1997: 19). Paternalist modelin aksine bu modelde seçilen yöntemde hastanın değer yargıları ve özgür seçimi vardır.

Üçüncü model olan yorumlayıcı model genel hatlarıyla bilgilendirici modele benzemektedir. Ancak bu modelde hekim hastaya seçenekleri sunmadan önce hastanın değer yargılarını ortaya çıkarması için hastaya yardımcı olmakta, ne istediğini anlamakta ve bunları yansıtan seçeneği seçmesi için hastaya yardımcı olmaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2222). Bilgilendirici modelde olduğu gibi hekim

seçenekleri sunar ve seçimlerle ilgili risk hastaya aittir. Hekimin burada tedavi ile ilgili alternatif sunmaktan sonra ki en büyük görevi, hastanın değer yargılarını ve isteklerini anlamasına yardımcı olmaktır.

Dördüncü model olan müzakereci model bazı çalışmalarda katılımcı model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu modelde hekimin hastayı zorlamadan ikna etmesi söz konusudur (Atıcı, 2007a: 49). Yine hekimin seçenekleri ortaya koyma rolü bu modelde de vardır. Ancak diğer modellerden farklı olarak hekimin hastaya tedavisi ile ilgili tıbbi değerleri aktarması ve durumuna en uygun olanı seçmesi için rehberlik etmesi, onu cesaretlendirmesi ve önerilerde bulunması söz konusudur (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2222; Özlü; 2005: 80). Günümüzde paternalist model bilgi teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması ve artan bilinçlilik düzeyi ile beraber yerini katılımcı modele bırakmıştır (Winker ve diğerleri, 2000: 1603-1604; Bauer, 200: 241).

Emanuel ve Emanuel (1922: 2223) dört modeli açıkladıktan sonra, bu modellerin hasta özerkliği konusunda tek başlarına yeterli olmayabileceklerini ifade etmişlerdir. Ve bu dört modele bir beşinci olarak araçsal model (instrumental model) eklenebileceğini ifade etmişlerdir. Hastanın değerlerinin ve hedeflerinin alakasız olabileceğini, bu nedenle hekimin, toplumun iyiliği veya bilimsel bilginin ilerlemesine katkıda bulunmak gibi hastanın hedeflerinden bağımsız olarak bazı hedefler belirlemesi ve hedeflemesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

2.4. Hekim-Hasta İlişkisinde Yaşanan Sorunlar

Sağlık iletişiminin merkezinde bulunan ve hastanın alacağı sağlık hizmetinin etkinliğinin ve hastanın hizmet alımı sonrası duyacağı memnuniyetin en önemli belirleyicisi olan hasta hekim iletişimine ilişkin çalışmanın birinci bölümünde sağlık profesyoneli kaynaklı ve hasta kaynaklı sorunlar üzerinde durulmuştu. Bu bölümde ise hekim hasta iletişiminde yaşanan hekim kaynaklı sorunlar incelenmektedir.

Hekimler, hastalar gibi insanlar olmaları nedeniyle, kişisel yaşamları, geçmişleri, gelecek beklentileri, kişilikleri, o an ki his ve duyguları ve daha birçok sayılamayan faktörden etkilenmeleri ve davranışlarına bu faktörler aracılığıyla yön vermeleri son derece olağandır. Bu nedenle hekim hasta iletişiminde oluşabilecek hekim kaynaklı sorunların farkında olunması hasta hekim iletişiminin etkinliğine ilişkin önerilerde

bulunulması açısından önemlidir. Ayrıca bu faktörlerin yönetilebilmesi ise hekim hasta iletişiminin etkinliğini artıracaktır.

Hekim kaynaklı hasta hekim iletişimi sorunları hekimlerde stres ve tükenmişlik, hekim yoğunluğu, hastaya gerçeği söyleme, emir vererek konuşma, hastayı ikna etmeye çalışmama ve hekim ile hastanın karşılıklı önyargıları olarak sıralanabilir.

2.4.1. Hekimlerde Stres ve Tükenmişlik

Muhatabının direk olarak insanlar olduğu meslek grupları çalışanlarının maruz kaldığı stres düzeyi, diğer meslek gruplarınıninkine oranla daha fazladır (Soysal; 2009: 349). Sağlık hizmetleri, çalışanlarının muhatabının doğrudan insanlar olduğu bir meslek grubu olması ve etkileşimde olunan kişilerin normal halleri dışında bir takım sorunlar yaşayan bireyler olması sebebiyle, sağlık hizmeti sunan personelin maruz kaldığı stres düzeyinin ne derece yüksek olduğu kolayca anlaşılabilir. Stres bireylerin yaşadığı normal dışı olan gerginlik halidir. Stresin örgütle ilgili olarak bir takım olumsuzluklara neden olmasının yanında tıbbi olarak da bireyleri etkilediği yapılmış çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur. Örneğin Erdoğan, Ünsar ve Süt (2009: 459) çalışmalarında, işyerlerindeki stresin çalışanın bedensel ve ruhsal yönden hastalanmasına ve sonuç olarak da işteki veriminin düşmesine neden olduğunu ifade etmektedirler. Stresin örgütsel anlamda performans düşüklüğü, işten ayrılma niyeti, iş doyumsuzluğu, çatışmalar ve verimlilik gibi konularda birçok olumsuz etkisi vardır (Gümüştekin ve Öztemiz, 2005: 284; Onay ve Kılıcı, 2011: 363; Aksoy ve Kutluca, 2005: 458). Bu sayılan kavramlar ise çalışanın tükenmişliğini etkilemektedir. Ören (2013: 1) çalışmasında, stres ile duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren bulgulara ulaşılmıştır.

Stres ve tükenmişlik personelin diğer çalışanlarla ve müşterilerle iletişim sorunlarına neden olmaktadır (Gümüştekin ve Öztemiz, 2005: 284). Tükenmişliğin aşamalarından olan duyarsızlaşma durumunda kişi, karşısındakine aşağılayıcı ve kaba davranış sergiler, onların rica ve taleplerini göz ardı eder. Etkileşimde buldukları kişilere ve çalıştıkları örgüte karşı mesafeli, umursamaz ve alaycı bir tavır takınırlar. Kişi gerekli fayda ve hizmeti sağlamada başarısız olur. Ayrıca diğer insanlara karşı saygısız ve küçük düşürücü davranışlarda sergileyebilirler (Özensel ve Koçak, 2004: 36). Böyle bir

durum sađlık iletiřimini olumsuz etkileyecek ve sekteye uđratacaktır. Hasta kendisini ifade etmeye çekinecek ve hekim deđiřikliđini dūřünecektir.

Tūkenmiřlik de stres gibi her meslek grubunda gōrūlebilmesine rađmen muhatabının insanlar olduđu mesleklerde daha fazla gōrūlmektedir. Őzellikle sađlık alanında çalıřan kiřilerin risk altında olduklarını sōylemek mūmkündür (www.kadikoysifa.com). Firth-Cozens ve Greenhalgh (1997: 1018) stresin, hastanın bakımını ve tedavisini olumsuz yōnde etkilediđini; Passalacqua ve Segrin ise (2012: 450) hekimlerin streslerinin tūkenmiřliklerini etkileyerek hasta merkezli iletiřime zarar verdiđini ifade etmiřlerdir.

2.4.2. Hekim yoğunluğu

Hekim hasta iletişiminin etkililiğinde zaman hayati derecede Őneme sahiptir. Hekimin hastasına ayırdığı zaman hastanın gūvenini ve memnuniyetini doğrudan etkilemektedir (Őzer; 2007: 4/35/37). Bol, Gūl ve Erbaycu (2013: 189) alışmalarında hekimlerin yoğunluk nedeniyle hastayı ve yakınlarını eksik bilgilendirdiklerini, bu nedenle de hastanın evde devam eden tedavi sūrelerinde olumsuzlukların ortaya çıkabildiğini ve hastanın tekrar sağlık kuruluşuna gelme ihtiyaı hissedebildiğini ileri sūrmektedirler. Yazarlar sağlık kuruluşuna hastanın tekrar gelmesinin bireyin kendisinin ve devletin maddi olarak ek Ődemeler yapmasına neden olduğunu, ayrıca kuruma yeniden gelen hastanın hekimlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin iř yūklerini artırdığını belirtmişlerdir.

Daha Őnce yapılmış bir araştırma da hekimlere kendilerini hastanın gōzūnde nasıl gōrdükleri sorulmuş ve hastanın gōrūřleriyle hekimlerin kendilerini değerlendirmeleri karşılaştırılmıştır. Bu araştırma da hekimlere ve hastalara sorulan soruları hekimin iyi eğitimi olup olmadığı, tedaviden başarılı sonuçlar alınıp alınmadığı, hekimin merhametliliği ve yardımseverliği, hekimin hastalarla zaman geçirmesi, kaliteli hizmet sunumu oluşturmaktadır. Bu sorular arasında en yūksek fark oranına sahip ikinci soru “hekimin hastalarla zaman geçirmesi” sorusu olmuştur. Hekimlerin %71’i hastanın gōzūnde onlara vakit ayıran bir hekim olduklarını dūřūnmelerine rağmen, hastaların bu soruya katılımları %36 dūzeyinde kalmıştır (Tongue, Epps ve Forese, 2005: 653). Yani hekimlerin hastalara ayırdıkları vakitleri kendilerince yeterli gōrmesi, hasta içinde Őyle olduğu anlamına gelmemektedir. Hastanın beklentileri farklı olabilmektedir. Belki daha fazla açıklama, belki muayene sūresinin biraz daha uzun tutulması belki de kendisini

rahatlatacak bir konuşma beklemektedirler. Bu nedenle hekim mesleğinin gereğini yerine getirmiş olsa bile hasta memnuniyetini sağlayamayabilir.

Bazı araştırmalarda ise hekimlerin hastanın düşünce, fikir ve değerlerine dikkat etmeyi zaman kaybı olarak görmelerine rağmen, bulgular hekimlerin hastanın duygu, düşünce ve değerlerine dikkat etmesinin zaman tasarrufu sağladığı yönündedir (Marvel ve diğerleri, 1999: 283; Levinson, Gorawara-Bhat ve Lamb, 2000: 1021). Düşünceleri öğrenilen, hissettiklerini açıkça ifade edebilen, hastalığı ve tedavisiyle ilgili bilgilendirilip fikri alınan hastanın tedavisi daha etkili olacaktır ve hastanın tekrar aynı şikâyetle sağlık hizmetlerine başvurma ihtimali azalacaktır. Böylece hekimler tekrar aynı hasta ile ve aynı rahatsızlık nedeniyle meşgul olmayacaklardır. Bu durum, hekimlere zaman kazandırırken, dolaylı olarak oluşacak maliyetlerin önüne geçilmesi nedeniyle ekonomiye de katkı sağlanmış olacaktır.

2.4.3. Hastaya Gerçeği Söyleme

Hastaya durumu ile ilgili olarak gerçeklerin söylenip söylenmemesi tıp tarihinin başlangıcından günümüze kadar doğruluğu tartışılan ve henüz net çözüme kavuşamayan bir problem olarak görülmektedir. Kimi hekimler hastanın psikolojik durumunu ve hayatının son günlerinde yaşayacağı büyük üzüntüyü göz önünde bulundurarak durumunu hastadan saklamayı uygun görmekteyiz. Bu durum bir takım hasta haklarına ve tıbbi etik ilkelerine aykırıdır. Hekimler hastadan gerçeği saklayarak; gerçeği söyleme, doğruluk, aydınlatılmış onam ve özerkliğe saygı ilkelerini yok saymış olmaktadır. Beauchamp ve Childress'a (1989) göre ise gerçeğin hastaya psikolojik veya manevi olarak zarar vereceği düşüncesiyle gösterilen bu tutum, yararlılık ilkesini ön planda tutan hekimlerce doğru bulunabilmektedir (Akt. Aydın ve Ersoy, 1995: 51).

Brody ve diğerleri (1989: 1033) Hastanın fikirlerini ifade etmelerinin ve tedavilerinde hastanın fikirlerinin göz önünde bulundurulmasının öneminden bahsetmektedirler. Hastanın tıbbi durumuyla ilgili gerçekleri bilmesi bir haktır. Benzer olarak yine durumunu başkalarının bilmesini istememesi de hastanın mahremiyet hakkı çerçevesinde diğer bir haktır. Hekimin durumunu hasta yerine yakınlarına anlatması tıbbi kararlarda hastadan ziyade yakınlarının daha etkili olmasına sebebiyet verecektir. Böylelikle hastanın özerklik ve tedavi seçme hakları çiğnenmiş olacaktır (Aydın, 2003: 40).

2.4.4. Emir Verme ve Bağırma

Başarılı bir sağlık iletişimi iletişimin taraflarının tam katılımıyla mümkündür. Hekim hasta iletişimde ise hekimlerin hastalara oranla daha baskın olmaları söz konusudur. Kendisini hastadan daha üstün, daha donanımlı ve hastanın yöneticisi gibi gören hekimlerin hastaya karşı hitapları emir verici ve azarlayıcı tarzda olabilmektedir. Bu tarz bir hitap sağlık profesyonelleri ile hasta arasında ki iletişime zarar verebilmektedir (Özer, 2007: 22). Hekimin emir kipi ile konuşması hastanın kaygılanmasına, korkmasına, kendisini iletişime kapatmasına ve memnuniyetsizliğine neden olacaktır. Hekimlerin bilgilerinden ve konumlarından doğan otoritelerini hastaları korkutup, sindirmek için kullanmak yerine hastalara yol gösterici, rehberlik edici şekilde kullanmaları hem başarılı sağlık iletişimi, hem de başarılı teşhis ve tedavi süreçleri için son derece önemlidir.

2.4.5. İkna ve İnandırma

Günlük hayatımızın her alanında bilinçli veya bilinçsiz olarak etkisi altında bulunduğumuz ikna tekniklerinin sağlık iletişimde kullanılması kaçınılmazdır. Hekimler hastaları uygulayacakları tedavi konusunda ikna etmeli ve buna ihtiyaçları olduğuna inandırmalıdır. Menfaat ikna edilmenin temelini oluşturur. Bireyler bir şeyin menfaatlerine olduğuna inanırlarsa ya da bu durumdan bir şekilde etkileneceklerini düşünürlerse ikna olacaklardır (Uludağ, 2011: 79). Sağlık iletişimde hekimler hastalarını sunacakları hizmetin gerekliliğine inandıramazlarsa hasta bu hizmeti almaktan kaçınacaktır, ya da dikkatini vermeden önerilen uygulamaları yerine getirecektir. Bu durumda başarısız teşhis ve tedavi kaçınılmaz olacaktır. Ayrıca hastasını ikna edemeyen hekime hasta güven duymayacaktır. Sağlık iletişiminin başarısının temelinde güven unsuru bulunmaktadır. Hekime hastanın güven duymaması hekim hasta iletişimini başarısızlığa sürükleyecektir.

2.4.6. Önyargı

Hekim hasta iletişimde ön yargı önemli bir sorunu temsil etmektedir. Hekimlerin hastalara, hastanın da hekimlere karşı bir takım önyargılar taşımaları kurulacak sağlık iletişimde kopukluğa ve başarısızlığa neden olabilmektedir. Yabancı bir hekimle karşılaşmanın hastaları suskunluğa iten bir yönü vardır, ayrıca sağlıkları ile ilgili kötü

şeyler duyma düşüncesi ve hekimin kendisine nasıl davranacağı düşüncesi hastalarda kaygı ve stres oluşturmaktadır (Gordon ve Edwards, 1997: 60). Örneğin daha önce gittiği hekimlerden iyi muamele görmemiş hastada hekimlere karşı oluşan ön yargılar; hastanın bütün hekimlerin aynı olduğunu düşünerek muayeneye gitmemesine veya hekiminden çekinmesine, hekimin kendisine kızmasından korkarak derdini doğru düzgün anlatamamasına ve azarlanmadan odadan çıkmak için hekime sorması gereken soruları sormamasına, hekiminin önerdiği her şeyi sorgulamaksızın kabul etmesine neden olacaktır. Hastanın rahatsızlığını tam olarak aktarmaması yanlış veya eksik teşhise, hekime soru sormaya çekinmesi tedaviyi tam anlamamasına ve yanlış uygulamasına neden olacaktır (Desmond ve Copeland; 2010: 2; Street, 2003: 74). Ve yanlış uygulanan tedavi başarısız olacaktır. Hekimlerinde hastalara karşı ön yargılar taşınması hekimin hastasıyla yeterince ilgilenmemesine, hastasını ciddiye almamasına, hastasına yeterli vakit ayırmamasına, hastasıyla iletişim kurarken özenli davranmamasına ve hastasını küçük görmesine neden olabilmektedir. Bu durumda hasta memnuniyetsizlik duyacaktır, teşhis ve tedavi süreçlerinde yeterli verim sağlanamayacaktır.

2.4.7. Hekim-Hasta İlişkisi Problemlerine İlişkin Çözüm Yolları

Hekim hasta iletişiminin öneminden daha önceki bölümlerde bahsedilmiştir. Etkili bir hekim hasta iletişiminin hastanın memnuniyetinden ve güveninden, uygulanacak tedavinin başarısına ve hatta dolaylı olarak ülke ekonomisine pozitif katkıda bulunmaya kadar uzanan çok çeşitli etkilerinin ve katkılarının olabileceği de daha önceki bölümlerde ifade edilmiştir. Hekimlerin etkili iletişimin unsurlarını bilmeleri ve hasta ile kurdukları sağlık iletişiminde bu unsurları göz önünde bulundurmaları sağlıklı bir hasta hekim iletişimi için ön şarttır. Wolff ve diğerleri (1983) etkili iletişim için bir takım öneriler sunmuşlardır;

1. Klişeleşmiş sözcükler kullanmamak,
2. Dikkat dağıtmaktan kaçınmak,
3. Elverişli bir ortam sağlamak,
4. Dinlemek için psikolojik olarak hazır olmak
5. Konuşmacının mesajlarının altında yatanları anlamak için çözümleyici, analitik bir düşünce tarzına sahip olmak,

6. Mesajlarını destekleyici delillerle birlikte tanımlamak,
7. Belli görüşler üzerine odaklanmamak, farklı görüşlere açık olmak,
8. Mesajın tamamını duymadan olumlu veya olumsuz bir kanıya varmamak,
9. Konuşmacı konuşmasını bitirmeden yeni sorular sormamak,
10. Objektif olmak.

Etkili iletişim konusunda donanımlı sağlık profesyonelleri kazanmak için bu konuda eğitim ve seminerler düzenlenmeli, sağlık profesyonelleri ve özellikle hekimler etkili iletişim tekniklerini kullanmaya özendirilmelidir. İletişim konusunda donanımlı sağlık profesyonelleri sağlandıktan sonra ise hasta hekim iletişimini olumsuz etkileyebilecek hekim kaynaklı, hasta kaynaklı ve sistem kaynaklı problemlerin tespiti, etkili sağlık iletişimi için önemli bir diğer adım olacaktır.

Hekimlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin psikolojik olarak güçlendirilmesi, motivasyonlarının artırılması, hasta ile sağlık profesyonellerinin arasında empati kurulması, hastalara muayene esnasında yeterli sürenin verilmesi ve kendilerini ifade etme fırsatının tanınması, hastaya hitap ederken ve bilgi verirken uygun üslubun kullanılması, hasta haklarına saygılı bir kurum kültürü oluşturulması gibi çeşitli uygulama ve düzenleme ile sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında olan veya oluşabilecek olan iletişim bozuklukları, yanlış anlamalar ve problemler ortadan kaldırılabılır.

Sağlık profesyonellerinin hasta ile kuracakları iletişimde hasta odaklı iletişimi tercih etmeleri pozitif ve başarılı sağlık iletişimi için önemli bir anahtar olacaktır. Sadece birey olduğu için saygı gören, kendisine konuşma imkânı tanınan, fikirleri alınan, sağlık profesyonellerinin hastanın durumuyla ilgili fikirlerini hasta ile paylaştığı ve karara katılımı sağlanan hasta öncelikle hekime daha sonra diğer sağlık profesyonellerine güven duyacaktır, kendisini önemli hissedecektir ve tedavisi için sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapacaktır. Hasta odaklı iletişimin içerdiği güven, etkin dinleme ve destekleyici iletişim kavramları da hastanın memnuniyetini, tedaviye katılımını ve psikolojik olarak güçlenmesini sağlamakta ve desteklemektedir. Bu nedenle hasta odaklı yaklaşım sağlık iletişimini başarıya taşımada, dolayısıyla etkili ve verimli tedavide önemli bir anahtardır.

BÖLÜM 3. BAĞLILIK

Bu bölümde çalışmanın konularından olan bağlılık kavramına, kuruluşlarda bağlılığın oluşum aşamalarına, bağlılığın nasıl sürdürülebilir hale getirilebileceğine ve bir sağlık kuruluşuna karşı müşterilerde oluşabilecek bağlılık türlerine değinilecektir.

Bağlılık bazı araştırmacılar tarafından, bir hizmet sağlayıcısıyla olan ilişkiyi devam ettirme tutumu olarak tanımlanmaktadır (Czepiel ve Gilmore, 1987: 91). Başka bir araştırmacının tanımı ise belirli bir kategoride ki ürün veya hizmetler içerisinde birinin diğerleri ile karşılaştırıldığı zaman tüketici tarafından daha fazla tercih edilmesi şeklindedir (Neal, 1999: 21). Bu tanımlardan yola çıkarak sağlık kuruluşlarına karşı sağlık müşterilerinin hissettiği bağlılık için; sağlık hizmeti alma ihtiyacı hisseden bireylerin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet ile hizmet sunan kuruluşa ve kuruluştaki hizmet veren sağlık profesyonellerine duyduğu güven neticesinde, gelecekte oluşacak sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için aynı personeli veya kuruluşu tekrar seçme eğilimi şeklinde bir tanım yapmak mümkündür.

