

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/331831880>

SAĞLIK İLETİŞİMİ

Chapter · December 2018

CITATIONS

0

READS

264

2 authors:



Mahmut Akbolat
Sakarya University

78 PUBLICATIONS 187 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Özgün Ünal
Sakarya University

37 PUBLICATIONS 22 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



The effect of organizational justice perception on job satisfaction of health employees [View project](#)



Hastane İşletmelerinde Bölüm Maliyet Analizi [View project](#)

Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi

PROF. DR. GÜLTEKİN YILDIZ

Anı Kitabı



İ Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT
İ Doç. Dr. Mustafa Cahit UNGAN

 **SAKARYA**
ÜNİVERSİTESİ

EDİTÖRLER: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT - Doç.Dr. Mustafa Cahid Ünğan

PROF. DR. GÜLTEKİN YILDIZ ANI KİTABI

SAÜ Yayın No: 191

ISBN 978-605-2238-07-3

© Yayınlanan Bölüm Metinlerindeki Yazı, Fotoğraf, Yazım, Noktalama vb. Konularındaki Tüm Sorumluluk Yazarlarına Aittir.

Kaynak Gösterilmeden Alıntı Yapılamaz.

YAYIN HAKKLARI: © Sakarya Üniversitesi

1. Baskı Aralık 2018

BASKI: Sakarya Üniversitesi Basımevi

Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan/SAKARYA

e-posta: basimevi@sakarya.edu.tr

Tlf: 0 264 2955053 (4 hat)

İÇİNDEKİLER

PROF. DR. GÜLTEKİN YILDIZ	ii
SUNUŞ	xii
İŞLETME FAKÜLTESİ DEKANLIĞININ ÖNSÖZÜ	xiv
BABA FİĞÜRÜ OLARAK GÜLTEKİN YILDIZ	xvi
HOCA MODELİ OLARAK GÜLTEKİN YILDIZ	xvii
BİR YÖNETCİ OLARAK PROF. DR. GÜLTEKİN YILDIZ	xix
ÖRNEK BİR İNSAN OLARAK PROF DR. GÜLTEKİN YILDIZ	xx
İÇİNDEKİLER	xxi
SAĞLIK İLETİŞİMİ	1
1.1. İletişim	2
1.2. Sağlık İletişimi ve Sağlık İletişiminin Önemi	3
2. TEDARİK ZİNCİRİ YÖNETİMİ TRENDLERİ ÜZERİNE KAVRAMSAL BİR ÇALIŞMA	21
2.1. Trendlerin Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	26
2.2. Tedarik Zinciri Trendleri	29
3. HAKİKAT MI, BELAGAT MI? CEMİL MERİÇ VE İSMAİL BEŞİKÇİ ÖRNEKLERİNDEN TÜRK SAĞ VE SOL DÜŞÜNCE SİNDE MANTIK SORUNLARI ÜZERİNE	47
3.1. Klasik Mantıkta Bilgi Kategorileri ve Belagatin Yeri	48
3.2. Hamaset-Belagat Arasında “Zannı” Önergeler.....	52
4. ÖRGÜTLER “SOSYAL AKTÖR” KABUL EDİLEBİLİR Mİ? KAYNAK BAĞIMLILIĞI KURAMI PERSPEKTİFİNDEN BİR DEĞERLENDİRME ...	61
4.1. Bir Kuramı Anlama: Paradigma-Metafor- Problem Çözme Üçlüsü.....	62
4.2. Örgüt, Örgüt Kuramları ve Metafor	67
4.3. Kaynak Bağımlılığı Kuramı Perspektifinden Sosyal Aktör Olarak Örgüt	73
5. ÜST KADEME TEORİSİ: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE FİRMA PERFORMANSI İLİŞKİSİ	87
5.1. Üst Kademe Teorisi Kavramsal Çerçevesi.....	88