Mevcut müşterileri korumak, yeni müşteriler kazanmaktan daha az maliyetlidir (Reichheld ve Sasser, 1990). Bu nedenle son zamanlarda işletmeler ve bilim insanları bağlılık kavramı ve müşteri bağlılığının oluşturulması konusunda çok fazla çaba sarf etmektedirler. Ayrıca, bağlılık kavramı müşteri memnuniyeti kavramı ile iç içe olan kavramlardır. Bireylerde hizmet sunan kuruluş ya da bireye karşı bağlılık gelişmesi için alınan hizmetten memnuniyet duyulması önemli bir etkidir. Oliver (1999: 34-35) bağlılığın gelişiminin hizmet satın alınmasıyla başladığını, alınan hizmetten memnuniyet duyulmasının ikinci aşama olduğunu daha sonra memnuniyete bağlı olarak hizmet sunan bireye veya kuruluşa karşı güvenin gelişeceğini ve bağlılığın oluşacağını ifade etmektedir.

McMullan ve Gilmore (2003: 232-235) bağlılık oluşumunun dört aşamalı bir süreç olduğunu ifade etmektedirler. Bu dört süreci bilişsel (cognitive) süreç, duygusal (affective) süreç, davranışsal (conative) süreç ve aksiyon (action) sürecidir. Bilişsel aşamada birey hizmetlerle ilgili bilgi toplar ve bu süreç sonunda gerçekleştirilen hizmet kalitesi, fiyat ve fayda karşılaştırmaları bireyde fikirler oluşturur. Duygusal aşamada birey beklentileri ile algıladığı hizmet kalitesini karşılaştırır ve hizmetten memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği oluşur. Davranışsal aşamada birey, hizmet sunucusuna karşı

bir tutum geliştirir ve bu tutumunu sürdürme konusunda artık karar vermiştir. Aksiyon aşamasında ise birey hizmeti defalarca kullanır ve güçlü dış etmenler olsa bile alternatif hizmet sunucularına yönelmez.

Keiningham ve diğerleri (2006: 221) müşteri bağlılığının işletmelerde geliştirilmesi ve uygulanması için 7 evre olduğunu ileri sürmektedir (Akt. Erk, 2006: 72):

1. *Müşteriyi elde tutma müşteri seçiminden sonra gelmesi gereken bir konudur:* Müşteriler kuruma mali olarak pozitif etkide buldukları gibi negatif etkide de bulunabilirler. Bu nedenle müşteriyi elde tutma, müşteri seçiminden sonraki ilk aşama olmalıdır. Müşteri bağlılığı kazanmadan önce müşterilerin değerlerinin hesaplanması son derece önemlidir. Bu hesaplamalardan sonra elde tutulmak istenen müşteriler belirlenir ve bu müşterilerde bağlılık oluşturmak için çaba gösterilir.

2. *Müşteri bağlılığı artırılması, çoğu şirket yönetiminin ayırabileceğinden daha fazla zaman, planlama ve sabır gerektirir:* Çok az sayıda kuruluş bağlılık oluşturmak için seçilecek uygun müşteriyi tespit etmede kullanılacak bilgiye sahiptir. Bu kısıtlar karşısında bağlılığın ulaşılabilir bir hedef olması kuruluş yöneticilerinin kullanılacak kaynaklar konusunda geniş bilgi sahibi olması için ve sonuçlarını görmek için uzun vadeli bir bekleyiş gereklidir.

3. *Müşterinin bütçesine odaklanılmalı, harcama payı düşük olan müşteriler gözden çıkarılmamalı:* Günümüzde bireyler tek bir kuruluş ile yetinmemektedirler. Müşteri puanlama süreçlerinde sadece yakın geçmişteki harcamalara odaklanmak dar bir görüş açısı oluşturmaktadır.

4. *Bağlılık karşılıklı yarar sağlayacak etkileşimler gerektirir; oysa bağlılık programlarının çoğu, şirketin yararını gözetecek şekilde hazırlanmaktadır:* Bağlılık geliştirme programları sadece işletmeye fayda sağlayacak şekilde sunulmamalıdır; müşteri içinde bir takım yararlar gözetmelidir. Doğru bir bağlılık geliştirme programı geliştirebilmek için bağlılığı kazanılmak istenilen müşteriler için de neyin önemli olduğu araştırılmalıdır.

5. *Bağlılık ile kârlılık arasındaki neden-sonuç zinciri karmaşıktır:* Yöneticilerin büyük bir kısmı bağlılık ile kârlılık arasında var olan ilişki konusunda tecrübesizdir. Müşteri bağlılığının artırılmasının sonuçları tam olarak kestirilemez ve değişiklikler kısa vadede

fark edilemez. Bu yüzden müşteriler ile sektörün kendisine has tepki şekillerini bilmek gerekmektedir.

6. *Bağlı ve tatmin düzeyi yüksek çalışanlar bir fark yaratabilir, ancak müşteri sadakati buna bağlı değildir:* Çalışanların müşteri bağlılığı programlarına katkılarının son derece önemli olmasına karşın, çalışanların bağlılıkları, iş tatmin düzeyleri ve moralleri bu konuda belirleyici unsur değildir. Yapılmış çalışmalar çalışanların bağlılıkları ile müşterilerin bağlılıkları arasında herhangi bir bağ ortaya koyamamıştır. Önemli olan çalışanların görevlerini ne kadar iyi yapabildiği ve bu konuda ne kadar donanımlı olduğudur.

7. *Müşteri Bağlılığı ve marka imajı birbirinden bağımsız kavramlar değildir, bunların ikisini bir arada yönetmeniz gerekir;* Birçok kuruluş pazara marka merkezli bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Bu yaklaşım günümüzde sorgulanmaya başlanmıştır, çünkü müşteri tatmini ve müşteri odaklılık kavramları ön plana çıkmaya başlamıştır.

Müşteri bağlılığın gelişmesi için bir takım nedenlere ihtiyaç vardır. McGoldrick ve Andre, (1997: 75), bu nedenleri şu şekilde sıralamaktadır;

Üşengeçlik: Ana hedefi para tasarrufu olmayan bireyler birden fazla hizmet sunucusunu gezmek yerine belirli bir yerden hizmet almayı tercih edebilirler.

Alışkanlık: Düzenli olarak aynı hizmet sunucusundan hizmet alan bireyler bu alışkanlıklarını değiştirmekten hoşlanmazlar.

Kolaylık: Bireyler uzaklık, fiziksel imkânlar, park yeri, açılış kapanış saati, tatil günleri gibi çeşitli imkânalar nedeniyle belirli bir hizmet sunucusu seçiminde bulunabilirler.

Zaman Tasarrufu: Yoğun iş temposu ve sosyal yaşama sahip olan bireyler kısıtlı zamanları nedeniyle belirli hizmet sunucusunu tercih edebilirler.

Tam anlamıyla mutluluk: Bireyler sürekli hizmet aldıkları hizmet sunucusundan tamamen memnun ise oradan hizmet almaya devam edecektir.

Peltier ve diğerlerine (1999: 7) göre, sağlık kuruluşlarında hasta bağlılığı gelişimi, üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama, bireylerin önceden aldıkları bir sağlık hizmeti için aynı sağlık kuruluşuna tekrar başvurma aşamasıdır. Hastanın aldığı hizmetten

memnuniyeti ve algılanan hizmet kalitesi, hastanın aynı kuruluşu tercih etmesini sağlamaktadır. İkinci aşama, aynı sağlık kuruluşunun farklı bir hastalık halinde tercih edilmesidir. Bu aşamada bireyin hizmet sunan çalışana değil hizmet sunan kuruluşa bağlılık duyduğunun anlaşıldığı aşamadır. Son aşama ise, hastanın hizmet aldığı kurumu başka bireylere önermesidir. Bu aşama bağlılığın oluştuğunun ve güçlendiğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Sağlık kuruluşlarında müşteri bağlılığı; hekim bağlılığı (kişisel bağlılık) ve hastane bağlılığı olarak incelenebilir (Yurdakul, 2007: 10). Hekim bağlılığı hastanın hizmet sunan hekimden memnun olması ve aynı uzmanlık dalı ile ilgili hastalık şikâyetleri oluştuğu zaman aynı hekimi tercih etmeleridir. Bu tür bağlılıkta en önemli unsur hekime duyulan güven ve hekimden memnun oluşturmaktır. Hekimin hizmet verdiği sağlık kuruluşu ile ilgili etmenler ikinci plandadır ve hastanın tercihlerini çok fazla etkilememektedir. Hastane bağlılığı ise sağlık müşterisi olan hastaların hizmet sunan bireylerden ziyade, hizmet sunan kuruluşa bağlılık duymaları anlamına gelmektedir. Bu bağlılıkta hizmet sunan bireylerin değişmesi hastanın kuruluş tercihini değiştirmeyecektir. Hasta kuruluşun sahip olduğu imkânlar ve hizmeti sunum şekliyle duyduğu memnuniyet nedeniyle hastaneyi tercih etmeye devam edecektir.

3.1. Hekim Bağlılığı

Sağlık kuruluşlarında, kaliteli hizmet sunarak hastanın başka doktora gitmesinin önüne geçilmesi konusunda artan bir farkındalık vardır (Suki, 2011: 1207). Mevcut müşterilerin başka kuruluşlara ve doktora gitmemesi için aldığı hizmete ilişkin bağlılık hissetmesi gerekmektedir. Sağlık müşterileri olan hastalarda oluşabilecek bağlılık türlerinden ilki hekim bağlılığıdır. Literatüre göre, hastanın hekimine bağlılık duyması için üç anahtar kavram gerekmektedir. Bunlar kararlılık, memnuniyet ve güvendir (Torres, Vasquez-Parraga ve Barra, 2009: 185). Hastalar daha önce hizmet aldıkları hekimlerden memnuniyet duymaları halinde hekimlerine güven duyarlar. Hekimine güven duyan bireyin daha sonraki benzer hizmet ihtiyaçlarında aynı hekimi tekrar seçme eğiliminde olması ise kuvvetle muhtemeldir. Bağlılık hisseden hastanın hekimlerini tekrar seçme konusundaki kararlılıkları sayesinde ise sağlık kuruluşları, gelirlerini ciddi bir şekilde artırabilirler (Montaglione, 1999: 5).

Hastanın hekime bağılılığı hizmet aldığı hekime duyduğu güven ile oluşmaktadır. Hastanın hekime güven duyması ise aldığı hizmetten memnuniyet duyması ile mümkün olmaktadır. Aldığı hizmetten memnun olan hasta hekimine güven duyacaktır ve hastanın duyduğu bu güven ve memnuniyet, bireyin hizmet aldığı hekime bağılılık hissetmesini sağlayacaktır. Ayrıca hekimin itibarı ile hastanın memnuniyeti ve hekimine güven duyması arasında da ilişki vardır (Suki; 2011: 1209).

Hekim bağılılığı sağlık kuruluşlarının dikkatle üzerine eğilmeleri gereken önemli bir husustur. Varlıklarını sürdürmek isteyen sağlık kuruluşları müşterileri olan hastaların aldıkları hizmetlerden memnuniyet duymalarını sağlamak zorundadırlar. Hastaların hekimlerine bağılılık hissetmeleri ise olumlu sonuçlar doğurabileceği gibi, olumsuz sonuçlara da yol açabilmektedir. Hekiminden memnun olan hastanın ileride ihtiyaç halinde aynı hekimi tekrar seçmesi kuruluş için önemlidir. Ancak olası bir anlaşmazlık durumunda kuruluştan ayrılıp başka kuruluşa geçen hekime bağılılık hisseden hastaların elden kaçırılacağını da unutmamak gerekmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşları sadece müşteri memnuniyetine ve müşteri bağılılığına odaklanmamalı, aynı zamanda çalışan memnuniyeti, iş doyumunu ve personel bağılılığına da gereken önemi vermelidirler. İşinde mutsuz olan, iş doyumunu düşük olan ve bağılılığı düşük olan çalışanların kuruluştan ayrılmak istemeleri ve yeni iş fırsatları aramaları son derece olağandır (Gül, Oktay ve Gökçe, 2008: 1; Arı, Bal ve Bal, 2010: 143). Burn ve Wholey, (1992: 5) çalışmalarında hekimlerin memnuniyetlerinin kuruluşa bağılılıklarını artırdığını, işten ayrılma niyetine ise negatif etkide bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Zaim ve Tarım'a (2010: 20) göre ise sağlık müşterisinin memnuniyeti ancak memnun edilmiş sağlık profesyonelleri ile mümkündür. Bu nedenle doktorların hasta yüklerinin makul bir seviyeye getirilmesi, çalışma koşullarının ve ortamlarının iyileştirilmesi ve onlara kendilerini geliştirme fırsat ve imkânlarının verilmesi büyük önem arz etmektedir.

Sağlık müşterilerinin aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyeti, hekime duyduğu güveni ve hekime bağılılık duymasını geliştirir. Sağlık kuruluşları karlılık ve devamlılık açısından memnuniyet, güven ve bağılılık üçlüsünü geliştirmek durumundadır. Ancak bu üçlüyü geliştirirken bireylerin kuruluşa bağılılığını da göz ardı etmemeleri gerekmektedir. Çünkü bireylerin hekime bağılılıkları kurumun geleceğini garanti altına aldığını işaret etmemektedir. Sağlık kuruluşlarının hastaların bağılılık hissettikleri

hekimlerin bağılıklarını sağlamaları gerekmektedir. Bunu sağlayamadıkları durumlarda, hekimin kuruluştan olası bir ayrılığı, hekime bağılılık hisseden hastaların da ayrılığı anlamına gelecektir. Bir diğere seçenek ise hastanın hekime bağılığından faydalanarak hastaneye bağılığıını geliştirmektir. Bu seçenek sağık kuruluşlarının uzun vadede geleceklerini garanti altına almaları yolunda büyük bir adım olacaktır.

3.2. Hastane Bağılığı

Sağık müşterilerinde oluşabilecek bağılılık türlerinden ikincisi hastane bağılığıdır. Hastane bağılığı hastanın hizmet aldığı kuruma duyduğı bağılılıktır. Hekimlerin sağık kuruluşu seğıiminde önemli bir rol oynamasına rağımen hastanın sağık kuruluşu seğıiminde diğere faktörleri de göz önünde bulundurmaktadırlar (Boscarino ve Steiber, 1982: 21-22). Kuruluşlar yüksek bağılılık için müşterilerine yüksek değıerler üretmelidirler. Bu yüksek değıerler müşterinin beklentisinin karşılanması, uygun fiyata kaliteli hizmet alması, fiyat fayda karşılaştırmasında olumlu düşünceler taşımasının sağılanması gibi çeşitli faktörler olabilir.

Sağık kuruluşunu seğıerken bireylerin göz önünde bulundurduğı faktörleri Ulusal Araştırma Kurumu (The National Research Corporation) önem sırasına göre şu şekilde sıralamaktadır (Akt. Lane ve Lindquist, 1988: 7):

1. Tıbbi personel kalitesi
2. Acil servis hizmet kalitesi
3. Hemşirelik hizmetleri kalitesi
4. Hizmet çeşitliliğı (Farklı birimlerin bir arada bulunması gibi)
5. Hekim tavsiyesi
6. Ekipmanların modernliğı
7. Çalışanların nezaketi
8. Çevresel ve fiziksel koşulların iyi oluşu
9. Sağık kuruluşundan daha önce hizmet almış olma
10. Hizmetlerin fiyatları
11. Aile tavsiyesi
12. Eve yakınlık
13. Özel oda tercih edebilme imkânı
14. Arkadaş önerisi.

Bu faktörlere paralel olarak Oermann ve Templin (2000: 171) çalışmalarında bireylerin sağlık planları ile ilgili seçim yaparken hekimlerine, ailelerine veya arkadaşlarına danışıp onların verdikleri kalite bilgilerine güvendiklerini ifade etmişlerdir. Bir sağlık müşterisinin bir sağlık kuruluşunu ilk seçimi, eş dost tavsiyesi, ulaşımının kolaylığı, sağlık kuruluşunun eve veya iş yerine yakınlığı veya başka herhangi bir sebep olabilir. Bireylerin ilk kuruluş seçimleri tesadüfî veya tavsiye üzerine olduğundan dolayı sağlık kuruluşlarının bireylerin ilk seçim kararlarına etkide bulunmaları oldukça güçtür. Ancak kuruluşu daha önce seçmiş olan bir müşterinin aynı hizmet için veya farklı bir hizmet için kuruluşu tekrar seçmesi aldığı hizmetten memnuniyete bağlıdır ve sağlık müşterisinin ikinci seçiminde seçilen kuruluş olmak sağlık kuruluşlarının elindedir. Heskett, Sasser ve Schlesinger (1997: 33) hizmet sektörü kuruluşlarında memnuniyet ile bağlılık arasında güçlü bir ilişki olduğunu ifade etmektedirler. Bu ilişki müşterinin memnuniyeti ne kadar güçlü olursa o kadar güçlü olmaktadır.

Sağlık kuruluşlarının, hasta bağlılığını etkin uygulamalarının yanı sıra personel bağlılığını da önem vermeleri gerekmektedir. Çünkü hastanın kuruluşu, kuruluşa bağlılık hissettikleri için mi yoksa çalışanların hizmet sunumundan duydukları memnuniyet ile çalışanlara bağlılık hissettikleri için mi tercih ettiklerini bilmek zordur. Eğer bireyler kuruluşu çalışanlara duydukları bağlılıktan dolayı tercih ediyorlarsa çalışanın kuruluştan ayrılıp başka kuruluşa geçmesi ile hastada kuruluştan ayrılacaktır. Bu da kuruluşun karlılığını ve devamlılığını olumsuz etkileyecektir. Çünkü yeni müşteriler bulmanın maliyeti mevcut müşterileri korumanın maliyetinden çok daha yüksektir (Reichheld ve Sasser, 1990).

BÖLÜM 4. HASTA HEKİM İLETİŞİMİ, HEKİME BAĞLILIK VE HASTANEYE BAĞLILIK İLİŞKİSİ

Bu bölümde çalışmanın hasta hekim iletişimi ile hekime bağlılık ve hastane bağlılığı kavramlarının birbirleriyle olan ilişkileri ele alınacaktır.

Yirmi birinci yüzyıl sağlık hizmetleri sunumunda odak nokta sağlık müşterilerinin memnun edilmesi ve güvenliklerinin en üst seviyede sağlanmasıdır (Gül, Bol ve Erbaycu, 2012: 184). Bu durum sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesinin önemini ön plana çıkarmaktadır. Ancak, sağlık hizmeti kullanıcıları hizmet alımları sırasında aldıkları hizmetlerin teknik yönünü değerlendirememektedirler. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında fonksiyonel kalitenin önemi artmaktadır (Zaim ve Tarım, 2010: 6). Teknik kalite, sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini ölçmek için kullanılan klinik çıktılarla ilgilidir (Karafakıoğlu, 1998: 115). Sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalite ise sağlık profesyonellerinin hastalara karşı tutumları, yemeklerin kalitesi, servislerin temizliği, iletişim gibi sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili kalitedir (Anderson, 1995: 33). Görüldüğü üzere fonksiyonel kalite sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin sağlık müşterilerinin kalite algısını doğrudan etkileyebilecek faktörleri içerisinde barındırmaktadır. Fonksiyonel kalitenin bir parçası olan iletişim kavramı ise sadece fonksiyonel kaliteyi değil aynı zamanda teknik kaliteyi de etkileyebilmektedir. Desmond ve Copeland (2010: 2) etkili bir hasta hekim iletişiminin, daha doğru teşhis konulmasını ve klinik çıktıları pozitif yönde etkilediğini ileri sürmektedirler. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümü için teknik kalite ve fonksiyonel kalitenin bir arada ölçülmesinin daha doğru sonuçlar ortaya koyacağı düşünüldüğünde, hasta hekim iletişiminin sağlık hizmeti kalitesine olan etkisi daha iyi kavranmış olacaktır.

Sağlık müşterilerinin gözünde kaliteli hizmet sunan kuruluş olmak zor ve uzun bir süreçten geçmektedir. Çünkü kalite bir veya birkaç çalışan ile değil topyekûn kuruluş olarak ulaşılabilecek bir sonuçtur. Bu nokta da günümüz işletmelerinin yüksek karlılık için sıklıkla başvurdukları toplam kalite yönetimi ön plana çıkmaktadır. Toplam kalite yönetimi bir kuruluşun verdiği hizmetlerin kalitesini sürekli iyileştirilmesini hedefleyen ve bu kalite iyileştirmesini bütün kuruluş çalışanlarının katılımı ile gerçekleştirilmesini içeren bir felsefedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 464). Bu felsefe sürekli iyileştirmeyi müşteriye merkez alarak, tüm çalışanların katılımını üst yönetimin liderliği

ile sağlamayı öngörmektedir. Yani müşterinin memnuniyetinin sağlanması için tüm çalışanların katılımının gerekliliğini ifade etmektedir.

Sağlık hizmetleri çok çeşitli meslek gruplarının bir arada çalıştığı ve bu meslek gruplarının önemli bir kısmının hastalar ile iletişim kurduğu bir sektördür. Bu nedenle tüm çalışanların hastalar ile kurdukları iletişim son derece önemli ve üzerinde durulması gereken bir konudur. Sağlık hizmetlerinin temelinde hekimlerin bulunması ve sağlık hizmeti sunumunun ana aktörünün hekimler olması sebebiyle hastanın memnuniyetini önemli ölçüde etkileyecek iletişimi hekimleri ile kurdukları iletişim oluşturmaktadır. Hasta hekim iletişimi bu nedenle sağlık kuruluşlarının karlılık ve devamlılığında hayati bir rol oynamaktadır.

Müşteri memnuniyeti kavramı karlılık ve devamlılık peşinde olan işletmelerin odak noktasıdır. Müşterilerin memnuniyeti, müşterilerin algıladıkları hizmet kalitesini etkilemektedir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry, (1988: 23) hizmet kalitesini etkileyen müşteri memnuniyeti ile ilgili beş faktör tespit etmişlerdir. Bu faktörler somut varlıklar, güvenilirlik, cevap verme ve muhatabını anlama, empati (nezaket) ve güven faktörleridir. Bu faktörlere sağlık kuruluşları ve sağlık profesyonelleri ne kadar önem verip, özen gösterirse sağlık müşterilerinin memnuniyetleri o ölçüde gelişecektir. Aldıkları hizmetlere ilişkin kalite algıları da bir o kadar artacaktır. Ancak memnuniyet kişisel bir kavram olduğu için bütün müşterilerin aynı anda memnun edilmesi oldukça zordur. Bir müşteriyi memnun eden deneyim bir başkasında tam tersi sonuç verebilir (Wazzan, 2007:45). Ancak her bir bireyle empati kurulması, bireylere nazik davranılması, bireylerle dikkatli ve özenli bir şekilde iletişim kurulması ve bireylere güven aşılması sağlık müşterilerinin memnuniyetlerinin habercisi olacaktır. Daha önce yapılmış çalışmalara göre memnuniyet, hasta bağlılığının önemli bir habercisidir (Garman, Garcia ve Hargreaves; 2004: 75; Gabel, Lucas ve Westbury, 1993: 133; Nelson ve diğerleri, 1992: 11-12).

Güven ise hekimin hastanın yararına hareket edeceğine ve uygun tıbbi bakımı ve tedaviyi sunacağına ilişkin hastanın inancı şeklinde tanımlanmaktadır (Thom ve Campbell, 1997: 169; Anderson ve Dedrick, 1990: 1092). Hasta hekim iletişiminde güven kilit rol oynamaktadır. Hasta hekimine güvendiği oranda kendini hekimine açacak ve teslim edecektir. Hekim ise hastayı memnun ettiği oranda güven

kazanacaktır. Bazı araştırmacılar memnuniyetin güveni ortaya çıkardığını ifade ederken Oliver (1999: 34-35), bazı araştırmacılar da memnuniyetin güvenden kaynaklandığını ifade etmektedirler (Zaim ve Tarım, 2010: 17; Geyskens, Steenkamp ve Kumar, 1999:224). Alan yazını incelemesinden iki kavramın birbirinden etkilendiği anlaşılmaktadır. Ancak hasta hekim iletişimi temelli düşünöldüğünde bir hekimi ilk defa seçen bir hastanın hekime tamamen güven duyması mümkün değildir. Bu nedenle öncelikle aldığı hizmetten memnun kalması gerekmektedir. Aldığı hizmetten memnun kalan bireyde daha sonra ki hizmet alımlarında memnun kalacağına ilişkin düşünceler oluşur ve bu düşünceler güvene dönüşür. Bu güven duygusu ise zaman ile bağlılığa dönüşür. Morgan ve Hunt (1994: 24) organizasyonlarda güven ve bağlılık arasında ki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında güvenin yüksek derecede bağlılık sağladığını ortaya koymuşlardır.

Sağlık müşterileri olan hastalarda hizmet sunan kuruluşa ve özellikle hizmet sunan sağlık profesyonellerine karşı güven inşa edilmesi, bireylerin katılımını pozitif etkilemektedir (Cater ve Cater, 2010: 1321). Katılım ise bağlılık ile doğrudan bağlantılıdır (Dimitriades, 2006: 782, Suki, 2011: 1209). Hastanın sağlık hizmeti alımlarında tedavi süreçlerine katılmak için ihtiyaç duydukları güveni sağlık profesyonelleri ile hastaların kurdukları iletişim ve başarılı klinik sonuçlar sağlamaktadır. Sağlık profesyonellerinin hastalara yaklaşımı, onlarla açık ve anlaşılır bir şekilde konuşmaları, sorularına cevap vermeleri ve fikirlerini ifade etmelerine müsaade etmeleri hastanın sağlık hizmetine ilişkin endişelerini ortadan kaldırmakta, kendilerini ifade etmeleri konusunda cesaretlendirmekte, karara ve tedaviye katılımlarını artırmakta ve başarılı klinik sonuçlar meydana getirip, hastanın memnuniyetini sağlamaktadır (Henrdon ve Pollick; 2002: 309, Chen ve diğerleri, 2007: 339). Daha önce yapılmış bir çalışmanın sonuçları, sağlık hizmeti alan bireylerin büyük bir oranının aldıkları hizmetten sağlık profesyonelleri iletişimlerinin yetersizliği sebebiyle memnun olmadıklarını göstermektedir (Ataç, 2009: 89). Hekimin sağlık bilgisini hastaya iletememesi (hekimlerin hastaların istediği kadar tıbbi bilgi vermemesi, soruları cevaplamaya yeterli zaman ayırmaması ya da sorulara anlaşılır cevaplar vermemesi) hekime duyulan güven ve hekimi değiştirmeyi düşünme ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Keating ve diğerleri; 2002: 33-34). Bir hekimin hastaya yararı yalnız bilgisi ile değil, bu bilgisini hastaya aktarmasını sağlayan etkili iletişim ile en üst

seviyeye çıkmaktadır (Asnani, 2009: 358). Hasta hekim arasında etkili bir iletişim kurulamaması hekimin hastaya yeterince fayda sağlayamamasına ve hastanın memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Araştırmalar, memnun hastaların bağlılık gösterdiğini ve memnun oldukları hizmet ve ürünlere ödeme yapmaya daha çok meyilli olduklarını göstermektedir (Anderson, Fornell ve Mazvancheryls, 2004: 172; Homburg, Koschate ve Hoyer, 2005: 84).

Hasta hekim iletişimi, diğer müşteri hizmet sunucusu iletişimlerinden daha detaylı ve daha zor bir iletişim türüdür. Hastalık hali bireylerin bedensel veya zihinsel olarak sağlıklarını kaybetmeleri durumudur. Böyle bir durumda hastanın sağlıklı algılaması, sağlıklı düşünmesi ve sağlıklı iletişim kurması güçleşmektedir. Çünkü birey bir rahatsızlıktan dolayı ıstırap çekmektedir. Ayrıca yaşadığı normal dışı duruma ilişkin endişe ve panik hali içerisinde olması da son derece normaldir. Böyle bir durum içerisinde olan bireyle sağlık profesyonellerinin kuracağı etkili iletişim, hastanın rahatsızlığını ifade etmesine ve tedavinin etkililiğine doğrudan etkide bulunacaktır. Ayrıca hekimin hasta ile konuşarak, onu sürekli bilgilendirmesi, bireyin yaşadığı endişe ve panik halini de ortadan kaldıracaktır. Bunun sonucunda da birey rahatlayacak ve tedaviye odaklanacaktır. Tedavinin olumlu sonuçlanması ile birlikte hasta aldığı hizmetten memnuniyet duyacak ve aldığı hizmeti sunan sağlık profesyonellerine ve bu sağlık profesyonellerinin başında olan hekime güven duyacaktır. Bu güven duygusu hastada hizmet sunan hekime karşı bağlılık olarak gelişecektir. Özetle hekim hasta iletişiminin etkililiği, hastanın tedaviye ve karara katılımını, tedavinin etkililiğini, hastanın memnuniyetini, hizmet sunucusuna güvenini ve sonuç olarak bağlılığını geliştirmektedir.

Hasta hekim iletişiminin hekime bağlılık dışında bir diğer sonucu da hastanın sağlık kuruluşuna bağlılığının gelişmesidir. Bireyler sağlık hizmeti alacakları kuruluşları seçerken birçok faktörü göz önünde bulundurlar. Bu faktörlerden bazıları eve yakınlık, muayene olunan hekimin tavsiyesi, kuruluşta çalışan personeli tanıma ve onlardan duyulan memnuniyet, kuruluşun sahip olduğu iyi imkânlardır (Boscarino ve Steiber, 1982: 23-25). Bu faktörlerden bir kısmı maddiyat ile elde edilebilir. Ancak çalışan personelden memnuniyet ve tavsiye edilme gibi faktörler maddi olarak elde edilemeyen, kazanılması uzun süreçler alan faktörlerdir. Bireyler bir hizmet ya da ürün

satın alırken öncelikle aldıkları hizmet ya da ürünün ihtiyaçlarını ne ölçüde karşılayacağını dikkate alırlar. Daha sonra aynı hizmeti ya da ürünü tekrar almaları ise satın alma sürecindeki beklentileriyle süreç sonucundaki çıktıkların farkının olumlu olması ve memnuniyet duyulması ile mümkündür. Yani bireylerin beklentilerinin karşılanması gerekmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde biraz daha karmaşık bir hal almaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşları bireyler tarafından tercih edilen, önerilen ve tekrar seçilebilen kuruluş olabilmek için sundukları hizmetin kaliteli olarak addedilmesini sağlamalıdır. Ancak bu sayede hastanın memnuniyeti sağlanabilir. Daha önce hizmet alındığında memnun kalınan bir hizmetin sunucusunun tekrar tercih edilme ihtimali çok yüksektir. Bu nedenle sağlık kuruluşları sundukları hizmetler ile hastaları memnun ederek tercih edilirlüklerini artırmayı hedeflemektedirler (Özkoç, 2013: 267). Aldığı hizmetten memnuniyet duyan ve hizmet sunan personele güveni gelişen bireyin, başka bir hastalık halinde başka bir alanda uzman doktoru yine aynı kuruluştan seçmesi bireyin sağlık kuruluşuna bağlılığını göstermektedir.

Sağlık müşterilerinin sağlık kuruluşuna bağlılığını etkileyen bir diğer unsur ise hekimlerine olan bağlılıklarıdır. Bireylerde kuruluş bağlılığı yerine kişi bağlılığı gelişmesi ihtimal dâhilindedir. Yani bireyler hizmet almak istedikleri hekimin hizmet sunduğu kuruluşun faaliyetlerinden, diğer çalışanlarından, hizmet fiyatlarından, fiziksel ortamından, sahip olduğu teçhizattan, uyguladığı prosedürlerden memnun olmayabilir. Ancak o kuruluş çatısı altında hizmet sunana bir hekimden duydukları memnuniyet ve yine o hekime duydukları bağlılık nedeniyle o kuruluşu tercih etmek durumunda olabilirler. Bu tercih edilebilirlik kuruluş açısından olumlu olarak görülse de, tercih edilme sebebi olan hekimin kuruluştan ayrılması ile birlikte hastanın da bir daha kuruluşu tercih etmeyecek olması, uzun dönemde kuruluşlara ciddi zararlar verebilir. Hizmet işletmelerinde müşteri bağlılığının oluşturan en önemli etmen kuruluştan hizmet sunan çalışanlardır (Villas-Boas, 2004: 136).

Hasta hekim iletişimi, hastanın sağlık hizmeti alırken diğer sağlık profesyonelleriyle kurdukları iletişime oranla hastanın memnuniyetini, güvenini, tedaviye katılımını, tedavi sürecinin etkinliğini, başarılı tedavi sonuçlarını ve hasta bağlılığını daha çok etkilemektedir (Kindler ve diğerleri, 2005: 53; Little ve diğerleri, 2001: 909). Hekim ile hasta arasında olumlu bir iletişim kanalının açılabilmesi, hastanın sağlık hizmetlerinden

daha fazla yararlanabilmesi ve daha çok fayda elde etmesini sağlamaktadır. Hastalar memnun oldukları hekimleri tekrar seçerken dolayısıyla hekimin hizmet sunduğu kuruluğu seçmektedirler. Hastane bağlılığının bir diğer boyutu ise, hastanın bir sefer hizmet aldığı hekimden memnuniyetinin yanında sağlık kuruluşunda hizmet alırken geçirdiği süreçlerden, sağlık kuruluşunun sahip olduğu fiziksel ve teknik imkânlardan, diğer sağlık profesyonellerinden, aldığı hizmetin fiyatından veya başka herhangi bir şeyden duyduğu memnuniyet nedeniyle, başka bir hizmet alımı içinde aynı sağlık kuruluşuna başvurmasıdır. Böylece hastada salt hekime bağlılık değil, kuruluğu bağlılıkta gelişmiş olacaktır ve bu bağlılık sağlık kuruluşları açısından karlılık ve devamlılık sağlanması için elde edilmesi gereken bağlılıktır.

BÖLÜM 5: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma yöntemine ilişkin bilgiler, evren ve örneklem, veri toplama aracı, veri toplama süreci, ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, araştırma kısıtları, araştırma modeli ve hipotezlerine yer verilmektedir.

5.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Sakarya İl merkezini oluşturan üç ilçe (Adapazarı, Erenler ve Serdivan) oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde bu üç ilçenin toplam nüfusu 471.470 olup; ilçe nüfusları dikkate alınarak, örneklem seçiminde olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı rast gele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanmıştır (Karagöz, 2014: 152; Bal, 2001: 113-114; Güredin, 1987: 368-370).

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmeme sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}$$

$$n = \frac{471470 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(471470 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{452799,788}{1179,6329} = 383,848 \cong 384$$

Formüle göre %95 güven aralığında evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü 384'dür. Çalışmada ilçe nüfusları kullanılarak tabaka ağırlıkları belirlenmek suretiyle her ilçede yapılması gereken asgari anket sayıları belirlenmiştir. Tablo 2'de çalışma yapılan ilçelerin her birinde yapılması gereken anket sayıları ve yapılan anketlerin dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, her ilçe için gerekli minimum anket sayısını karşılamak koşuluyla toplam 495 katılımcıdan kullanılabilir veri elde edilmiştir. Kullanılamaz durumda olan ya da eksik doldurulan 18 anket çalışmada kullanılmamıştır.

Tablo 2
Anket Sayısının Çalışma Yapılan Hastanelere Göre Dağılımı

İlçeler	İlçe Nüfusu	Sakarya Nüfusuna Oranı	Yapılması Gereken Asgari Anket Sayısı	Yapılan Anket Sayısı
Adapazarı	269.079	57,072	219	282
Erenler	81.660	17,320	67	86
Serdivan	120.731	25,607	98	127
Toplam	471470	100	384	495

5.2. Veri Toplama Aracı

Çalışmada üç farklı ölçekten yararlanılmış olup (Ek-1); çalışmayla ilgili alan araştırması yapılmadan önce Sakarya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna dair rapor alınmıştır. (Ek-2).

Hastane Bağlılığı Ölçeği: Hastane bağlılığını ölçmek amacıyla Price ve Arnould (1999) tarafından hizmet sektörü için geliştirilen ve Wang, Hsiao ve Huang tarafından sağlık hizmetlerine uyarlanan Hastane Bağlılığı Ölçeği;

Hekim Bağlılığı Ölçeği: Hekim bağlılığını ölçmek için üç farklı ölçek bir araya getirilerek oluşturulan bir ölçek kullanılmıştır. (1) Price ve Arnould (1999) tarafından geliştirilen ve Wang, Huang ve Howng (2011) tarafından sağlık sektörüne uyarlanan hekim bağlılığı ölçeği; (2) Sharma ve Patterson (1999) tarafından geliştirilen ve Wang, Huang ve Howng (2011) tarafından sağlık sektörüne uyarlanan tedavi hizmet kalitesi ölçeği ve (3) Hausman ve Mader (2004) tarafından geliştirilen ve Wang, Huang ve

Howng (2011) tarafından sağlık sekt6rüne adapte edilen kişiler arası hizmet kalitesi 6lçeği kullanılmıştır. Çalışmada 6leklerin tamamı hekim bağlılığı oluşumuyla ilgili olduğundan hekim bağlılığı şeklinde adlandırılmıştır. Hekim ve hastane bağlılığı 6lekleri 5’li Likert yapıda olup; 1 kesinlikle katılmıyorum- 5 kesinlikle katılıyorum şeklinde d6zenlenmiştir.

Hasta Hekim İletifimini 6leği: Hasta- hekim iletişimini ortaya koymak amacıyla Maly ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkinlik (Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions –PEPPI) 6leği kullanılmıştır. Hasta-Hekim Etkileşimlerinde Algılanan Etkinlik 6leği 5’li Likert yapıda olup; 1 Hiçbir zaman- 5 Her zaman arasında 6leklendirilmiştir.

5.3. Veri Toplama S6reci

Çalışma Sakarya il merkezini oluşturan ilçelerde yapılmış olup; çalışmanın alan araştırması 5 Mayıs 2016- 31 Mayıs 2016 tarihleri arasın da gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan 6nce Sakarya 6niversitesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan çalışmanın etik ilkelere uygun olduğuna dair onay alınmıştır. Alan araştırması 6rneklemde belirtilen oranlar dikkate alınarak ilgili ilçelere gidilerek gerçekleştirilmiştir. Bu s6rete toplam 513 anket toplanmıştır. Ancak veri temizleme s6recinde kullanılması uygun bulunmayan 18 anket veri setinden çıkarılmış olup; çalışma 495 anketten elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir.

5.4. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın en 6nemli kısıtı, sadece Sakarya ili merkez ilçesinde bulunan 6 ilçe ile sınırlı olmasıdır. 6nemli diğer bir kısıt ise 6rneklem seçilirken yalnızca ilçe n6fuslarının dikkate alınmasına karşılık, katılımcıların diğer 6zelliklerinin dikkate alınmamasıdır. Ayrıca alışma zaman ve maddi kaynakların sınırlı olması sebebiyle daha geniş bir 6rneklem grubunda yapılamamıştır. Bu haliyle çalışma yalnızca çalışma yapan n6fusa genellenebilir; t6m T6rkiye n6fusuna genellenemez.

5.5. 6leklerin Geçerlilik ve G6venilirlik Analizleri

Bir testin veya 6leğin 6lmek istediği şeyi tutarlı bir şekilde 6lmesi olarak tanımlanabilecek g6venilirlik, bir test ya da 6leğin benzer şartlarda tekrar

uygulandığında benzer sonuçları vermesidir (Coşkun ve diğerleri, 2015:124). Dolayısıyla güvenilirlik ankette yer alan soruların birbirleri ile olan tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne derece yansıttığını göstermektedir (Kalaycı, 2014: 403).

Çalışmada kullanılan ölçeklerin öncelikle güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Araştırmada verilerin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Cronbach Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer almakta ve alınan değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artmaktadır. Buna göre; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir. $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ölçeğin güvenilirliği düşük, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında ölçek oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında ise yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir (Kalaycı, 2014: 405). Bu durumda, çalışmada kullanılan Hastane Bağlılığı Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,872; Hekim Bağlılığı Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,947 ve Hasta Hekim İletişimi Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,882 bulunmuştur. Ölçeğin tamamının Cronbach Alpha değeri 0,933'dür. Bu bulgulara göre ölçek güvenilirlik için gerekli koşullara sahiptir.

Geçerlilik bir test ya da ölçeğin ölçmek istenilen şeyi ölçme derecesidir (Coşkun ve diğerleri, 2015: 123). Ölçeğin geçerliliğini ölçmek amacıyla önce keşfedici daha sonra doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu, 0,931 bulunmuştur. KMO 1'e yaklaştıkça çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü mükemmel ulaşmakta olup, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak kabul edilmektedir (Karagöz, 2014: 651). Bu sonuca göre çalışmanın örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğu söylenebilir.

Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Barlett küresellik testi sonucu anlamlıdır ($p=0,000$). Barlett küresellik testi, korelasyon matrisinde bulunan tüm korelasyonların genel anlamlılık düzeyini göstermektedir. Buna göre bu test ile evrende bulunan değişkenler arasında ilişki olup olmadığı test edilmektedir (Coşkun ve diğerleri, 2015: 267). Çalışmadan elde edilen sonuç, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin keşfedici faktör analizi neticesinde, hasta hekim iletişimi ile hasta-hekim ve hasta-hastane bağlılığını açıklamaya yönelik olarak 3 boyut altında toparlanmıştır.

Bu 3 boyut tarafından açıklanan toplam varyans % 59,034'dür. Bu yönü ile de ölçeğin kullanılabilir olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi sonucuna göre, toplam varyans içinde açıklayıcılığı en yüksek olan boyut "Hekim Bağlılığı" boyutudur. Toplam varyansın % 29,464'ünü açıklayan bu boyutta hastaların hekimlere bağlılığını öngören 13 ifade yer almaktadır. Bu ifadelerden; "Doktorum ihtiyaçlarıma uygun hizmet sunmak için gerekli yeteneğe sahiptir" (0,808), "Doktorum sorunlarıma içten bir şekilde yaklaşmaktadır" (0,792) ile "Doktorumun kararlarına güvenirim" (0,789) ve "Doktorum bana karşı çok özenlidir" (0,789) ifadeleri faktör yükü itibariye bu boyutun dört temel değişkeni olarak görülmektedir. Bununla birlikte bu boyutta en düşük faktör yüklerini taşıyan "Doktorumla aramdaki ilişkiyi sürdürebilme ihtimaline sahip olmak iyidir" (0,685) ve "Hizmet aldığım hastanenin doktorlarından gelecekte de hizmet almaya devam edeceğim" (0,717) de yukarıdaki faktörlere göre çok düşük değerler almamaktadır. Bu anlamda hekim bağlılığını oluşturan ifadeler arasında yüksek korelasyon olduğu söylenebilir.