5.2. Demografik Özellikler	95
5.3. Firma Performansı	98
5.4. Demografik Özellikler ve Firma Performansı İlişkisi	99
6. REKABET HUKUKU PENCERESİNDEN ORTAK GİRİŞİMLER YOLUYLA BİRLEŞME VE DEVRALMALAR	111
6.1. Ortak Girişim Kavramına Genel Bir Bakış	112
6.2. Rekabet Hukuku Açısından Ortak Girişimler	121
6.3. Türk Rekabet Hukuku Uygulaması Açısından Ortak Girişimler	125
7. DENGELİ SONUÇ KARTI VE İNSAN KAYNAKLARI SONUÇ KARTI UYGULAMALARI	135
7.1. Dengeli Sonuç Kartı'nın Kavramsal ve Kuramsal Çerçevesi	136
7.2. Dengeli Sonuç Kartı Yönteminin Boyutları	139
7.3. Dengeli Sonuç Kartı Yönteminin Uygulanması	143
7.4. İnsan Kaynakları Sonuç Kartı Kavramı	145
7.5. İnsan Kaynakları Sonuç Kartının Ortaya Çıkış Nedenleri	147
7.6. İnsan Kaynakları Sonuç Kartının Boyutları	149
7.7. İnsan Kaynakları Sonuç Kartının Uygulama Süreci	152
7.8. Sonuç ve Değerlendirme	155
8. TÜRKİYE'DE KARIYER GELİŞTİRME: ARAŞTIRMALAR BAĞLAMINDA BİR DEĞERLENDİRME	163
8.1. Kavramsal Çerçeve	164
8.2. Araştırma	165
9. STRATEJİK DÜŞÜNCE DÜZEYLERİ İLE İNSAN KAYNAKLARI YAKLAŞIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	183
9.1. Stratejik Düşünceye Yönelik Kavramsal Çerçeve	184
9.2. İnsan Kaynakları Yaklaşımları	187
9.3. Araştırma	192
10. KURUMSAL İTİBAR YARATILIR MI, KAZANILIR MI?	201
10.1. Kurum teorisi	203
10.2. Kaynak Tabanlı Teori	204

10.3. Sinyal Teorisi	204
10.4. Kurumsal İtibar Nasıl Oluşur?.....	205
11. NARSİSİZMİN YÖNETSEL POZİSYON BAĞLAMINDA İNCELENMESİ	213
11.1. Narsisizm	214
11.2. Araştırmanın Arka Planı ve Hipotezi	217
11.3. Araştırma.....	218
12. POTANSİYEL İŞGÖRENLERİN İŞVEREN MARKASI ALGISI: SAKARYA ÇEEİ BÖLÜM ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ	227
12.1. İşveren Markası Kavramı ve İşveren Markasının Bileşenleri	228
12.2. İşveren Markası İle İlgili Yapılmış Araştırmalar	231
12.3. Potansiyel İşgörenlerin İşveren Markası Algısı: Sakarya Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölüm Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma	235
13. TURİZMDE YENİ BİR YAKLAŞIM OLARAK HELAL TURİZM	247
13.1. Helal Turizmin Bazı Kavramlar İle İlişkisi.....	248
13.2. Helal turizm pazarında Türkiye'nin yeri ve önemi	251
14. TÜRKİYE HIZLI TÜKETİM MALLARI PERAKENDECİLİĞİ SEKTÖRÜNE YÖNELİK BİR DEĞERLENDİRME	257
14.1. Türkiye HTM Perakendeciliği Sektörü	258
14.2. Türk Tüketicilerin HTM Perakendecisi Tercihlerinin Belirleyicileri ...	269
15. GÜMRÜK BİRLİĞİ SONRASI TÜRK DIŞ TİCARETİNİN GÖRÜNÜMÜ VE YAPISAL DEĞİŞİMİ	277
16. MUHASEBE ÖĞRETİMİNDE AKADEMİK BAŞARI VE DİSKALKULİ İLİŞKİSİ*	289
16.1. Muhasebe Eğitimi	293
16.2. Muhasebe Eğitiminde Başarıyı Etkileyen Faktörler.....	295
16.3. Muhasebe Eğitiminde Başarıyı Etkileyen Faktörlere İlişkin Literatür	296
16.4. Diskalkuli (Matematik Öğrenme Güçlüğü)	303
16.5. Ampirik Araştırma	304
17. BİRLEŞMİŞ MİLLETLER'İN DÜNYA GÜVENLİĞİNDEKİ ROLÜ: DEVLET-İÇİ ÇATIŞMALAR VE BARIŞ GÜCÜ OPERASYONLARI	333