Ölçeğin ikinci boyutunu Hasta Hekim İletişimi boyutu oluşturmaktadır. Bu boyut, toplam varyansın % 18,441'ini açıklamaktadır. Boyut, hastalar ile hekimler arasındaki iletişimi tahmin etmeye yönelik 10 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri itibariyle "En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim" (0,770), "Görüşmelerimin çoğunluğunu doktorla yaparım" (0,745) ve "Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim. (0,34) ifadelerinin bu boyutun en önemli üç değişkeni olduğu söylenebilir. Buna karşılık, "Doktorun söylediklerini anlamadığım zaman daha fazla bilgi vermesini isterim" (0,585) bu faktöre en az katkı sağlayan ifade olarak görülmektedir.

Ölçeğin son faktörünü toplam varyansın % 11, 129'unu açıklayan Hastane Bağlılığı boyutudur. Hastaların hastane bağlılığını belirlemeye yönelik bu boyut, 4 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta en yüksek faktör yükü "Hastanemle aramdaki ilişkiyi sürdürme konusunda çok kararlıyım" (0,869) ifadesine; en düşük faktör yükü ise "Hizmet aldığım hastaneden gelecekte de hizmet almaya devam edeceğim." (0,778) ifadesine aittir. Boyutlar arasındaki faktör yüklerinde görüldüğü gibi, boyutu oluşturan ifadeler arasında oldukça yüksek bir korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 3
Hasta-Hekim İletişimi, Hastane Bağlılığı ve Hekim Bağlılığı Ölçeklerinin
Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,933		
Bartlett's Test of Sphericity		Approx. Chi-Square	8283,430	
		df	351	
		p	0,000	
Cronbach Alpha	0,933	Açıklanan Toplam Varyans	59,034	
Algı Boyutları		Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	
Hekim Bağlılığı (37,734)			29,464	
Doktorum ihtiyaçlarıma uygun hizmet sunmak için gerekli yeteneğe sahiptir		0,808	0,947	
Doktorum sorunlarıma içten bir şekilde yaklaşmaktadır		0,792		
Doktorumun kararlarına güvenirim		0,789		
Doktorum bana karşı çok özenlidir		0,789		
Doktorum bana değerli olduğum izlenimini vermektedir		0,779		
Doktorumun mevcut durumumu ve sağlık sonuçlarımı geliştirmek konusundaki performansı iyidir		0,772		
Doktorum problemlerimin çözümünde samimi bir ilgi göstermektedir		0,763		
Doktorum özel sağlık sorularımı cevaplamak için mükemmel düzeyde bilgi sahibidir		0,762		
Doktorumla aramdaki ilişkiyi sürdürme konusunda çok kararlıyım		0,734		
Doktorumun beni ben olduğum için kabul ettiğini hissedirim		0,729		
Doktorum bana karşı dürüst davranır		0,720		
Hizmet aldığım hastanenin doktorlarından gelecekte de hizmet almaya devam edeceğim		0,717		
Doktorumla aramdaki ilişkiyi sürdürebilme ihtimaline sahip olmak iyidir.		0,685		
Hasta Hekim İletişimi (Özdeğer= 12,604)				18,441
En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim		0,770		0,882
Görüşmelerimin çoğunluğunu doktorla yaparım		0,745		
Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim		0,734		
Doktorumun söylediklerini anlarım		0,694		
Doktora söylemem gereken şeyleri açıkça söylemeye dikkat ederim		0,657		
Doktora hangi soruları soracağımı bilirim		0,655		
En önemli sağlık sorunum hakkında bir şeyler yapabilen bir doktorum var		0,641		
En önemli sağlık sorunumu ciddi bir şekilde ele alan bir doktorum var		0,630		
Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var		0,628		
Doktorun söylediklerini anlamadığım zaman daha fazla bilgi vermesini isterim		0,585		

Tablo 3'ün Devamı

	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Hastane Bağlılığı (Özdeğer=8,696)		11,129	0,872
Hastanemden hizmet almaya devam etme konusunda çok kararlıyım.	0,869		
Hastanemden hizmet almaya devam edebilme ihtimaline sahip olmak iyidir.	0,841		
Başka Hastanelerden hizmet alabilme şansına sahip olmak iyidir. (T)	0,780		
Hizmet aldığım hastaneden gelecekte de hizmet almaya devam edeceğim	0,778		

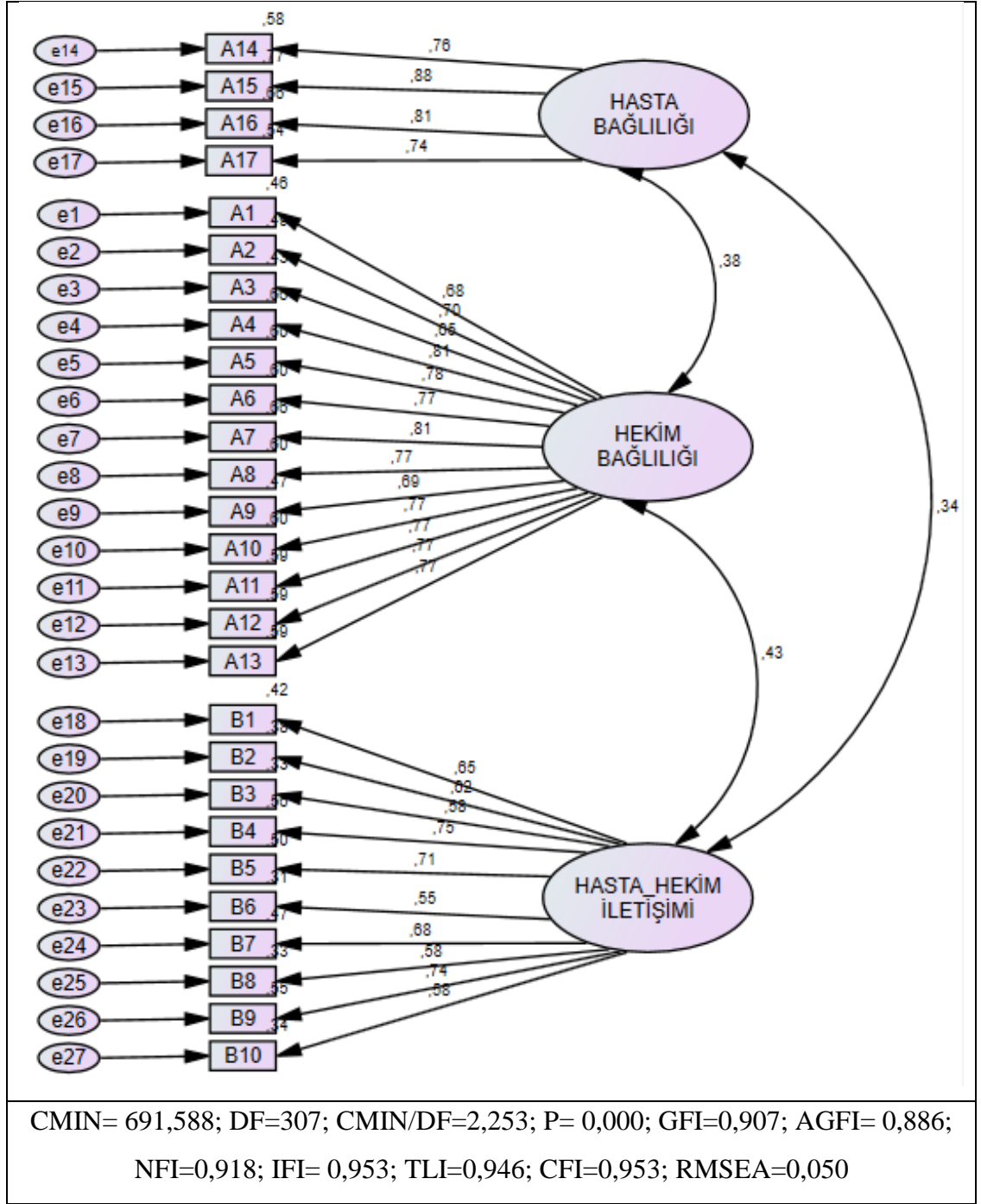
Ölçeğin keşfedici faktör analizi sonucunda kullanılabilirliği belirlendikten sonra, ikinci aşamada doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak uyum iyiliklerinin uygun olup olmadığı test edilmiştir. Tablo 4'de ölçeklerin bazı uyum iyiliklerine ilişkin alt ve üst değerler görülmektedir. Bu değerler dikkate alınarak çalışma için hazırlanan ölçeğin uyum iyiliklerinin uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4
Bazı Uyum İyiliği İndisleri Kabul Aralıkları

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$
RMR	$0 \leq RMR \leq 0,05$	$0,05 < RMR \leq 0,10$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
NNFI	$0,97 \leq NNFI \leq 1$	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$

Kaynak: Tezcan, 2008: 43

Çalışmada keşfedici faktör analizi ardından yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 1'de görülmektedir. Şekil incelendiğinde de görüleceği gibi RMSEA=0,050, NFI=0,918, CFI (Delta 1)=0,953, GFI=0,907, AGFI=0,886, IFI (Delta 2)=0,953, TLI=0,946 bulunmuştur. Bu değerler, verilere ilişkin uyum iyiliklerinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve araştırmada kullanılabileceğini göstermektedir.



Şekil 1: Hasta-Hekim İletişimi, Hastane Bağlılığı ve Hekim Bağlılığı Ölçeklerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

5.6. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Bireylerin sağlık hizmeti alımı esnasında en çok iletişim kurduğu sağlık personeli hekimlerdir. Hastalar sağlıklarına kavuşmak için öncelikle hekime yaşadığı problemi eksiksiz ve rahatça aktarabilmelidir. Bunun içinde hekimle hastanın hasta arasında

kurulacak ilişkinin güven temelinde kurulması son derece önemlidir. Hekiminde hastayla kurduğu iletişim ve hastaya yaklaşımı, tedavinin başarısını etkilemesinin yanında hastanın hekime duyduğu güveni ve aldığı hizmetten memnuniyetini de doğrudan etkilemektedir. Bir hekim ne kadar bilgili olursa olsun, eğer hastasıyla arasında efektif bir iletişim kanalı açamazsa hastasına çok az yararı dokunacaktır (Asnani, 2009: 358). Hekimin hastaya yeterince fayda sağlayamaması hastanın memnuniyetini olumsuz etkileyecektir. Memnuniyetsiz hastanın muayene olmak için tekrar aynı hekime başvurma ihtimali çok azdır. Hastanın, hekim ve sağlık planlarında değişiklik yapması muhtemeldir (Roter ve Hall, 2006: 143). Keating ve diğerleri 2002 (33-34) yılında yaptıkları bir çalışmada hekimin sağlık bilgisini iletilmesiyle ilgili problemlerin (hekimlerin hastaların istediği kadar tıbbi bilgi vermemesi, soruları cevaplamaya yeterli zaman ayırmaması ya da sorulara anlaşılır cevaplar vermemesi) hekime duyulan güven ve hekimi değiştirmeyi düşünme ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur. Bu bilgiler ışığında aşağıda ki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Hasta-hekim iletişimi ile hastanın hekime bağlılığı arasında ilişki vardır.

H₂: Hasta hekim iletişimi hastanın hekime bağlılığını etkiler.

Hastanın hizmet alacağı kurumu seçerken göz önünde bulunduracağı birçok faktör vardır. Boscarino ve Steiber (1982: 23-25) bu faktörleri; eve yakınlık, muayene olunan doktorun tavsiyesi, geçmiş deneyimler, hastane personelini tanıma ve onlardan memnun olma, hastanenin sahip olduğu iyi araç-gereç olarak belirtmiştir. Eve yakınlık veya sahip olunan teçhizatın kalitesi gibi fiziksel faktörlerin dışındaki faktörler geçmiş tecrübeler ve memnuniyete dayalıdır. Daha önce alındığında memnun kalınan bir hizmetin sağlayıcısının, benzer bir hizmete ihtiyaç duyulması halinde tekrar seçilmesi ise son derece olağandır. Bu nedenle hastaneler sundukları hizmetler ile hastaları memnun ederek tercih edilirlüklerini artırmayı hedeflemektedirler (Özkoç; 2013:267).

Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının başarısı açısından son derece önemlidir (Quinn, 2003: 1). Çünkü hasta memnuniyeti ile hasta bağlılığı arasında ilişki vardır (Kessler ve Mylod, 2009: 266). Hastanın aldığı hizmetten memnuniyetini önemli ölçüde etkileyen faktör ise hasta hekim iletişimidir (Williams, Weinman ve Dale, 1998: 480). Hastanın hekim ile düzgün bir iletişim kurabilmesinin ön koşulu ise güvendir. Hasta hekime güvendiği oranda hekimle kurulacak ilişkiye katılacak ve kendisini ifade edecektir. Eğer

hekim hasta ile pozitif bir iletişim kurabilirse hastanın tedaviye katılımı ve hekimle işbirliği yapma eğilimi artacaktır (Tongue, Epps ve Forese, 2005: 657; Little ve diğerleri, 2001: 909). Böylece hasta kendisini değerli hissedecektir ve sonuç olarak aldığı hizmetten memnuniyet duyacaktır. Aldığı hizmetten memnun olan hastanın ise gelecekte kurumu tekrar seçme ihtimali yüksektir (Kessler ve Mylod, 2009: 267). Daha önce yapılmış bir çalışmada Üzümcü (2013: 117) doktor ile hasta ilişkisinin hasta bağlılığında önemli bir etken olduğunu ortaya koymuştur. Bu bilgiler ışığında aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H3: Hasta-hekim iletişimi ile hastanın hastaneye bağlılığı arasında ilişki vardır.

H4: Hasta hekim iletişimi hastanın hastaneye bağlılığını etkiler.

Lee ve Cunningham'a (2001: 115) göre müşteri bağlılığı, bireylerin geçmişteki tecrübeleri ve gelecekteki beklentilerine bağlı olarak hizmet aldıkları kurumu tekrar tercih etme eğilimidir. Hizmet işletmelerinde iki tür müşteri bağlılığı vardır. Bunlardan ilki kişisel bağlılıktır, ikincisi ise kuruluşa bağlılıktır. Kişisel bağlılık; müşterinin çalışan personele olan bağlılığı iken, kurumsal bağlılık hizmeti sunan kuruluşa olan bağlılıktır (Yurdakul, 2007: 10). Villas-Boas'a göre (2004: 136) hizmet işletmelerinde müşteri bağlılığını oluşturan en önemli faktör kurumun personelidir. Hizmet sağlayan personele duyulan bağlılık kuruma bağlılığı sağlar. Hizmet aldığı hekime güven duyan ve memnun olan hastanın kuruma bağlılığı gelişir (Platonova ve diğerleri, 2008: 707; Lawton ve Douglas, 1992: 3). Hekime duyulan bağlılık, hastanın hizmet aldığı hekimin mevcut kurumundan ayrılması durumunda hekimle birlikte kurumdan ayrılmasına ve hekimin yeni kurumuna gitmesine neden olacaktır. Bu yaklaşımlardan hareket edilerek aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H5: Hastanın hekime bağlılığı ile hastanın hastaneye bağlılığı arasında ilişki vardır.

H6: Hastanın hekime bağlılığı hastaneye bağlılığını etkiler.

Sağlık hizmeti sunumunda en çok dikkat edilmesi gereken husus; sağlık hizmeti alanların insan olmasıdır. İnsanlığın doğası sebebiyle her birey birbirinden farklı karakteristik özelliklere sahiptirler. Sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumu esnasında bireylerin sahip oldukları farklılıkları çok derin şekilde göz önünde

bulundurması mümkün değildir. Ancak hizmet alanın yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi gibi kolayca tespit edilebilecek sosyo-demografik özelliklerini göz önünde bulundurması hasta ile kurulacak iletişimin etkililiğini olumlu etkileyecektir. Eğer hekim eğitim düzeyi düşük ve yaşlı bir bireye ‘Buyurun beyefendi şöyle oturun’ diye hitap ederse hasta kendisini gergin hissedecektir, ya da eğitim düzeyi yüksek birine “Amcacım, Abicim” diye hitap ederse hasta bu ne ciddiyetsizlik diyerek duvarlar örecektir (Dinççağ, 1999: 3). Hastanın sosyo-demografik özellikleri iletişim beklentilerinin belirleyicisi olacaktır. Örneğin Turhan (2014: 99-103) yaptığı araştırmada hastanın cinsiyetinin ve yaşının hekime soru sorup sormamasını etkilediğini bulmuştur.

Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum ve meslekleri gibi bazı sosyo-demografik özelliklerinin hasta bağlılığında anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını tespit etmek amacıyla incelenen alan yazınından ulaşılan bulgulara göre, kimi çalışmalarda farklılıklar tespit edilmesine rağmen kimi çalışmalarda farklılığa rastlanılmadığı ifade edilmektedir. Wazzan (2007; 79-90) çalışmasında daha önce yapılmış çalışmalara atıfta bulunarak, bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum ve meslekleri gibi sosyo-demografik özelliklerine göre hasta bağlılığı ve memnuniyetinde farklılık oluştuğunu ifade etmesine karşılık çalışmasında bu sosyo-demografik özelliklere göre hasta bağlılığında ve memnuniyette herhangi bir farklılık tespit edememiştir. Anbori ve diğerleri (2010: 313) ise cinsiyet ile potansiyel hasta bağlılığı arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedirler. Caruana ve Fenech (2005: 251) yaş gruplarından 18-30 ve 61-70 yaşlar arasında bağlılık ve memnuniyet açısından anlamlı farklılık olduğunu; eğitim, medeni durum, yaş ve cinsiyet ile bağlılık ve memnuniyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmektedir. Astuti ve Negase (2014: 192) yaş ve cinsiyet ile memnuniyet ve bağlılıkta anlamlı farklılık olduğunu tespit etmişlerdir. Bu veriler ışığında bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum ve meslekleri gibi bazı sosyo-demografik özelliklerinin hasta bağlılığında anlamlı bir farklılık oluşturabileceği öngörülmektedir.

Wang, Huang ve Howng (2011: 31) Çalışmalarında yaş ve cinsiyete göre hekim bağlılığında farklılık olup olmadığını ölçmüşlerdir ve yaşa göre hekim bağlılığında farklılık bulmuşlardır ancak cinsiyete göre hekim bağlılığında bir farklılık

bulamamışlardır. Başka bir çalışmada yaşlı kadın ve yüksek gelirli hastanın, diğerlerine oranla formal bilgi kaynaklarından ziyade hekimlerini bilgi kaynağı olarak kullanmaya meyilli oldukları ortaya çıkarılmıştır (Harris, 2003: 727). Bu sonuçlar yaşlı ve gelir düzeyleri yüksek kadınların hekimlerine güvendiklerini ve onlara bağlılık duyduklarını göstermektedir. Yine aynı çalışmada Harris (2003: 729) kadın hastaların hekim değiştirmeye erkek hastalara oranla daha az gönüllü olduklarını bulunmuştur. Hibbard ve Weeks (1987: 1029) ise çalışmalarında yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun hekime bağlılık ve hekimden bağımsız karar vermede farklılık oluşturduğunu belirtmişlerdir. Booth ve Babchuk (1972: 97) genç ve orta yaşlı bireylerin rastgele bir hekime muayene olmalarının mümkün olduğunu ancak daha yaşlı bireylerin muayene için belirli hekimleri seçtiklerini ifade etmişlerdir. Yani yaş ile hekim bağlılığı arasında bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Bir başka çalışmada Olsen, Kane ve Kasteler (1976: 85), gelir durumunun doktor tercihiyle alakalı olduğunu bulmuşlardır. Literatür taramasından elde edilen bulgular ışığında bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum ve meslekleri gibi bazı sosyo-demografik özelliklerinin hasta bağlılığında anlamlı bir farklılık oluşturabileceği öngörülmektedir.

Yukarıda verilen açıklamalar doğrultusunda aşağıda ki hipotezler geliştirilmiştir.

H_{7a}: Hastanın sosyo-demografik özellikleri hekim hasta iletişimde farklılık oluşturur.

H_{7b}: Hastanın sosyo-demografik özellikleri hastane bağlılığında farklılık oluşturur.

H_{7c}: Hastanın sosyo-demografik özellikleri hekim bağlılığında farklılık oluşturur.