17.1. Uluslararası Güvenliğin En Önemli Aracı: Barış Gücü Operasyonları	336
17.2. Egemenlik Kavramına İlişkin Görüşler	341
17.3. Konsey'in Güç Kullanımı Yetkisi Sorunu Ve Artılar/Eksiler.....	343
18. BULANIK MANTIK.....	349
18.1. Klasik ve Bulanık Kümeler	352
18.2. Üyelik Fonksiyonları	354
18.3. Analiz Süreci.....	356
18.4. Bulanık Mantık Hakkındaki Eleştiriler	361
18.5. İşletme Yönetiminde Bulanık Mantık	362
GENEL KAYNAKÇA	365

SAĞLIK İLETİŞİMİ¹

Mahmut AKBOLAT

Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

makbolat@sakarya.edu.tr

Özgün ÜNAL

Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

ozgununal@sakarya.edu.tr

Giriş

İletişim kavramının yaşamımızın her alanını sarmalamış olması, her sektör için iletişim araştırmalarının önemini artırmıştır. İnsana hizmet sunulan sektörlerde ise iletişim kavramını önemi katbekat artmaktadır. Sağlık sektörü, insana hizmet sunulan sektörler arasında karmaşıklık düzeyi en yüksek olanıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinde birçok farklı insana, birçok farklı meslek mensubu ile hizmet sunulmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetleri sunumunda iletişimi daha önemli hale getirmektedir.

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, hemşireye ve diğer sağlık personeline duyulan güven sonucunda önerilen tedavinin iyi uygulanması ve 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 sesinin dış dünyaya açılan penceresi olarak ifade

¹ Bu bölüm Özgün ÜNAL'ın "Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasından geliştirilmiştir.

etmektedirler. Bütün bu tanımların ortak noktası, iletişimin bireylerin duygu ve düşüncelerini başka bireylerle paylaşmasıdır.

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 temelinde düşünüldüğünde, sunulacak hizmetin türünün ve niceliğinin belirlenebilmesi için öncelikle 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 gerekmektedir. Bu da ancak iletişim ile mümkündür. 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. Hekimin ya da sağlık personelinin hastaya verdiği uygulamaların önemini anlatabilmesi ve hastayı ikna edebilmesi halinde tedaviler uygulanır olabilecektir. Çünkü pek çok tedavinin uygulanması sağlık kuruluşu dışında hasta tarafından bireysel olarak gerçekleştirilmektedir. Bu durum göz önüne alındığında iletişimin sağlık hizmetlerinde ki yansıması olan sağlık iletişimi dikkatle irdelenmesi gereken, gerek sağlık kuruluşlarının gerek sağlık personelinin, gerekse sağlık hizmetleri müşterisi olan hastaların üzerine eğilmesi gereken önemli bir konudur.

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

1.1. İletişim

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana bireyler kendisini diğer bireylere ifade edebilmek için çeşitli yöntemler geliştirmişlerdir. İşaretler ve çeşitli sesler çıkarmak, mağara duvarlarına resimler çizmek ve nihayetinde konuşmak bu yöntemlerden bir kaçıdır.

İletişim bilgi, düşünce, duygu veya fikirlerin bir bireyden bir başka bireye beden dili, çeşitli sesler ve simgelerle iletilmesidir (Balta, 2015: 3; Tutar, 2003: 41). 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 (Ertekin, 2017: 37; Carter, 1972: 9). İletişim kavramına ilişkin yapılan onlarca tanım olmasına rağmen bunların ortak noktasına bakılacak olursa iletişim, gönderici ile alıcı arasında iletileri anlaşılır kılmak için ortaya konulan bir çaba olarak nitelenmektedir (Geçer ve Dikmen, 2015: 518; Bahar, 2012: 2; Tengilimoğlu, 2001: 15).