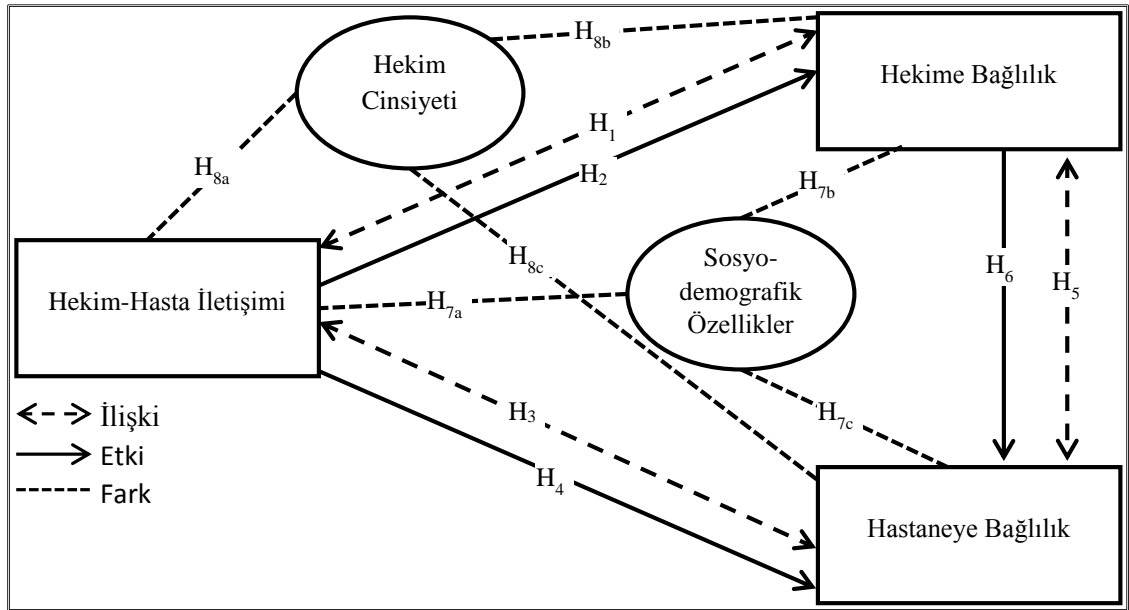
Hekim hasta iletişimi, hekim bağlılığı ve hasta bağlılığında farklılık oluşturabileceği öngörülen bir diğer değişken hekimin cinsiyetidir. Bireylerin muayene oldukları hekimin cinsiyetine göre kendilerini daha rahat veya gergin hissetmesi, kendisini daha rahat ifade etmesi veya çekinerek yüzeysel bir şekilde ifade etmesi mümkündür. Buna bağlı olarak kendisini yanında rahat hissettiği hekimi tekrar seçmesi veya tam tersi şekilde kendini rahatsız hissettiği hekime bir daha gitmemesi olasıdır. Ayrıca hastanın istediği cinsiyette bir hekim bulabilmek için başka sağlık kuruluşlarını seçmesi de bir diğer sonuçtur. Saha ve diğerleri (2000: 79-80) hekimin cinsiyeti ile bireyin hekim

seçiminin ilişkili olmadığını bulmuşlardır. Phillips ve Brook (1998: 543) kadın hastaların bazı özel durumlarda bir kadın aile hekimine gözükme istediklerini, ancak bunlar dışında hekimin cinsiyetinin tercihte bir farklılık oluşturmadığını ifade etmişlerdir. Yine kadın bireyler ile yapılan bir çalışmada kadınların genel sağlık sorunlarında hekimin cinsiyetini önemsememelerine rağmen, kadın hastalıkları söz konusu olduğunda kadın hekimleri seçme eğiliminde oldukları ortaya konulmuştur (Nichols, 1987: 542). Bu veriler ışığında hekimin cinsiyetinin hasta hekim iletişimde, hastanın hekime ve hastaneye bağlılığında farklılık oluşturabileceği öngörülmüştür. Bu doğrultuda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

H_{8a}: Hekimin cinsiyeti hasta hekim iletişimde farklılık oluşturur.

H_{8b}: Hekimin cinsiyeti hastane bağlılığında farklılık oluşturur.

H_{8c}: Hekimin cinsiyeti hastanın hekim bağlılığında farklılık oluşturur.



Şekil 2: Araştırma Modeli

5.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Araştırmadan elde edilen veriler istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22 programından yararlanılarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, yol analizi, bağımsız örneklem t-Testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde çıkan farklılığın nereden

kaynaklandığını bulmak amacıyla Scheffe testinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında ($p=0,05$) analiz edilmiştir.

BÖLÜM 6: BULGULAR VE YORUM

6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılanların cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, meslek grubu ve hanelerinin toplam aylık gelirinden oluşan değişkenlere ilişkin verilerin dağılımına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Katılımcılardan bazıları yaş, eğitim durumu ve aylık gelir gibi bazı konularda soruları cevaplamak istememiştir. Bu yönde görüş bildiren katılımcılar, cevap vermesi için zorlanmamıştır.

Tablo 5’de görüldüğü gibi, katılımcıların 254’ü (%51,3) kadın ve 241’i (%48,7) erkektir. Buna göre, çalışmada oransal kadınlar daha fazla olmakla birlikte; dengeli bir dağılım gösterdiği söylenebilir. Ayrıca katılımcıların medeni duruma göre 251’inin (%51,1) evli, 240’ını ise (%48,9) bekâr olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş dağılımlarına göre, 144 (%29,6) kişi <25, 139 kişi 25-34 (%28,5) yaş grubunda, 90 (%18,5) kişi 35-44 yaş grubunda, 71 kişi (%14,6) 45-54 yaş grubunda ve 43 (%8,8) kişi ≥55 yaş grubundadır.

Hane aylık gelirlerine göre incelendiğinde, çalışmaya katılanların 76’sının (%16,8), ≤1500 TL, 113’ünün (%25,0) 1501-2500 TL arası gelire, 125’inin (%27,7) 2501-3500 TL gelire, 53’ünün (%11,7) 3501-4500 TL gelire ve 85’i (%18,8) ≥4501 TL gelire sahiptir.

Katılımcıların 106’sı (%21,5) ortaokul ve daha alt düzeyde, 134’ü (%27,2) lise düzeyinde, 59’u (%12,0) ön lisans düzeyinde, 179’u (%36,3) lisans düzeyinde ve 15’i (%3,0) lisansüstü düzeyde eğitim alan bireylerden oluşmaktadır. Bu dağılıma göre katılımcılar arasında lisans ve lise mezunlarının ağırlığının daha fazla olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılanların meslek ya da uğraş alanları gruplandırılarak incelenmektedir. Buna göre katılımcıların 141’i (%29,9) işçi, 111’i (%23,6) memur, 95’i (%20,2) öğrenci, 61’i (%13,0) ev hanımı, 43’ü (%9,1) esnaf ve 20’si (%4,2) emekli olarak nitelenebilecek iş ya da uğraş ile meşgul olmaktadır. Sakarya ilinde sanayi alt yapısının gelişmişliği ve üniversite öğrencilerinin çokluğu dikkate alındığında bu dağılımın kentin genel yapısına benzediği söylenebilir.

Tablo 5
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	254	51,3
	Erkek	241	48,7
	Toplam	495	100,0
Medeni durum	Evli	251	51,1
	Bekâr	240	48,9
	Toplam	491	100,0
Yaş	<25	144	29,6
	25-34	139	28,5
	35-44	90	18,5
	45-54	71	14,6
	≥55	43	8,8
	Toplam	487	100,0
Aylık hane geliri	≤1500 TL	76	16,8
	1501-2500 TL	113	25,0
	2501-3500 TL	125	27,7
	3501-4500 TL	53	11,7
	≥4501 TL	85	18,8
	Toplam	452	100,0
Eğitim durumu	Ortaokul ve Altı	106	21,5
	Lise	134	27,2
	Ön lisans	59	12,0
	Lisans	179	36,3
	Lisansüstü	15	3,0
	Toplam	493	100,0
Meslek/Uğraşı	İşçi	141	29,9
	Memur	111	23,6
	Öğrenci	95	20,2
	Ev hanımı	61	13,0
	Esnaf	43	9,1
	Emekli	20	4,2
	Toplam	495	100,0

Çalışmada hekim tercihlerinde cinsiyet faktörünün önemini ortaya koymak amacıyla, katılımcılara en son başvurdukları hekimin cinsiyeti sorulmuştur. Bu soruya katılımcıların %35,5'i (173 kişi) en son kadın hekimlerden hizmet aldıklarını ifade ederken, katılımcıların büyük çoğunluğunu oluşturan %64,5'i en son erkek hekimlerden hizmet aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6
En Son Başvurulan Hekimin Cinsiyetine İlişkin Frekans Analizi

	Sayı	Yüzde
Kadın	173	35,5
Erkek	314	64,5
Toplam	487	100,0

Hastanın, en son hastaneye başvurma nedenlerinin incelenmesine ilişkin sorulara verdikleri cevapların yapılan frekans analizi sonuçları Tablo 7'de yer almaktadır. Bu sonuçlara göre katılımcıların %28,1'i dahili rahatsızlıklar (mide problemleri, diyabet, göğüs rahatsızlıkları vb.) nedeniyle, %15,8'i gripal enfeksiyon ve soğuk algınlıkları nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Cerrahi rahatsızlıklar (ortopedi hariç cerrahi vakalar) sebebiyle başvuranların oranı %17,8'dir.

Tablo 7
En Son Hastaneye Başvurma Nedenine İlişkin Frekans Analizi

	Sayı	Yüzde
Dahili rahatsızlıklar	128	28,1
Gripal enfeksiyonlar ve soğuk algınlığı	72	15,8
Kadın hastalıkları	22	4,8
Cilt rahatsızlıkları	25	5,5
Diş rahatsızlıkları	34	7,5
Cerrahi rahatsızlıklar	81	17,8
Ortopedik rahatsızlıklar	34	7,5
Diğer*	59	13,0
Toplam	455	100,0

* Allerjik rahatsızlıklar, ağrı, göz sağlığı ve hastalıkları, psikiyatrik rahatsızlıklar gibi, frekans değerleri düşük rahatsızlıklar bu başlık altında toplanmıştır.

Tablo 8’de bireylerin hastaneye başvurma sıklıkları ilgili frekans analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Bu sonuçlara göre, katılımcıların %23,4’ünü oluşturan 112 kişi yılda bir defa hastaneye başvurduğunu belirtirken %21,5’lik kısmı oluşturan 103 kişi ayda 1 defa başvurduğunu belirtmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre çalışmaya katılanların 1/3’lük kısmı hastaneleri ayda en az 1 sefer kullanmaktadır.

Tablo 8
Hastaneye Başvurma Sıklığına İlişkin Frekans Analizi

	Sayı	Yüzde
Ayda 1	103	21,5
Ayda 2-3	47	9,8
2-3 ayda 1	139	29,0
6 ayda 1	78	16,3
Yılda 1	112	23,4
Toplam	479	100,0

Tablo 9’da bireylerin en son hizmet aldıkları hastaneye ilişkin sorulan soruya verdikleri cevabın frekans analizi yer almaktadır. Bu sonuçlara göre Sakarya il merkezini oluşturan üç ilçede hizmet veren sağlık kuruluşlarından Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi en çok tercih edilen hastane olarak bulunmuştur. 489 katılımcının 295’i (%60,3) Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi’ni tercih etmektedir. Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi’ni %10,2’lik bir oranla Yenikent Devlet Hastanesi izlemektedir. Özel hastaneler arasında ise Adatıp Hastanesinin ve Özel Altınova Hastanesinin %6,3’lük orana sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 9
En son Hizmet Alınan Hastaneye İlişkin Frekans Analizi

	Sayı	Yüzde
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi	295	60,3
Yenikent Devlet Hastanesi	50	10,2
Toyota Acil Yardım Hastanesi	41	8,4
Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	7	1,4
<i>Kamu Toplam</i>	393	80,4
Adatıp Hastanesi	31	6,3
Özel Altınova Hastanesi	31	6,3
Özel Beyhekim Hastanesi	20	4,1
Özel Bilge Hastanesi	7	1,4
Vatan Hastanesi	5	1,0
Diğer	2	0,4
<i>Özel Toplam</i>	96	19,6
Genel Toplam	489	100,0

Tablo 10’da en son başvuru alan hastanenin neden tercih edildiğine ilişkin sorulmuş olan soruya katılımcıların verdikleri cevapların frekans analizi sonuçları bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre hastane tercih sebeplerinde ilk sırayı katılımcıların %26’sının katılımıyla hastanenin ulaşımının kolaylığı alırken ikinci sırayı %17,2’lik bir katılımıla “doktorumun o hastanede çalışıyor olması” seçeneği almıştır. Bu seçeneği yine evime yakın olması seçeneği %16,2’lik bir oranla takip etmektedir. Bu frekans analizi sonuçları incelendiğinde, bireylerin hastane tercihlerinde ulaşımın kolaylığı en önemli etken olarak bulunurken, hizmet alınan doktorun çalıştığı kurumun seçilmesi ikinci sırayı almıştır. Yani bireyler daha önce hizmet alıp, güvendikleri doktorlardan tekrar hizmet alabilmek için aynı kuruluşu tercih etmektedirler.

Tablo 10
En Son Başvurulan Hastanenin Tercih Sebebine İlişkin Frekans Analizi

	Sayı	Yüzde
Ulaşımının kolay olması	199	26,0
Doktorumun o hastanede çalışması	132	17,2
Evime yakın olması	124	16,2
Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	92	12,0
Hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması	74	9,7
Eş-dost tavsiyesi	54	7,1
Hastane personelinin nezaketi	44	5,8
Hastane personelini tanıyor olma	30	3,9
Hastaneye duyulan güven	15	2,0
Toplam	764	100,0

6.2. Hasta-Hekim İletişimin Hekim Bağlılığı ve Hastane Bağlılığına İlişkin Yapısal Model Analizi

Bu bölümde hasta hekim iletişimin hekim bağlılığı ve hastane bağlılığına etkisini ortaya koyan analizlere ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmada analiz yöntemi olarak yapısal eşitlik modeli (YEM) seçilmiştir. Çalışmada öncelikle hekim hasta iletişiminin hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi; ikinci olarak da hekime bağlılık aracılığı ile hekim hasta iletişiminin hastane bağlılığına etkisini ortaya konulacaktır.

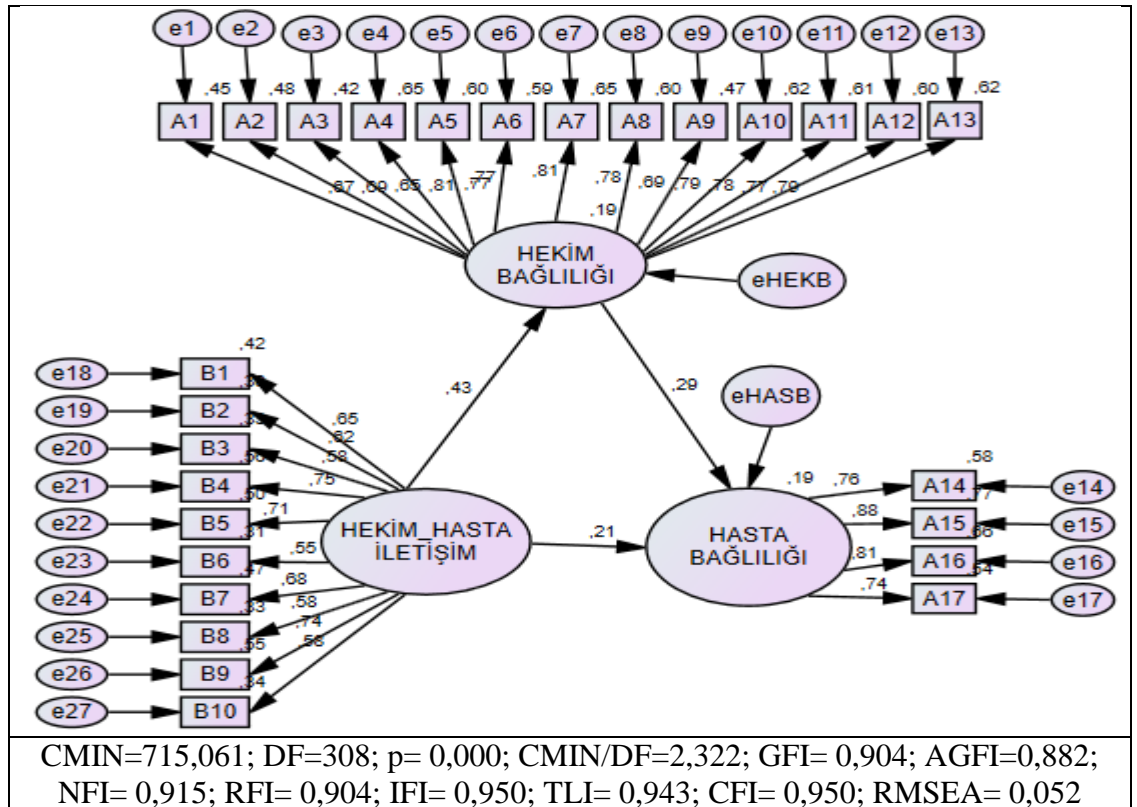
YEM'in temel amacı, gözlenen değişken ile gözlenmeyen (gizil) yapı setleri arasında eş zamanlı olarak bağımlılık ilişkisi örüntüsünü açıklamaktır (Yılmaz, 2004: 79). YEM geleneksel analiz yöntemlerine göre daha üstündür. YEM ile test edilmek istenen bütün ilişkiler aynı anda test edilebilmektedir. YEM testlerinde "parametlerin her birine ilişkin anlamlılık ve karşılaştırma istatistikleri tek analizden elde edilebilmektedir" (Sümer, 2000: 51).

YEM, Ölçüm Modeli ve Yapısal Model olmak üzere iki temel modelden oluşmaktadır. Ölçüm modeli, gizil değişkenlerin tanımlandığı ve bütün değişkenler arasındaki yönü belirtilmemiş ilişkilerin (korelasyonların) hesaplandığı modeldir. Bu modelde bütün parametreler serbest bırakılmaktadır. Yapısal model ise, gizil değişkenler ve bir gizil

değişkenin göstergesi olan değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünün belirlendiği ve bazı parametrelerin sabitlendiği modeldir (Şimşek, 2007: 7-9).

Çalışmada gerçekleştirilen yol analizinin modeli Şekil 3’de görülmektedir. Model incelendiğinde de görüleceği gibi, hasta- hekim iletişiminin hekim bağıllığı ve hasta bağıllığına etkisi bulunmaktadır. Ayrıca hekim bağıllığı aracı değişken olarak kullanıldığı zaman hasta bağıllığı daha da artmaktadır.

Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak için uyum indeksleri incelenmiştir. Modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,904 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değeri ise 0,052’dir. Bu değer 0,05’in altında olması iyi uyumu ve 0,05 ile 0,08 arasındaki değerlerin kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Byrne, 2009: 80). Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,943ve normalize edilmiş uyum indeksi (NFI) 0,915 bulunmuştur. Bu bulgulara göre yapısal eşitlik modeli kullanılabilir düzeydedir.



Şekil 3: Hasta-Hekim İletişiminin Hekim Bağıllığı ve Hastane Bağıllığına Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı

6.3. Hekim Hasta İletişim, Hekime Bağlılık ve Hastane Bağlılığı Arasındaki İlişki

Çalışmada modelin uygulanabilirliği görüldükten sonra modeli oluşturan boyutlara arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Tablo 6’da görüldüğü gibi, ölçeği oluşturan her üç boyut arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu bulgudan hareketle “H₁. Hasta-Hekim İletişimi ile Hastanın Hekime Bağlılığı Arasında İlişki Vardır.”; “H₃. Hasta-Hekim İletişimi ile Hastanın Hastaneye Bağlılığı Arasında İlişki Vardır.” ve “H₅. Hastanın Hekime Bağlılığı ile Hastanın Hastaneye Bağlılığı Arasında İlişki Vardır.” Hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 11

Hekim Hasta İletişimi, Hekime Bağlılık ve Hastaneye Bağlılık Arasındaki İlişki

Boyut ilişkileri		ρ	SH	t	Hipotezler	
Hekime Bağlılık	↔	Hasta-Hekim İletişimi	0,433	0,025	6,862	H ₁ Kabul*
Hastaneye Bağlılık	↔	Hasta-Hekim İletişimi	0,341	0,025	5,690	H ₃ Kabul*
Hekime Bağlılık	↔	Hastaneye Bağlılık	0,383	0,036	6,659	H ₅ Kabul*

*p<0.05

6.4. Hekim Hasta İletişiminin, Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi

Ölçeği oluşturan boyutlar arasındaki ilişki ortaya konulduktan sonra, hasta hekim iletişiminin, hastanın hekime bağlılığı ve hastaneye bağlılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olup olmadığı incelenmiştir.

Yol analizi sonuçlarına göre, hasta hekim iletişiminin hekime bağlılık üzerinde (tahmin değeri ($\rho=0,433$; t-değeri=7,460); hastane bağlılığı üzerine ($\rho =0,214$, t=3,841) istatistiksel bakımdan anlamlı etkisi bulunmaktadır. Ayrıca, hekime bağlılık aracı değişken olarak kullanıldığından hasta hekim iletişiminin hastane bağlılığına etkisi de bulunmaktadır ($\rho =0,293$; t=5,277). Bu bulgulardan hareket ederek “H₂: Hasta hekim iletişimi hastanın hekime bağlılığını etkiler.”, “H₄: Hasta hekim iletişimi hastanın sağlık kuruluşuna bağlılığını etkiler.” ve “H₆: Hastanın hekime bağlılığı sağlık kuruluşuna bağlılığını etkiler.” Hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 12**Hekim Hasta İletişiminin Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi**

		ρ	SH	t	Hipotezler	
Hekime Bağlılık	←	Hekim Hasta İletişimi	0,433	0,082	7,460	H ₂ Kabul*
Hastaneye Bağlılık	←	Hekim Hasta İletişimi	0,214	0,087	3,841	H ₄ Kabul*
Hastaneye Bağlılık	←	Hekime Bağlılık	0,293	0,061	5,277	H ₆ Kabul*

*p<0.05

6.5. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Bulguları

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta hekim iletişimi, hekime bağlılık ve hastaneye bağlılık boyutlarında bir farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır.