İletişim süreci bireyin isteği doğrultusunda gelişen bilinçli bir süreçtir ve sosyal yaşamının temelini oluşturmaktadır (Tutar ve Yılmaz, 2012: 19). İletişim olmadan insanların varlığını sürdürmesi olası değildir (Ertekin, 2017: 39). Kendilerini ilgilendiren bir sorunu çözmek için bireylerin diğer bireyler ile iletişim kurmaları gerekmektedir (Bahar, 2012: 2). Bir anlamda, iletişim model uçak yapımında kullanılan tutkal gibidir (Dabeet, 1991: 7). Eğer model uçağın parçaları birbirine iyi yapışmazsa uçak daha uçmadan dağılacaktır. Bu anlamda iletişim bireyleri birbirine yaklaştırmaya ve kaynaştırmaya bir etkiye sahiptir.

İletişimin amacı insanların tutum ve davranışlarını etkilemek veya belirli bir amacı gerçekleştirmektir. Yani bireyler arasında ortak bir referans alanı oluşturmaktır (Tutar ve Yılmaz, 2012: 21). Sağlıklı iletişim ile bireyler birbirlerini daha iyi anlar, doğru bilgiye hızla ulaşır, olası anlaşmazlıklar önlenir, stres unsurları ortadan kaldırılır, bireyler kendilerine destek bulurlar, başkalarının fikir, deneyim, alışkanlık ve tutumlarından yararlanabilme imkânı bulurlar (Dicleli, 2000: 263-265).

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 olmayışındır. 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 kuruluştan öğrenmesi de sağlık iletişimi kapsamında değerlendirilmektedir.

Desmond ve Copeland'e göre (2010: 2) hastayla kurulan etkili iletişim; 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. İletişim becerileri yönünden donanımlı sağlık profesyonellerinin varlığı, hasta sağlığı ve memnuniyeti üzerinde ve kuruluşun başarılı olmasında etkilidir (Hoşgör, 2014: 70). Özetle hastanın tüm hastane personeli olan sağlık iletişimi; hastanın aldığı hizmetten memnuniyetini, sağlık profesyoneline olan güvenini, 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. Hekim-Hasta İletişimi

Hastaların sağlık hizmeti alımı esnasında en çok yüz yüze geldikleri sağlık profesyoneli olan hekimlerin, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin temel yapı taşı olmaları sebebiyle hekim hasta iletişimi hastaneler açısından hayati öneme sahiptir. 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 ise hekimine güvenmesi gerekmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 355). Dinççağ (1999: 1) hastayla kurulan iyi bir iletişimin hastanın hekimine güven duymasını ve daha detaylı anamnez vermesini sağlayacağını, bunun da hekimlerin daha doğru tanı koymasına yardımcı olacağını ifade etmektedir.

Literatürde yer alan 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). 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.

1.2.2. Hemşire -Hasta İletişimi

Hasta ile günün 24 saatinde birlikte olan, hastalıkta, uygulamada, tedavi işlemlerinde hastaya yardım edecek sağlık personeli hemşiredir. Hemşirenin hastayla kurduğu iletişim, verdiği bakımın niteliğini de etkileyebilmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 364). Hemşirelerin hastalara etkili bir tedavi sunabilmesi ve onları memnun edebilmesi için hastaları anlayabilmesi, sorunlarına yardımcı olabilmesi gerekmektedir (Tutuk, Al ve Doğan, 2002: 36; Kumcağz ve diğerleri, 2011: 50-51). . Bu yardım ilişkisi ise ancak iletişim tekniklerinin kullanımı ile mümkündür (Akgün-Çıtak et al., 2011: 35). 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, tedavinin etkinliğini ve kalitesini doğrudan etkilemektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 355; Yılmaz, 2001: 69). Etkili bir iletişim ile hemşireler, hastaların gerçek duygularını öğrenebilir, güvenlerini kazanabilir, hasta ile işbirliği yapabilir, hastaların endişelerini giderebilir ve hastaların motivasyonunu arttırabilirler (Özkan, 2011: 98-99).