Tablo 13’de hastanın cinsiyetinin hekim-hasta iletişimde, hekim bağlılığında ve hastane bağlılığında bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılmış bağımsız örneklerde t testi analizi sonuçları görülmektedir. Bu sonuçlara göre hekime bağlılıkta ve hastane bağlılığında hastanın cinsiyeti bir farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05).

Hekim-hasta iletişimde ise cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır (p<0,05). Bu sonuçlara göre kadın hastalar erkek hastalara oranla hekimle iletişim kurmada daha başarılıdırlar.

Tablo 13’de hastanın cinsiyetinin hastanın hastane bağlılığında farklılık oluşturmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 13
Cinsiyete Göre Fark Analizi Sonuçları

Cinsiyet		n	Ort.	S.S.	t	p
Hekim Hasta İletişimi	Kadın	254	4,10	0,601	2,209	0,028
	Erkek	241	3,97	0,651		
Hekime Bağlılık	Kadın	254	3,57	0,788	0,266	0,791
	Erkek	241	3,55	0,788		
Hastaneye Bağlılık	Kadın	254	3,05	0,901	-1,500	0,134
	Erkek	241	3,17	0,923		

Tablo 14’te Bireylerin medeni durumlarının hekim-hasta iletişimde, hekim bağılılığında ve hastane bağılılığında bir farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklerde t testi analizi sonuçları bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre bireylerin medeni durumları hasta hekim iletişimde ve hastane bağılılığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır. Buna karşılık, bireylerin medeni durumları hekime bağılılıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Medeni durumları evli olan bireylerin bekâr bireylere oranla hekimlerine daha bağılı oldukları bulunmuştur.

Tablo 14
Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları

Medeni Durum		n	Ort.	S.S.	t	p
Hekim Hasta İletişimi	Evli	251	4,07	0,646	1,435	0,152
	Bekâr	240	3,99	0,607		
Hekime Bağılılık	Evli	251	3,64	0,820	2,191	0,029
	Bekâr	240	3,48	0,749		
Hastaneye Bağılılık	Evli	251	3,11	1,004	0,017	0,987
	Bekâr	240	3,11	0,813		

Tablo 15’de çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarının, hasta hekim iletişimi, hekim bağılılığı ve hastane bağılılığında bir farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları bulunmaktadır. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, bireylerin yaş grupları hekim hasta iletişimde bir farklılık oluşturmamaktadır. Verilen cevapların ortalamaları incelendiğinde bütün yaş gruplarının hasta hekim iletişimde ortalama 4 üzeri değerler aldıkları ve oldukça iyi düzeyde oldukları söylenebilir. Benzer şekilde, yaş grupları da hasta bağılılığında bir farklılık oluşturmamaktadır. Buna karşılık yaş gruplarına göre hekime bağılılıkta istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Scheffe analizi sonuçlarına göre, farklılık <25 yaş grubu ile ≥ 55 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. ≥ 55 yaş grubundaki bireylerin hekime bağılılıkları <25 yaş grubu bireylerden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmaktadır. Ayrıca, ortalamalar incelendiği zaman, yaş grubu yükseldikçe ortalamalar da genel bir yükselme eğilimi olduğu görülmektedir. Bu verilerden

hareketle bireylerin hekime bağılıklarının bireylerin yaşları ilerledikçe daha da arttığı söylenebilir.

Tablo 15
Yaşa Göre Fark Analizi Sonuçları

Yaş		n	Ort.	S.S.	F	p
Hekim Hasta İletişimi	<25	144	4,013	0,586	0,121	0,975
	25-34	139	4,055	0,685		
	35-44	90	4,021	0,729		
	45-54	71	4,031	0,569		
	≥55	43	4,070	0,432		
	Toplam	487	4,034	0,628		
Hekime Bağılılık	<25	144	3,432	0,741	3,442	0,009
	25-34	139	3,613	0,784		
	35-44	90	3,492	0,911		
	45-54	71	3,685	0,742		
	≥55	43	3,866	0,540		
	Toplam	487	3,570	0,781		
	Scheffe <25-≥55; p=0,035					
Hastaneye Bağılılık	<25	144	3,097	0,837	1,214	0,304
	25-34	139	3,223	0,907		
	35-44	90	3,033	0,990		
	45-54	71	2,954	0,948		
	≥55	43	3,128	0,939		
	Toplam	487	3,103	0,913		

Bireylerin eğitim durumlarının hekim bağılılığı, hasta bağılılığı ve hastane bağılılığında fark oluşturup oluşturmadığına ilişkin yapılan fark analizi sonuçları Tablo 16'da görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi, sağlık hizmeti alan bireylerin eğitim durumları, hasta hekim iletişimde, hastanın hekime bağılılığında ve hastanın hastaneye bağılılığında bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 16
Eğitim durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları

Eğitim		n	Ort.	S.S.	F	p
Hekim Hasta İletişimi	Ortaokul ve Altı	106	4,01	0,635	0,776	0,541
	Lise	134	4,10	0,628		
	n Lisans	59	4,07	0,572		
	Lisans	179	4,00	0,650		
	Lisansüstü	15	3,90	0,559		
	Toplam	493	4,03	0,629		
Hekime Bağlılık	Ortaokul ve Altı	106	3,70	0,765	1,393	0,235
	Lise	134	3,57	0,880		
	n Lisans	59	3,57	0,709		
	Lisans	179	3,48	0,762		
	Lisansüstü	15	3,44	0,612		
	Toplam	493	3,56	0,788		
Hastaneye Bağlılık	Ortaokul ve Altı	106	2,93	0,912	1,431	0,222
	Lise	134	3,13	1,003		
	n Lisans	59	3,21	0,925		
	Lisans	179	3,17	0,835		
	Lisansüstü	15	3,08	0,924		
	Toplam	493	3,11	0,914		

Tablo 17’de katılımcıların meslek/uğraşları esas alınarak gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, meslek/uğraş alanlarına göre hasta hekim iletişiminde ve hastane bağlılığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamasına ($p>0,05$) karşılılık; hekime bağlılık konusunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$) Scheffe analizi sonuçlarına göre fark, öğrenciler ($3,40\pm 0,665$) ile ev hanımlarından ($3,79\pm 0,612$) kaynaklanmaktadır. Bu sonucun, öğrencilerin hem genç oldukları için kronik hastalıkları görece az olacağından hekime ihtiyaç duymamalarının, hem de Sakarya bir niversite kenti özelliği gösterdiğinden öğrencilerin sürekli kalmalarının söz konusu olmayacağından kaynaklandığı dşnlmektedir.

Tablo 17
Mesleğe Göre Fark Analizi Tablosu

Meslek/ Uğraş		n	Ort.	S.S.	F	p
Hekim Hasta İletişimi	İşçi	141	4,08	0,641	1,006	0,414
	Memur	111	4,05	0,752		
	Öğrenci	95	3,93	0,580		
	Ev hanımı	61	4,11	0,461		
	Esnaf	43	3,95	0,611		
	Emekli	20	4,08	0,524		
	Toplam	471	4,04	0,631		
Hekime Bağlılık	İşçi	141	3,48	0,881	2,676	0,021
	Memur	111	3,60	0,877		
	Öğrenci	95	3,40	0,665		
	Ev hanımı	61	3,79	0,612		
	Esnaf	43	3,70	0,681		
	Emekli	20	3,74	0,715		
	Toplam	471	3,56	0,792		
Scheffe = Öğrenci-Ev hanımı; p=0,033						
Hastaneye Bağlılık	İşçi	141	3,05	0,905	1,923	0,089
	Memur	111	3,19	1,049		
	Öğrenci	95	3,04	0,750		
	Ev hanımı	61	2,90	0,890		
	Esnaf	43	3,22	0,752		
	Emekli	20	3,50	1,039		
	Toplam	471	3,10	0,909		

Tablo 18’de çalışmada katılımcıların sosyo-demografik özellikleri esas alındığında oluşabilecek farklılıklara ilişkin hipotez sonuçları görülmektedir. Sosyo-demografik özellikleri esas alınarak yapılan fark analizi sonuçlarına göre, kadınların hekim hasta iletişimi düzeyleri daha yüksek olduğundan; “H_{7a}: Hastanın sosyo-demografik özellikleri hekim hasta iletişimde farklılık oluşturur.” hipotezi yalnızca cinsiyet

bakımından kabul edilmiş olup; medeni durum, yaş, gelir, eğitim durumu ve meslek/uğraşı bakımından reddedilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre medeni durum yaş, ve meslek/uğraşı bakımından farklılık oluşturduğundan; “H_{7b}: Hastanın sosyo-demografik özellikleri hasta bağlılığında farklılık oluşturur.” hipotezi, medeni durum, yaş ve meslek/uğraşı bakımından kabul edilmiş; katılımcıların cinsiyet, gelir ve eğitim durumları bakımından reddedilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri esas alınarak yapılan analiz sonuçlarına göre katılımcıların sosyo-demografik özellikleri istatistiksel bakımdan anlamlı fark oluşturmadığından “H_{7c}: Hastanın sosyo-demografik özellikleri hekim bağlılığında farklılık oluşturur.” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 18
Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Hipotez Testi Sonuçları

	H_{7a}	H_{7b}	H_{7c}
Cinsiyet	+	-	-
Medeni durum	-	+	-
Yaş	-	+	-
Gelir	-	-	-
Eğitim durumu	-	-	-
Meslek/Uğraşı	-	+	-

+ fark vardır; - fark yoktur

Çalışmada hekimlerin cinsiyetlerinin hekime bağlılık, hastane bağlılığı ve hasta hekim iletişiminde farklılık oluşturup oluşturmadığını test edilmek istenilmiştir. Bu amaçla en son başvurdukları hekim cinsiyeti esas alınarak, gerçekleştirilen bağımsız örneklerde t testi sonuçlarına göre (Tablo 19), her üç değişken için istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu bulgudan hareket ederek ; “H_{8a}: Hekimin cinsiyeti hasta hekim iletişiminde farklılık oluşturur.”, “H_{8b}: Hekimin cinsiyeti hastane bağlılığında farklılık oluşturur.” ve “H_{8c}: Hekimin cinsiyeti hekim bağlılığında farklılık oluşturur.” Hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 19
Hekim Cinsiyetine Göre Fark Analizi

Hekimin Cinsiyeti		n	Ort.	S.S	t	p
Hekim Hasta İletişimi	Kadın	173	4,08	0,534	1,541	0,124
	Erkek	314	4,00	0,672		
Hekime Bağlılık	Kadın	173	3,57	0,716	0,451	0,652
	Erkek	314	3,54	0,827		
Hastaneye Bağlılık	Kadın	173	3,11	0,908	0,073	0,942
	Erkek	314	3,10	0,923		

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsanlığın varoluşundan beri var olan hastalık ve iletişim kavramları, gün geçtikçe iç içe girmektedir. Bireyler fizyolojileri gereği belirli dönemlerde belirli hastalıklar, rahatsızlıklar veya problemler yaşayabilmektedirler. Bu sıkıntılı hallerden kurtulmak için sağlık hizmeti almak durumundadırlar. Sağlık hizmetleri teoride diğer hizmetlerle aynı gibi dursa dahi pratikte çok farklı, çok zor bir hizmet türüdür. Sağlık hizmeti keyfi olarak alınmaz. Bir birey sağlık hizmetine ihtiyaç duyuyorsa, bir takım sıkıntılar yaşıyor demektir. Acı çekiyor, ağrı hissediyor veya vücudunda bir organı veya bir uzvu normal fonksiyonlarını yerine getiremediği için günlük hayatında aksaklıklar yaşıyor olabilir. Bu da sağlık hizmetleri müşterileri olan hastaları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlıklı bir birey ile herhangi bir nedenle stres altında olan bireyin durumlara bakış açıları da benzer olmayacaktır. Stres altında ki birey olaylardan daha fazla etkilenecek, tahammül seviyesi daha düşük olacaktır. Bu nedenle böyle bir durumda ki bir birey ile iletişim kurmakta dikkat edilmesi, gereken zor bir süreçtir.

Sağlık iletişimi meşakkatli ve zor bir süreçtir. Çok fazla dikkat ve çaba gerektirir. Sağlık profesyonellerinden alınan geri dönüşler sağlık müşterileri için çok önemlidir. Çünkü sağlık müşterileri açısından bilinmez olan hastalıklarının geri planı, sağlık profesyonelleri tarafından test edilip, tespit edilmektedir. Bu nedenle hastalar, sağlık profesyonellerinden alacakları geri bildirimlere çok fazla ihtiyaç duyarlar. Sağlık profesyonellerinde aldıkları geri bildirimler, bireylerin streslerini azalttığı gibi, onların tedavilerinde de etkin rol oynamaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri sadece teşhis ve tedaviyi işlerinin gereği olarak görmemeli, hasta ile iletişim kurmanın da işlerinin bir parçası olduğunun farkında olmalıdırlar. Ancak bu yolla başarılı klinik sonuçlara ulaşılabilir.

Kurulan etkili sağlık iletişimi; sağlık hizmeti sunumu açısından hasta memnuniyeti, sağlık profesyonellerine güven, tedaviye katılım, başarılı tedavi sonuçlarını ifade etmektedir. Ancak sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları açısından etkili bir sağlık iletişimi bunlardan biraz daha fazlasını ifade etmektedir. Her kuruluş gibi sağlık kuruluşlarının da amacı karlılık ve hayatlarını devam ettirebilmektir. Sağlık kuruluşlarının standart kuruluşlar gibi karlılığı değil, sunduğu sağlık hizmeti ile bireylere faydalılığı ön planda tutması gerektiğine ilişkin tartışmalar olmasına rağmen,

sağlık kuruluşlarının mevcudiyetini devam ettirebilmesi, hizmetlerini sürdürebilmesi için öncelikle bu varlığın finansmanını sağlamalıdır. Bu da ancak normal bir hizmet kuruluşunda olduğu gibi karlılığı hedeflemekle mümkündür. Sağlık kuruluşlarının gelirleri yasal düzenlemeler ile belirli sınırlar içerisine alınmıştır. Bu nedenle bir hizmeti yasal sınırların üzerinde fiyatlar ile satarak gelir elde etmek, sağlık kuruluşlarında mümkün değildir. Sağlık kuruluşlarının gelirlerini artırmak için yapmaları gereken şey hastaneye bağlı hastalar edinmektir. Hastane bağlılığı hastanın memnuniyetine ve hastanın kuruluşa ve çalışanlarına güvenine bağlıdır. Hasta memnuniyetini ve güvenini sunulan kaliteli hizmet ve başarılı klinik sonuçlar etkilemektedir. Ancak sunulan hizmet kalitesi ve klinik sonuçlar memnuniyeti ve güveni sağlamak tek başına yeterli değildir. Hizmet alıcılarının insanlar olduğu düşünüldüğünde bir takım farklı bileşenlerde gerekmektedir. İnsanların ihtiyaçlarına ve duygularına hitap etmek, streslerini azaltmak ve kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak sağlık hizmetinde memnuniyet açısından önemli rol üstlenmektedir. Bütün bunları sağlamak için ise sağlık müşterileri ile etkili iletişim kurmak, onları anlamak ve anlatılmak istenenlerin onların anlayabileceği formata sokularak anlatılması gerekmektedir. Tez çalışmasının konusu olan hasta hekim iletişiminin, hastanın hekime bağlılığı ve hastane bağlılığına etkisinin incelenmesi de bu düşünceden hareketle oluşmuştur. Bu konuyla sağlık iletişiminin hasta hekim iletişimi boyutunun, hastaların hekimlerine bağlılığını geliştirip geliştirmediği ve hastaneye bağlılığının geliştirip geliştirmediğini ölçmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda hasta hekim iletişiminin, hekime bağlılığın ve hastaneye bağlılığın bir takım sosyo-demografik özellikler tarafından etkilenip etkilenmediğinin de araştırılması hedeflenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların hastaneyi tercihlerinde en önemli faktör, hastaneye ulaşımın kolay olmasıdır. Bunu kişinin doktorunun o hastanede çalışıyor olması, hastanenin eve yakın olması, hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması izlemektedir. Bu sonuçlara göre, bireylerin hastane tercihlerinde ulaşım kolaylığı önemli bir faktör olarak görülmekle birlikte, hekimin gittiği hastanede çalışıyor olması veya başvuru hastanede çalışan hekimlerin daha bilgili kabul edilmesi, hastalar açısından hekimin hastane tercihinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Hasta hekim iletişimi, hekime bağıllık ve hastane bağıllığı arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Başka bir ifade ile hekim hasta iletişimi geliştikçe, hastanın hekime ve hastaneye bağıllığı da gelişmektedir. Ayrıca, hasta hekim iletişimi, hasta ve hekim bağıllığını pozitif yönde etkilemektedir. Bu durum hasta hekim iletişiminin günümüz rekabet ortamında hastaneler bakımından ne kadar önemli olduğunu göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Yukarıda belirtildiği gibi, hastalar hekimlerini takip etmektedir. Yani hekimin çalıştığı hastaneyi tercih etmektedir. Bu durum hastaneler bakımından bir rekabet üstünlüğü sağlama aracı olarak görülebilir. Ancak, şayet hastaneler başarılı hekimlerini ellerinde tutamazlarsa ya da rakiplerine kaptırırlarsa dezavantajlı bir durum olarak da ortaya çıkabilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, kadın hastalar hekimlerle iletişim kurmada erkek hastalara göre daha iyi durumdadırlar. Yani kadınlar erkeklere göre hekimleriyle daha iyi iletişim kurabilmektedirler. Ancak bu durum, hekime bağıllık ve hastaneye bağıllık bakımından önem arz etmemektedir. Zira hekimle iyi iletişim kurmakla birlikte kadınların hekim ve hastane bağıllığı anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu durum hekim ve hastane bağıllığında iletişim dışı faktörlerin de önemli olduğunu göstermektedir. Yukarıda belirtildiği gibi, hastaların hastane tercihinde en önemli faktör hastaneye ulaşımdır. Bu farklılığın oluşmamasında bu tür etkenler önemli olabilir. Ayrıca, bu sonucu destekleyen ya da tam tersi karşı görüşlere sahip çalışmalar da bulunmaktadır. Street (1991: 541) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların iletişim davranışları cinsiyetleri ile doğrudan ilişkilidir. Benzer şekilde, Waitzkin (1984: 2444) de kadın hastaların erkek hastalar oranla hekimlerine daha fazla soru sorduklarını ve daha fazla bilgi aldıklarını ifade etmektedir. Buna karşılık, Hulka ve diğerleri (1975: 21) cinsiyetin iletişimin seviyesini belirlemede bir etkisinin olmadığını ileri sürmektedirler. Benzer olarak Uludağ (2011: 173) da cinsiyetin iletişimde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını ileri sürmektedir.

Cinsiyetin hekim bağıllığında farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin literatür verileri incelendiğinde de çalışmanın bulgularının bazı çalışmalar ile uyumlu olmasına karşılık bazılarıyla örtüşmediği görülmektedir. Wang, Huang ve Howng (2011: 34)'a göre, hastanın cinsiyetinin hekime bağıllıkta bir etkisi bulunmamaktadır. Bu sonuç çalışmanın bulgularıyla benzedir. Ancak Harris (2003: 729) çalışmasında kadın

hastaların erkek hastalara göre hekimlerini değiştirme niyetlerinin daha düşük olduğunu; Hibbard ve Weeks (1987: 1029) ise cinsiyetin hekim bağlılığında farklılık oluşturduğunu ileri sürmektedirler. Bu bulgular ile çalışmamızın bulguları birbirine ters dűřmektedir. Ayrıca, çalışmadan elde edilen bulgulara benzer şekilde Wang, Hsiao ve Huang (18) ve Caurana ve Benech (2005: 251) cinsiyetin hasta bağlılığında bir fark oluşturmadığını ileri sürmektedirler.

Elde edilen sonuçlara göre, evli hastalar bekâr hastalara oranla hekimlerine daha çok bağlılık hissetmektedir Ancak hasta hekim iletişimi ve hastaneye bağlılıkta medeni durum bir farklılık oluşturmamaktadır. Yapılan yazın incelemesinde çalışmanın bulgularıyla benzer ve karşıt olan çeşitli çalışmalara rastlanılmıştır. Wazzan; (2007: 90) tarafından elde edilen bulgulara göre, medeni durum hasta bağlılığında ve hasta memnuniyetinde herhangi bir farklılık oluşturmamaktadır. Benzer şekilde Qayyum, Khang ve Krairit (2013: 385) műřteri bağlılığında medeni durumun bir etkisinin olmadığını ileri sürmektedir. Çalışmanın bulgularını destekleyen bu çalışmaların tersine, Daughtrey, Vowles ve Black (2013: 292) alışmalarında medeni durum ile kuruluşa bağlılık arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmektedirler. Ayrıca, Caurana ve Benech (2005: 251) alışmalarında medeni durumun hekime bağlılıkta anlamlı bir farklılık oluşturmadığını; Uludaę (2011: 185) ise medeni durumun iletişimde bir anlamlı farklılık oluşturduğunu ileri sürmektedirler.