Güven unsuru hasta hekim iletişiminde olduğu gibi hasta hemşire iletişiminde de kilit rol oynamaktadır. Güven duygusunun oluşturulması ise hemşirenin hastayı içtenlikle ve iyi dinlemesine, hastayı sağlık ekibiyle paylaşmak istemediği konularda cevap vermesi için zorlamamasına, doğru ve samimi tepkiler vermesine, hastanın tepkilerine yargılayıcı ve emredici tavır takınmadan tarafsızca yaklaşmasına bağlıdır (Uyer, 2000: 92).

1.2.3. Diğer Sağlık Profesyonelleri -Hasta İletişimi

Diğer sağlık profesyonelleri² ile hasta iletişimi ise hastanın hekim ve hemşirelerle olan iletişimine nazaran daha çok hizmet yönetimi için önemlidir

² Diğer sağlık profesyoneli ebe, diş hekimi, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, laboratuar teknisyeni, röntgen ve radyoterapi teknisyeni, fizik tedavi teknisyeni, diş

(Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015: 364). Hastaların memnuniyetlerini etkileyen bir diğer husus ise diğer sağlık profesyonelleri ile kurmuş oldukları iletişimdir. Hastaların hekimlerin istediği tetkiklerin ve tedavilerin uygulanması esnasında diğer sağlık profesyonelleri ile kurdukları iletişim hem hastanın memnuniyetini hem de hastanın tanı ve tedavi uygulamalarına katılımını sağlayacaktır. 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.

1.2.1. Sağlık İletişiminin Zorlukları ve Sorunları

Sağlık iletişimi; bir takım sağlık problemleri yaşayan, sağlık hizmetine ya da sağlık bilgisine 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 iletişimi bünyesinde bir takım zorluklar barındırmaktadır. 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 hastanın, hekim ve diğer sağlık profesyonellerinin yaklaşımlarını yanlış değerlendirmesi iletişim bozukluğuna yol açabilir.

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.

protez teknisyeni, ruh sağlığı teknisyeni, patoloji teknisyeni vs. olarak sıralanabilir (Çelik, 2008:37).

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 olaydan da anlaşılacağı üzere, sağlık iletişiminde; kültür, dil, iletişim şekli, hastaya ayrılan zaman, hastanın kavrama durumu ve hastanın inançları tedaviyi 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

Bir hekimin hastaya yararı yalnız bilgisi ile değil, bu bilgisini hastaya aktarmasını sağlayan etkili iletişim ile en üst seviyeye çıkmaktadır (Asnani, 2009: 358). Bu nedenle hekimin hastayla iletişim kurarken seçtiği konuşma dili önemlidir. Eğer hekim hasta ile konuşurken tıbbi terimleri sıklıkla kullanırsa hekimler ile hastalar arasında iletişim kopukluğu yaşanabilir. Bu da hastanın anlama güçlüğü ve şikâyetlerini oluşturmaktadır (Turhan, 2014: 77).

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. Hekimin önerdiği tedaviyi anlamayan hastanın tedavisinin başarılı olma şansı düşebilir ve yeni komplikasyonlar oluşabilir.

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 profesyonelinin 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 bu geniş bilgisine ihtiyaç duymakta ve 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 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)

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 kaliteli 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.

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 anlaşılacak sosyo-demografik özelliklerini göz önünde bulundurması hasta ile kurulacak iletişimin etkililiğini 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 etkilediği bulunmuştur (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 bulundurmamak 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. Sağlık hizmetlerine

ihtiyaç hisseden hastanın önüne sağlık sistemi ile ilgili bir takım zorluklar çıkması, sıkıntılı dönem yaşayan hasta ile kurulacak iletişimde aksaklıklara ve anlaşılma problemlerine neden olacak; sonuç olarak hasta hekim iletişimini olumsuz etkileyecektir (Atıcı, 2007: 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.