Katılımcıların yaşları hasta hekim iletişimi ve hastaneye bağlılığında farklılık oluşturmamaktadır. Ancak yař hekime bağlılıkta farklılık oluşturmaktadır. Genel olarak yař arttıķça hekime bağlılık artmakla birlikte, özellikle 25 yař altı bireyler ile 55 yař ve üzeri bireyler arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Alan yazınında Daughtrey, Vowles ve Black (2013: 292) tarafından yapılan çalışmada bireylerin yaşlarının hizmet sunucusuna bağlılıklarını ve kuruluş değiştirme niyetini etkilediği ileri sür÷lmekte; benzer şekilde, Thaichon, Lobo ve Quach (2016: 62)'a göre yaşın hizmet kuruluşuna bağlılıkta anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Bu sonuçlar çalışmanın bulgularına tezat teşkil etmektedir. Bu sonuçta son yıllarda özellikle Sağlıkta Dönüřüm Programı ile hastaların sağlık kuruluşu seçmelerinin önündeki tüm engellerin kaldırılmasının da etkili olduğu dűřün÷lmektedir. Çünkü çalışmanın bulguları yař grubunun hekime bağlılıkta bir farklılık oluşturduğunu ancak hastaneye bağlılıkta herhangi bir farklılık

oluşturmadığı göstermektedir. Bu sonuçlardan hareketle, kurum seçme serbestisinin hekim seçmeyi kolaylaştırdığını ve hastaların hekimlerini takip ettikleri söylenebilir. Buna karşılık, Hibbard ve Weeks (1987: 1029) çalışmasında yaşın hekim bağlılığında farklılık oluşturduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca, Booth ve Babchuk (1972: 97) yaşlı bireylerin muayene olmak için belirli hekimleri seçtiklerini ileri sürmektedirler ki, bu sonuçlar çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, eğitim durumu hasta hekim iletişiminde, hastanın hekime bağlılığında ve hastanın hastaneye bağlılığında istatistiksel olarak farklılık oluşturmamaktadır. Buna karşılık, Willems ve arkadaşları (2005: 142) eğitim seviyesi daha yüksek hastaların daha fazla sağlık bilgisi alma eğiliminde olduklarını ve hekime daha fazla soru sorup, daha çok iletişim kurduklarını belirlemişlerdir. Tersine, Street ve Buller (1988: 60) hastanın iletişim seviyesi ile eğitim durumunun ilişkisinin olmadığını; Hulka ve diğerleri (1975: 21) ise iletişimde bireyin eğitim durumunun bir farklılık oluşturmadığını ileri sürmektedirler. Caurana ve Benech (2005: 251) eğitim durumunun hekime bağlılıkta farklılık oluşturmadığını savunmaktadırlar. Bu bulgular ile çalışmadan elde edilen bulgular birbirleri ile benzerlik göstermektedir.

Meslek/uğraşının hasta hekim iletişiminde ve hastanın hastaneye bağlılığında bir farklılık oluşturmazken, hastanın hekime bağlılığında anlamlı bir farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Meslek/uğraşının hastanın hekime bağlılığında oluşturduğu bu farklılığın öğrenciler ve ev hanımlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu iki grupta oluşan farklılığının nedeni olarak ise öğrencilerin yılın bir yarısını eğitim gördükleri ilde diğer yarısını ise memleketlerinde veya ailesinin ikamet ettiği ilde geçirmesi düşünülebilir. Öğrencilerin il değişiklikleri sebebiyle aynı hekimi sürekli seçmesi mümkün olmayabilir. Bu durumda böyle bir farklılığa neden olmuş olabilir.

Katılımcıların sosyo- demografik özelliklerinden ayrı olarak hekimlerin cinsiyetlerinin hasta hekim iletişiminde, hastanın hekime bağlılığında ve hastaneye bağlılığında bir farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin yapılan analizler sonucunda istatistiksel olarak herhangi bir farklılık tespit edilememiştir. Yani hekim cinsiyeti her üç değişken için önemli bir farklılık faktörü değildir.

Özetle hasta hekim iletişiminin, hastanın hekime bağlılığını ve hastaneye bağlılığını etkilediği ve bunlar arasında anlamlı ilişkinin söz konusu olduğu saptanmıştır. Ayrıca

hekime bağıllık ile hastaneye bağıllık arasında da anlamlı bir ilişki olduğu ve hekime bağıllığın hastaneye bağıllığı etkilediği bulunmuştur. Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyetin hasta hekim iletişimde; medeni durum, meslek/uğraşı alanı ve yaşın hekime bağıllıkta farklılık oluşturduğu bulunmuştur. Gelir ile eğitim durumunun hasta hekim iletişimde, hastanın hekime bağıllığında ve hastaneye bağıllığında farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Benzer olarak hekimin cinsiyetinin de hasta hekim iletişimde, hastanın hekime bağıllığında ve hastaneye bağıllığında farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Hastalarıyla daha olumlu iletişim kurabilen hekimler hastalar tarafından tercih edilirliklerini artırmaktadırlar. Olumlu iletişim yeteneklerine sahip hekimlere karşı hastalarda bağıllık hissi oluşabilmektedir.

Çalışmanın bulgularıyla birlikte hasta hekim iletişiminin sağlık kuruluşları açısından önem derecesini kavramak mümkündür. Karlılık ve devamlılık hedefi ile faaliyetlerini yürüten sağlık kuruluşlarının bu hedeflerine ulaşabilmelerinin yalnız sunulan hizmetin teknik kalitesi ile alakalı olmadığı, iletişim unsurunun bu hedeflere ulaşmada ki rolünün çok önemli olduğu söylenebilir. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık profesyonellerinin sadece mesleki olarak değil, aynı zamanda iletişim meziyetleri açısından da donanımlı bireyler olmaları gerekmektedir. Bireylerin iletişim becerilerinin eğitim ile geliştirilmesinin mümkün olduğu da göz önüne alınarak, çalışanlara etkili sağlık iletişimi konusunda eğitimler verilmesi, çalışanların kendilerini iletişim konusunda yetiştirmeleri için fırsat ve imkânlar sunulması sağlık kuruluşlarının uzun vadede hedeflerine ulaşmalarına katkı sağlayacaktır.

Sağlık kuruluşlarının etkili bir hasta hekim iletişimi için hasta merkezli iletişimi kültür haline getirmeleri gerekmektedir. Hasta merkezli iletişim hastalarında sağlıkları ile ilgili kararlarda söz sahibi olduğu ve durumlarıyla ilgili sürekli olarak bilgi alabildikleri bir iletişimdir. Bu tarz bir iletişimin kuruluşlarda kültür haline gelmesiyle, hastalar tedavilerinde daha etkin olacaklardır. Bu da hastanın sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlanabilmelerini sağlayacaktır. Hekimleriyle iletişim kurma konusunda cesaretlenen hastalar düşüncelerini, isteklerini ve kararlarını açıkça ifade edebilecek ayrıca istemedikleri hiçbir müdahalenin yapılmasına müsaade etmeyecektir. Tedavisi ile ilgili söz sahibi olan ve kararlarıyla bu sürece etkin katılan bireylerin aldıkları hizmet sonunda memnuniyet duymaları ve güven duygularının gelişmesi sağlık kuruluşunun

tekrar seçilme noktasında bir adım öne geçmesini sağlayacaktır. Bu da sağlık kuruluşunun karlılık ve devamlılık hedefine ulaşması için önemli bir adım olacaktır.

Ulusal yazında bu tez kapsamında yapılan çalışmaya benzer çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ancak, gelişen ve değişen sağlık hizmeti sunumu hasta hekim iletişiminin gittikçe daha önemli hale getirmesine rağmen, henüz bu alandaki sorunlar tam olarak tespit edilmiş değildir. Ayrıca, bu çalışma yalnızca Sakarya merkezinde yer alan üç ilçe ile sınırlı tutulmuştur. Bu sebeple daha geniş örneklem gruplarında ve farklı bileşenlerle birlikte hasta hekim iletişimine ilişkin yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir

KAYNAKÇA

Kitaplar

Aydın, E. (2006). *Tıp Etiği*. Ankara: Güneş Kitabevi.

Bahar, E. (2012). *İletişim*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Bal, H. (2001). *Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi, SDÜ yayın No:20.

Barnard, C. I. (1954). *The Functions of the Executive*. Massachusetts: Harvard University Press.

Beauchamp T. L. ve J. F. Childress (1989). *Principles of Biomedical Ethics*; 3th ed, New York: Oxford Uni. Press. Akt. Aydın, E. ve N. Ersoy (1995). Tıp Etiği İlkeleri. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku- Tarihi Dergisi. 3.2, 48-52.

Berth, K. ve G. Sjöberg (1998). *Halkla ilişkiler eğitiminin evrimi ve küreselleşmenin etkisi, Sekiz Ülke Üzerine İnceleme*. A. Ünver (Çev.). İstanbul: Rota Yayınları.

Bhala, P. P. (2011). “7 Adımda Etkili İletişim”, E Çınar (Çev.). İstanbul: Arunas Yayıncılık.

Byrne, B. M (2009). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Application, and Programming*, Second Edition, New York: Routledge.

Carter, R. M. (1972). *Communication in Organization*. Michigan, ABD: Gale Research Company.

Coşkun R., R. Altunışık, S. Bayraktaroğlu ve E. Yıldırım (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri - SPSS Uygulamalı*. 8. Baskı, Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

Czepiel, J.A. ve R. Gilmore (1987). *Exploring the Concept of Loyalty in Services*. İçinde “*Services Challenge: Integrating for Competitive Advantage*”; J.A. Czepiel, C.A. Congram ve J. Shanahan (Eds.). Chicago: American Marketing Association. 91-94

Desmond, J.ve L. Copeland (2010). *Günümüz Hastasıyla İletişim*. D. Yamaç, E. Tekin (Çev.), Ankara: Eflatun.

- Dinççağ, A. (1999). *Hasta İle İletişim: Görsel-Sözel Sorgulama Tekniği Preoperatuvar Hazırlık*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Gordon, T. ve W. S. Edwards (1997). *Doktor-Hasta İşbirliği*. E. Aksay (Çev.), İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Greenberg, W. (1991). *Competition, Regulation and Rationing in Health Care*. Arbor, Michigan: Health Ann Administration Press,
- Güredin, E. (1987). *Denetim*. İstanbul: Avcıol Matbaası, Muhasebe Enstitüsü Yayın No:50.
- Heskett, J., W. E. Sasser ve L. Schlesinger (1997). *The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value*. New York: Free Press.
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. 6. Baskı, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Karafakıoğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: Dönence Basım ve Yayın.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kavuncubaşı, Ş ve S. Yıldırım (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kreps, G. L. ve B.C. Thornton (1992). *Health Communication Teory–Practice (2th edition)* Long Grove, Illinois: Waveland Pres.
- McPheat, S. (2010). *Effective Communication Skills*. Ukraine: MTD Training and Ventus Publishing
- Özensel, E. ve A. Koçak (2004). *Hekimler ve Hekimlik, Hekimlerin Mesleki Görüş ve Tutumları-İşDoyumları ve Tükenmişlik Düzeyleri*. Konya: Çizgi Kitapevi.
- Özlu, T. (2005). *Hasta Hakları Hakkımız Var Çünkü Hastasınız*. İstanbul: Timaş.

- Parasuraman, A., Zeithaml V. A. ve L. L. Berry (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64.1, 12-40.
- Roter, D. L. ve J.A. Hall (2006). *Doctors Talking With Patients/Patients Talking With Doctors*. London: Praeger Publishers.
- Roter, D.J. ve K.S. McNeilis (2003). The Nature of the Therapeutic Relationship and the Assessment of Its Discourse in Routine Medical Visits. Ed. T.L Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Miller ve R. Parrott içinde *Handbook of Health Communication*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 121-140.
- Street, R. L. (2003). *Communication in medical encounters: An ecological perspective*. Ed. T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller ve R. Parrott. İçinde *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, London: Publishers Mahwah.63-89.
- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları*, Ankara: Ekinoks.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2015), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Bora Başara, B., Güler, C ve Yentürk; G. K. (Eds.), Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Tengilimoğlu, D., M. Akbolat, O. Işık (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*”, İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Terakye, G. (1994) *Hemşirelikte İletişim Ve Hasta Hemşire İlişkileri*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Tutar, H. (2003). *Örgütsel İletişim*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Tutar, H. ve M.K. Yılmaz (2012). *İletişim*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Wolff, F., N. Marsnik, W. Tracey ve R. Nichols (1983). *Perceptive Listening*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Sürekli Yayınlar

- Aksoy, A. ve F. Kutluca (2005). Çalışma Hayatında Stres Kaynakları, Stres Belirtileri ve Stres Sonuçlarının İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 49.1,458-486.
- Anbori, A., Ghani, S.N. Yadav, H. Daher, A.M. ve T.T. Su (2010) Patient Satisfaction and Loyalty to the Private Hospitals in Sana'a, Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*. 22.4, 310-315.
- Anderson, E. (1995). Measuring Service Quality and a University Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 8.2, 32-37.
- Anderson, E.W., C. Fornell ve S. Mazvancheryls (2004). Customer Satisfaction and Shareholder Value. *Journal of Marketing*, 68.4, 172-185.
- Anderson, L ve R. Dedrick (1990). Development of the Trust in Physician Scale: A Measure To Assess Interpersonal Trust In Patient-Physician Relationships. *Psychological Reports*. 67.3, 1091-1100.
- Arı, G.S., H. Bal ve E.Ç. Bal (2010). İşe Bağlılığın Tükenmişlik ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisindeki Aracılık Etkisi: Yatırım Uzmanları Üzerinde Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 15.3, 143-166.
- Arora, N. (2003). Interacting With Cancer Patients: The Significance of Physicians' Communication Behavior. *Social Science & Medicine*. 57.5, 791-806.
- Asnani, M. (2009). Patient-physician communication. *West Indian Medical Journal*. 58.4, 357-361.
- Astuti, H. J. ve K. Nagase (2014). Patient loyalty to healthcare organizations: Relationship marketing and satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7.2, 39-56.
- Ataç, A. (2009). İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 40.2,89-95.
- Atıcı, E. (2007a). Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33.2, 91-96.
- Atıcı, E. (2007b). Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33.1, 45-50.
- Aydın, E. ve, N. Ersoy (1995). Tıp Etiği İlkeleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 3.2, 48-52.
- Aydın, E; (2003). Hasta Hakları ve Terminal Dönem. *Yoğun Bakım Dergisi*. 3.1, 37-42.

- Bauer; C. (2000). Limiting Factors on the Transformative Powers of E-Mail In Patient-Physician Relationships: A Critical Analysis. *Health Communication*. 123, 239-259.
- Bol, P., G. Gül ve A.E. Erbaycu (2013). Hasta - Hekim İletişimindeki Eksiklik Ve Hataların Ortaya Konmasında Fmea Model Analizinin Katkısı. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 27.3, 181-191.
- Booth, A. ve N. Babchuk (1972). Seeking Health Care from New Resources. *Journal of Health and Social Behavior*. 13.1, 90-99.
- Boscarino, J. ve S.R Stebier (1982). Hospital Shopping and Consumer Choice. *Journal of Health Care Marketing*. 2.2, 15-23.
- Bredart, A., C. Bouleuc ve S. Dolbeault (2005). Doctor-Patient Communication and Satisfaction With Care in Oncology. *Current Opinion in Oncology*.17.14, 351-354.
- Brody, D.S., S.M. Miller, C.E. Lerman, D.G. Smith, C.G. Lazaro ve M.J. Blum (1989). The Relationship Between Patients' Satisfaction with Their Physicians and Perceptions About Interventions They Desired and Received. *Medical Care*. 27.11, 1027-1035.
- Burns, L. R. ve D. R. Wholey (1992). Factors affecting physician loyalty and exit: a longitudinal analysis of physician-hospital relationships. *Health Services Research*. 27.1, 1-24.
- Campbell, S., M. O Roland ve S. A. Buetow (2000). Defining Quality of Care. *Social Science & Medicine*. 51.11, 1611-1625.
- Caruana, A. ve N. Fenech (2005). The Effect of Perceived Value and Overall Satisfaction on Loyalty: A Study among Dental Patients. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*. 5.3, 245-255.
- Caruana, A. ve N. Fenech (2005). The Effect of Perceived Value and Overall Satisfaction on Loyalty: A Study among Dental Patients. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*. 5.3, 245-255.
- Cater T ve B. Cater (2010). Product And Relationship Quality Influence on Customer Commitment And Loyalty in B2B Manufacturing Relationships. *Indiana Market Management*. 39.8,1321-1333.
- Chen, W., H. Starks, C. Shiu, K. Frederiksen-Goldsen, J. Simoni, F. Zhang, C. Pearson ve H. Zhao (2007). Chinese Hiv-Positive Patients And Their Healthcare Providers: Contrasting Confucian Versus Western Notions of Secrecy and Support. *Advances in Nursing Science*. 30.4, 329-342.
- Cheraghi-Sohi, S., A. R. Hole, N. Mead, R. Mcdonald, D. Whalley, P. Bower ve M. Poland (2008). What Patients Want From Primary Care Consultations: A

- Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. *Annals of Family Medicine*. 6.2, 107-115.
- Daughtrey, C. L., N. S. Vowles, ve G. S. Black (2013). The Effects of Membership and Demographics on Consumer Satisfaction and Loyalty in Service Organizations. *Services Marketing Quarterly*. 34.4, 292-308.
- Dimitriades Z. (2006). Customer Satisfaction, Loyalty and Commitment in Service Organizations: Some Evidence from Greece. *Management Research News*, 29.12, 782-800.
- Elçioğlu, Ö., S. Duman ve N. Kırımlıoğlu (2007). Bir Kurumu Temsil Eden Hekimin Kullandığı Dildeki Güç Unsurları. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi*. 15.1, 19-29.
- Emanuel; E.J. ve L.L. Emanuel (1992). Four Models Of The Physician-patient Relationship. *The Journal of the American Medical*. 267.16, 2221-2229.
- Erdoğan, T., A. S. Ünsar ve N. SÜT (2009). Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 14.2, 447-461.
- Ergül, H. F. (2005). Motivasyon ve Motivasyon Teknikleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 4.14, 67-79.
- Firth-Cozens, ve J.J. Greenhalgh (1997). Doctors' Perceptions of the Links between Stress and Lowered Clinical Care. *Social Science & Medicine*. 44.7, 1017-1022.
- Fuch, V. R. (1988). The Competition: Revolution in Health Care. *Health Affairs*. 7.3, 5-24.
- Gabel, L., J. Lucas ve R. Westbury (1993). Why do patients continue to see the same physician? *Family Practice Research Journal*. 13.2, 133-147.
- Garman, A., J.Garcia ve M. Hargreaves (2004). Patient Satisfaction as A Predictor Of Return-to-Provider Behavior: Analysis and Assessment of Financial Implications. *Quality Management in Health Care*. 13.1, 75-80.
- Geçer, T. ve C. Dikmen (2015). Communication in Health. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3.21, 515-527.
- Geyskens, I., Steenkamp, J.-B., N. Kumar (1999). A Meta-analysis of Satisfaction in Marketing Channel Relations. *Journal of Marketing Research*, 36.2, 223-238.
- Gül, G., P. Bol ve A.E. Erbaycu (2012). Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta-Hekim İletişiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bir Kano Model Analizi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 26.3, 183-194.

- Gül, H., E. Oktay ve H. Gökçe (2008). İş Tatmini, Stres, Örgütsel Bağlılık, İşten Ayrılma Niyeti Ve Performans Arasındaki İlişkiler: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Akademik Bakış*. 15 (Ekim), 1-11.
- Gümüştekin E. G. ve A. B. Öztemiz (2005). Örgütlerde Stresin Verimlilik Ve Performansla Etkileşimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 14.1, 271-288.
- Hall, A. J., D.L. Roter ve C.S. Rand (1981). Communication of Affect Between Patient and Physician. *Journal of Health and Social Behavior*. 22.1; 18-30.
- Harmon, G., J. Lefante ve M. Krousel-Wood (2006). Overcoming Barriers: The Role of Providers in Improving Patient Adherence to Antihypertensive Medications. *Current Opinion Cardiology*. 21.4, 310-315.
- Harris, K. M. (2003). How Do Patients Choose Physicians? Evidence from a National Survey of Enrollees in Employment-Related Health Plans. *Health services research*. 38.2, 711-732.
- Hausman, A. V ve D. Mader. (2004). Measuring Social Aspects in the Physician/Patient Relationship. *Health Marketing Quarterly*, 21.3, 3-26; DOI:10.1300/J026v21n03_02
- Henrdon, J. ve K. Pollick (2002). Continuing Concerns, New Challenges, and Next Steps in Physician-Patient Communication. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 84.2, 309-315.
- Hibbard, J. H. ve E. C. Weeks (1987). Consumerism in Health Care: Prevalence and Predictors. *Medical Care*. 25.11, 1019-1032.
- Homburg, C, N. Koschate ve W.D. Hoyer (2005). Do Satisfied Customer Really Pay More? A Study of the Relationship Between Customer Satisfaction and Willingness to Pay. *Journal of Marketing*, 69.2, 84-96.
- Hulka, B., L. L. Kupper, J. C. Cassel ve F. Mayo (1975). Doctor-Patient Communication and Outcomes among Diabetic Patients. *Journal of Community Health*. 1.1,15-27.
- Keating, N. L., D. C. Green, A. C. Kao, J.A. Gazmararian, V.Y. Wu ve P.D. Cleary (2002). How Are Patients' Specific Ambulatory Care Experiences Related To Trust, Satisfaction, And Considering Changing Physicians? *Journal of General Internal Medicine*. 17.1, 29-39.
- Keogh, F., J. O'Riordan, C. McNamara, C. Duggan ve S. R. McCann (1998). Psychosocial Adaptation of Patients and Families Following Bone Marrow Transplantation: A Prospective, Longitudinal Study. *Bone Marrow Transplantation*. 22.9, 905-911.
- Kessler, D.P. ve D. Mylod (2009). Does Patient Satisfaction Affect Patient Loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24.4, 266-273.

- Kindler, C.H., L. Szirt, D. Sommer, R. Hausler ve W. Langewitz (2005). A Quantitative Analysis of Anaesthetist-Patient Communication during the Pre-Operative Visit. *Anaesthesia*. 60.1, 53–59.
- Klaw, E., P.D. Huebsch ve K. Humphreys (2000). Communication patterns in an on-line mutual help group for problem drinkers. *Journal of Community Psychology*. 28.5, 535-546.
- Kuhlmann, E. (2006). Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society. *Current Sociology*. 54.4, 607-620.
- Kumcağız, H., M. Yılmaz, S.B. Çelik ve İ.A. Avcı (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*. 38.1,49-56.
- Lawton R.B. ve R.W. Douglas (1992). Factors Affecting Physician Loyalty and Exit: A Longitudinal Analysis of Physician-Hospital Relationships. *Health Services Research* 27.1, 1-24.
- Lee, M. ve L.F. Cunningham (2001). A Cost/Benefit Approach to Understanding Service Loyalty. *Journal of Services Marketing*. 15.2, 113-130.
- Levinson, W., R. Gorawara-Bhat ve J. Lamb (2000). A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *The Journal of the American Medical Association*. 284.8, 1021-1027.
- Little, P., H. Everitt, I. Williamson, G. Warner, M. Moore, C. Gould, K. Ferrier ve S. Payne (2001). Observational Study Of Effect Of Patient Centredness And Positive Approach On Outcomes Of General Practice Consultations. *BMJ*.323.7318, 908-911.
- Maguire, P. (1999). Improving Communication with Patients with Cancer. *European Journal of Cancer*. 35.10, 2058-2065.
- Maly, R. C., J.C. Frank, G.N. Marshall, M.R. Dimatteo ve D.B. Reuben (1998). Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI): Validation of an Instrument in Older Persons. *American Geriatrics Society*. 46.7, 889-894.
- Marvel, M.K., R.M. Epstein, K. Flowers ve H.B. Beckman (1999). Soliciting The Patient's Agenda: Have We Improved? *The Journal of the American Medical Association*. 281.3, 283–287.
- Mcgoldrick, J.P. ve E. Andre (1997). Consumer Mis-Behavior Promiscuity or Loyalty in Grocery Shopping. *Journal of Retailing and Consumer Services*. 4.2, 73-81.
- McMullan, R. ve A. Gilmore, (2003). The Conceptual Development of Customer Loyalty Measurement: A Proposed Scale. *Journal of Targeting, Measurement, and Analysis for Marketing*.11.3, 230–243.

- Meredith, P. (1993). Patient Satisfaction with Communication in General Surgery. Problems of Measurement and Improvement. *Social Science and Medicine*. 37.5, 591-602.
- Meyer, S., P. Ward, J. Coveney, ve W. Rogers (2008). Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review*. 17.2, 177-186.
- Montaglione, C. J. (1999). The Physician–Patient Relationship: Cornerstone of Patient Trust, Satisfaction and Loyalty. *Managed care quarterly*, 7.3, 5-21.
- Morgan, R.M. ve S.D. Hunt (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*. 58.3, 20-38.
- National Research Corporation (1985). National Survey of Consumers on Current Health. Akt. Lane, P.M., ve J.D. Lindquist (1988). Hospital Choice: A Summary of The Key Empirical and Hypothetical Findings of the 1980s. *Journal of Health Care Marketing*. 8.4, 5-20.
- Neal, W.D. (1999). Satisfaction is nice, but value drives loyalty. *Marketing Research*. 11.1, 21-23.
- Nelson, E., R. Rust, A. Zahorik, R. Rose, P. Batalden ve B. Siemanski (1992). Do Patient Perceptions of Quality Relate to Hospital Financial Performance? *Journal of Healthcare Marketing*. 12.4, 1-13.
- Nichols, S. (1987). Women's Preferences For Sex Of Doctor: A Postal Survey. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 37.305, 540-543
- Oermann, M., ve T. Templin (2000). Important Attributes Of Quality Health Care: Consumer Perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*. 32.2, 167-172.
- Oğuz, Y.N; (1995). Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*. 3.2, 59-65.
- Oliver, R.L. (1999). Whence Consumer Loyalty. *The Journal of Marketing*. 63(Special Issue), 33-44.
- Olsen, D. M., R. L. Kane ve J. Kasteler (1976). Medical Care as a Commodity: An Exploration of the Shipping Behavior of Patients. *Journal of Community Health*. 2.2, 85-91.
- Onay, M., ve S. Kılıcı (2011). İş Stresi ve Tükenmişlik Duygusunun İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkileri: Garsonlar Ve Aşçıbaşılar. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 3.2, 363-372.
- Özen, S. (2007). İşyerinde Psikolojik Şiddet Ve Nedenleri. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 9.3, 1-23.

- Özkoç, H. (2013). Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi ve Nested Logit Model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 15.2. 267-280.
- Parle, M., B.L. Jones ve P. Maguire (1996). Maladaptive Coping and Affective Disorders amongst Patients with Cancer. *Psychological Medicine*. 26.4, 735-744.
- Passalacqua, S.A. ve C. Segrin (2012). The Effect of Resident Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift. *Health Communication*. 27.5, 449-456. DOI: 10.1080/10410236.2011.606527
- Peltier, J.W., T. Boyt ve J.A. Schibrowsky (1999). Obstetrical Care and Patient Loyalty. *Marketing Health Services*. 18.2, 5-12.
- Phillips, D. ve F. Brooks. (1998). Women Patients' Preferences for Female or Male GPs. *Family Practice*. 15.6, 543-547.
- Platonova, E.A., K.N. Kennedy ve R.M. Shewchuk (2008). Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. *Medical Care Research and Review*. 65.6, 696-712.
- Price, L. L. ve E. J. Arnould. (1999). Commercial Friendships: Service Provider-Client Relationships in Context. *Journal of Marketing*, 63.4, 38-56; DOI: 10.2307/1251973
- Qayyum, A., D. B. Khang ve D. Krairit (2013). An Analysis of The Antecedents of Loyalty and the Moderating Role of Customer Demographics in An Emerging Mobile Phone Industry. *International Journal of Emerging Markets*. 8.4, 373-391.
- Rhodes, R. ve J.J. Strain. (2000). Trust and transforming medical institutions. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 9.2, 205-217.
- Saha, S., S. H. Taggart, M. Komaromy ve A. B. Bindman (2000). Do Patients Choose Physicians of Their Own Race? *Health Affairs* 19.4, 76-83.
- Sharma, N. ve P. G. Patterson. (1999). The Impact of Communication Effectiveness and Service Quality on Relationship Commitment in Consumer, Professional Services. *Journal of Services Marketing*, 13.2, 151-170; DOI: 10.1108/08876049910266059
- Soysal; A. (2009). Farklı Sektörlerde Çalışan İşgörenlerde Örgütsel Stres Kaynakları: Kahramanmaraş Ve Gaziantep'te Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 14.2, 333-359.
- Street R. (1991). Information Giving in Medical Consultations: The Influence of Patients Communicative Styles and Personal Characteristics. *Social Science & Medicine*. 32.5, 541-548.

- Street R. L. ve D. Buller (1988). Patients Characteristics Affecting Physician–Patient Nonverbal Communication. *Human Communication Research*.15.1, 60-90. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=1K2PAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA63&dq=Communication+in+medical+encounters:+An+ecological+perspective&ots=AzkV8sb1q3&sig=5MeHAz2J8DLIP_E5yEc-HZXqBrc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Suki, N.M. (2011). Assessing Patient Satisfaction, Trust, Commitment, Loyalty and Doctors' Reputation towards Doctor Services. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 27.5, 1207-1210.
- Sümer, N. (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*. 3.6, 49-74.
- Szasz, T. S., ve M. H. Hollender (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine; the Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97.5, 585-592. Akt. Szasz, T.S., W.F. Knoff ve M.H. Hollender (1958). The Doctor-Patient Relationship and Its Historical Context. *American Journal of Psychiatry*. 115.6, 522-528.
- Tengilimoğlu, D. (2001), Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. *Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 1.1, 85-98.
- Thaichon, P., A. Lobo ve T. N. Quach (2016). The Moderating Role of Age in Customer Loyalty Formation Process. *Services Marketing Quarterly*. 37.1, 52-70.
- Thom, D. ve B. Campbell (1997). Patient-Physician Trust: An Exploratory Study. *Journal of Family Practice*. 44.2), 169-176.
- Tongue, J.R., H.R. Epps ve L.L. Forese (2005). Communication Skills For Patientcentered Care: Research-Based, Easily Learned Techniques For Medical Interviews That Benefit Orthopaedic Surgeons And Their Patients. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 87.3, 652-658.
- Torres, E, A.Z. Vasquez-Parraga ve C. Barra (2009). The Path of Patient Loyalty and the Role of Doctor Reputation. *Health Marketing Quarterly*. 26.3, 183-197.
- Tutuk, A., D. AL ve S. Doğan (2002). Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi Ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 6.2, 36-41.
- Ulrich, D. ve D. Lake (1991). Organizational Capability: Creating Competitive Advantage. *Academy of Management Executive*. 5.1, 77-92.
- Villas-Boas J.M. (2004). Consumer Learning, Brand Loyalty and Competition. *Marketing Science*. 23.1, 134-145.
- Waitzkin H. (1984). Doctor-Patient Communication. Clinical Implications of Social Scientific Research. *JAMA*. 252.17,2441-2446.

- Walker, J., A. Brooksby, J. McInerney ve A. Taylor (1998). Patient Perceptions of Hospital Care: Building Confidence, Faith and Trust. *Journal of Management*. 6.4, 193-200.
- Walley, K. ve D. Thwaites (1996). A Review, Synthesis and Interpretation of the Literature on Competitive Advantage. *Journal of Strategic Marketing*. 4.3, 163-179.
- Wang, H. L., J. Y. Huang, ve S. L. Howng. (2011). The Effect on Patient Loyalty of Service Quality, Patient Visit Experience and Perceived Switching Costs: Lessons From One Taiwan University Hospital. *Health Services Management Research*, 24.1, 29–36; DOI: 10.1258/hsmr.2010.010011
- Wang, H.; J. Huang ve S. Howng (2011). The effect on patient loyalty of service quality, patient visit experience and perceived switching costs: lessons from one Taiwan university hospital. *Health Services Management Research*. 24.1, 29-36.
- Willems, S., S. De Maesschalck, M. Deveugele, A. Derese ve J. De Maeseneer (2005). Socio-Economic Status Of The Patient And Doctor–Patient Communication: Does It Make A Difference? *Patient Education and Counseling*. 56.2, 139-146.
- Williams, S., J. Weinman ve J. Dale (1998). Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: A Review. *Family Practice*. 15.5, 480-492.
- Winker, M.A., A. Flanagan, B. Chi-Lum, J. White, K. Andrews, R.L. Kennet, C.D. Deangelis ve R.A Musacchio (2000). Guidelines for Medical And Health Information on the Internet: Principles Governing AMA Websites. *Journal of the American Medical Association*. 283.12, 1600-1606.
- Yılmaz, V. (2004). Lisrel İle Yapısal Eşitlik Modelleri: Tüketici Şikâyetlerine Uygulanması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2004.1, 77-90.
- Yurdakul, M. (2007). İlişkisel Pazarlama Anlayışında Müşteri Sadakati Olgusunun Ayrıntılı Bir Şekilde Analizi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 17.1, 268-287.
- Zaim, H. Ve M. TARIM. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 59.2, 1-24.

Bildiriler

- Kum N. (1992).Türkiye’de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar. 3. *Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*; Sivas: Esaf Ofset Matbacılık, ss. 137 - 139.
- Özcan, S. Ve K. Baş (2013). Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama. *International Conference On Eurasian Economies 2013*, Bildiri Kitabı, 17-18 Eylül 2013, ss.822-831.
- Welbourne, J. L., A. L. Blanchard ve M. D. Boughton (2009) Supportive Communication, Sense of Virtual Community and Health Outcomes in Online Infertility Groups. *Fourth International Conference on Communities and Technologies Congress Book*. 25-27 June 2009, pp. 31-40.

Tezler

- Balta, Y. (2015). *Kurumsal İletişimde Marka Yönetimi Ve Hizmetkâr Markalar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çelik F. (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dabeet, A. J. (1991). *Communication in Public Sector vs Private Sector*. Master Degree Thesis, Pennsylvania: Faculty of the Department of Political Science Kutztown University.
- Hoşgör, D. G. (2014). *İletişim ve Sağlık İletişimi*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Keiningham, T.L., Vavra, T.G., Aksoy, L., ve Wallar, H. (2006). *Sadakat Söylenceleri*. İstanbul: Rota Yayıncılık. Akt. Erk, Ç. (2009). *Müşteri İçin Değer Yaratma, Müşteri Sadakati Oluşum Süreci ve Şirket Performansına Etkileri Üzerine Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ören, D. (2013). *Örgütsel Stres Ve Tükenmişlik İlişkisi: Konaklama İşletmeleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özer, O. (2007). *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması ile Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi*. T.C. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi.
- Pak, H. (2014). *Hekim-Hasta İlişkisinde Olumlu Ve Olumsuz Duyguların Tüketici Davranışı Çerçevesinde İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Quinn, A.J. (2003). *The Relationship of Employee Turnover and Patient Loyalty*. Doctoral Thesis, South Carolina: Faculty of the Medical University, College of Health Professions.
- Tezcan, C.(2008). *Yapısal Eşitlik Modelleri*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Turhan, E.S. (2014). *Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Uludağ, A. (2011). Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Üzümcü, F. (2013). Hastanelerde Hasta Memnuniyeti İle Hasta Sadakati Arasındaki İlişki: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Wazzan, D.B. (2007). Patient Loyalty versus Satisfaction: Implications for Quality and Marketing Strategies. Thesis of doctoral degree. Washington: Walden University, School of Health and Human Services.

İnternet Kaynakları

- Göktaş, P. (2012). Sağlık Sistemimiz Problemsiz mi? <http://www.saglikaktuel.com/yazi/turkiyede-saglik-sisteminin-temel-sorunlari-6745.htm>
Erişim Tarihi: 02.05.2016.
- Altun, N. (2012). Hekim & Hasta İlişkisi. http://www.necdaltun.com/FileUpload/ks2024/File/hasta-hekim_iliskisi.pdf, (Erişim Tarihi: 12.05.2016)
- Reichheld, F.F. ve W.E. Sasser (1990). Zero Defections: Quality Comes to Services. <https://hbr.org/1990/09/zero-defections-quality-comes-to-services>. (Erişim Tarihi: 09.06.2016)
- Wang, H. L., Y. C. Hsiao ve J. Huang. "Service Quality and Loyalty in Varying Patient's Knowledge and Perceived Switching Costs: Lesson From Taiwan. http://www.bschool.cuhk.edu.hk/asia-aom/PDW06/T2_Wang_Hsiao_Huang.pdf, Erişim Tarihi: 20.04.2016.
- Urgan, R. (2012). Akt. <http://www.milliyet.com.tr/daha-zeki-olmanin-24-yolu/gundem/gundemdetay/02.03.2012/1510401/default.htm>. Erişim Tarihi: 02.05.2016.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420; <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1> (Erişim Tarihi: 15.05.2016).
- <https://tr.wikipedia.org/wiki/Anamnez> (Erişim Tarihi: 04.04.2016).
- <http://iletisim.nedir.com/> Erişim Tarihi: 03.07.2016.
- <http://www.kadikoysifa.com/sifali-bilgiler/751/tukenmislik-sendromu.aspx> (Erişim Tarihi: 09.07.2016).

EKLER

Ek-1 Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, “Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim ve Hastane Bağlılığına Etkisi” ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Çalışma tamamen bilimsel amaçlı hazırlanmış olup, hekim ile hasta iletişiminin hastanın hekime veya hastaneye bağlılığını etkileyip etkilemediğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Araştırma için sizden yaklaşık 10 dakika ayırmanızı rica ediyoruz. Araştırmaya sizinle birlikte yaklaşık 400 kişinin katılması planlanmıştır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle cevaplamanızdır.. Bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

Medeni Durumunuz : () Evli () Bekâr

Yaşınız:

Hanenin Aylık Ortalama Geliri:.....

Eğitim Durumunuz : () Ortaokul ve Altı () Lise () Ön Lisans

() Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

Mesleğiniz:.....

En son hizmet aldığınız hekimin cinsiyeti: () Kadın () Erkek

En son hangi hastalık şikayeti ile hekime başvurduunuz:.....

Hastaneye ne sıklıkta gidiyorsunuz?: () Hemen Hemen Her Gün Haftada Defa
Ayda Defa Yılda Defa

En son hizmet aldığınız hastane:

- () Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- () Yenikent Devlet Hastanesi
- () Adatıp Hastanesi
- () Özel Beyhekim Hastanesi
- () Özel Altınova Hastanesi
- () Özel Bilge Hastanesi
- () Toyota Acil Yardım Hastanesi
- () Vatan Hastanesi
- () Kadın doğum ve Çocuk Hastanesi

Bu hastaneyi tercih sebebiniz (Birden fazla seçenek seçilebilir)

- () Ulaşımının kolay olması
- () Evime yakın olması
- () Eş-dost tavsiyesi
- () Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması
- () Hastane personelinin tanıyıp tanımadığı
- () Doktorumun o hastanede çalışması
- () Hastaneye duyduğum güven
- () Hastane personelinin nezaketi
- () Hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması
- () Diğer:

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hizmet aldığım hastanenin doktorlarından gelecekte de hizmet almaya devam edeceğim.					
Doktorumla aramdaki ilişkiyi sürdürme konusunda çok kararlıyım.					
Doktorumla aramdaki ilişkiyi sürdürebilme ihtimaline sahip olmak iyidir.					
Doktorum ihtiyaçlarıma uygun hizmet sunmak için gerekli yeteneğe sahiptir.					
Doktorum özel sağlık sorularımı cevaplamak için mükemmel düzeyde bilgi sahibidir.					
Doktorumun mevcut durumumu ve sağlık sonuçlarımı geliştirmek konusundaki performansı iyidir.					
Doktorumun kararlarına güvenirim.					
Doktorum bana değerli olduğum izlenimini vermektedir.					
Doktorumun beni ben olduğum için kabul ettiğini hissedirim.					
Doktorum sorunlarıma içten bir şekilde yaklaşmaktadır.					
Doktorum bana karşı çok özenlidir.					
Doktorum bana karşı dürüst davranır.					
Doktorum problemlerimin çözümünde samimi bir ilgi göstermektedir.					
Hizmet aldığım hastaneden gelecekte de hizmet almaya devam edeceğim					
Hastanemden hizmet almaya devam etme konusunda çok kararlıyım.					
Hastanemden hizmet almaya devam edebilme ihtimaline sahip olmak iyidir.					
Başka Hastanelerden hizmet alabilme şansına sahip olmak iyidir. (T)					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
Doktora söylemem gereken şeyleri açıkça söylemeye dikkat ederim.					
Doktora hangi soruları soracağımı bilirim.					
Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var.					
En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim.					
Görüşmelerimin çoğunluğunu doktorla yaparım.					
En önemli sağlık sorunumu ciddi bir şekilde ele alan bir doktorum var.					
Doktorumun söylediklerini anlarım.					
En önemli sağlık sorunum hakkında bir şeyler yapabilen bir doktorum var.					
Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim.					
Doktorun söylediklerini anlamadığım zaman daha fazla bilgi vermesini isterim.					
Doktorum şikâyetimi anlatabilmem için yeterli süreyi verir.					
Doktoruma soru sorduğumda anlaşılır cevaplar alabilirim.					
Doktorum sorularımı cevaplamak için yeterince zaman ayırır.					
Doktorum ailemin veya yaşam koşullarımın hastalığımı nasıl etkileyebileceğini sorar.					
Doktorumdan istediğim kadar tıbbi bilgi alabilirim.					
Tedavimle ilgili kararlara istediğim ölçüde katılabilirim.					

Anket bitmiştir. Varsa belirtmek istediğiniz lütfen yazınız. Katılımınız için Teşekkür Ederiz.

Ek-2 Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/05/2016-E.19604



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı :61923333/050.99/
Konu :Doç. Dr. Mahmut AKPOLAT'ın
dilekçesi Hk.

Sayın Yrd.Doç.Dr. Mahmut AKBOLAT

Üniversitemiz Etik Kurulu Başkanlığının 04/05/2016 tarihli ve 57 sayılı toplantısında alınan "03" nolu karar örneği aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Ahmet Celal APAY
Etik Kurulu Başkanı

Yapılan görüşmeler sonunda; Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'ın "Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim ve Hastane Bağlılığına Etkisi" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy çokluğu ile karar verildi.

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



ÖZGEÇMİŞ

Özgün ÜNAL; 26.06.1990 Muş doğumlu. İlkokulu Silifke Gazipaşa İlkokulunda bitirdi. Lise eğitimini Yabancı Dil Ağırlıklı Silifke Lisesinde aldı. Lisans eğitimini Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde aldı. Yüksek lisans eğitimine 2013 senesinde Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi A.B.D.'da başladı. 2013 senesinde Türk Kızılayı özel Ticaret Borsası Hastanesinde Muhasebe biriminde analist olarak çalıştı. 2014 Labor-Med ve Sedna Sağlık medikal firmalarında görev yaptı. 12.02.2016 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde Araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.