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 direnerek 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 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 iletişimde 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 etğin 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 bulunmaktadırlar.

Sağlık iletişiminde 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.

1.2.2.1. 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 paylaşılarak 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 etmendir. Bir muayene esnasında hasta hekimine sıkıntısını anlatırken, hekimin onu etkin dinlemesi ve ona yeterince zaman ayırması hastanın şikâyetlerine ilişkin doğru ön teşhisi 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 atlatmasına 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).

1.2.2.2. Bazı Özel Durumlarda İletişim

Sağlık hizmetlerinde hizmet sunulan bireyler çeşitlidir. Bireyler doğduğu andan itibaren ölünceye 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 iletişimin zorlaştıran 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, gerçekte 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 anlatırmak 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 hasatlarla 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, güneydın" 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."

Kaynakça

- Akgün-Çitak, E., Avci, S., Basmacı, Ö., ve Durukan, İ. (2011). Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin "Zor Hasta" Olarak Tanımladıkları Hastalarla İletişim Davranışlarının İncelenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 13(1), 35-44.
- 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.
- Atıcı, E. (2007a). Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33(2): 91-96.
- Bahar, E. (2012). *İletişim*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Balta, Y. (2015). *Kurumsal İletişimde Marka Yönetimi Ve Hizmetkâr Markalar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Berth, K. & 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.
- Bredart, A., C. Bouleuc & S. Dolbeault (2005). Doctor-Patient Communication and Satisfaction With Care in Oncology. *Current Opinion in Oncology*. 17(14): 351-354.
- Campbell, S., M. O Roland ve S. A. Buetow (2000). Defining Quality of Care. *Social Science & Medicine*. 51(11): 1611-1625.
- Carter, R. M. (1972). *Communication in Organization*. Michigan, ABD: Gale Research Company.
- Cheraghi-Sohi, S., A. R. Hole, N. Mead, R. McDonald, D. Whalley, P. Bower & 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.
- Çelik F. (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çelik, F. (2008). *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma*. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

- Dabeet, A. J. (1991). *Communication in Public Sector vs Private Sector*. Master Degree Thesis, Pennsylvania: Faculty of the Department of Political Science Kutztown University.
- Desmond, J. & L. Copeland (2010). *Günümüz Hastasıyla İletişim*. D. Yamaç, E. Tekin (Çev.), Ankara: Eflatun.
- Dicleli, A.B. (2000). *Konuşa Konuşa*. İstanbul: Mess Yayını, No:340.
- Dinççağ, A. (1999). *Hasta İle İletişim: Görsel-Sözel Sorgulama Tekniği Preoperatuvar Hazırlık*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 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.
- Ergül, H. F. (2005). Motivasyon ve Motivasyon Teknikleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 4(14): 67-79.
- Ertekin, İ. (2017). *Sağlık iletişimi*, 1. Baskı, Gece Kitaplığı, Ankara.
- Fuch, V. R. (1988). The Competition: Revolution in Health Care. *Health Affairs*. 7(3): 5-24.
- Geçer, T. ve C. Dikmen (2015). Communication in Health. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(21): 515-527.
- Gordon, T. & 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,
- Hall, A. J., D.L. Roter & 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 & M. Krousel-Wood (2006). Overcoming Barriers: The Role of Providers in Improving Patient Adherence to Antihypertensive Medications. *Current Opinion Cardiology*. 21(4): 310-315.
- Henrdon, J. & K. Pollick (2002). Continuing Concerns, New Challenges, and Next Steps in Physician-Patient Communication. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 84(2): 309-315.
- Hoşgör, D. G. (2014). *İletişim ve Sağlık İletişimi*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- <http://iletisim.nedir.com/> Erişim Tarihi: 03.07.2016.
- Kavuncubaşı, Ş ve S. Yıldırım (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Keogh, F., J. O'Riordan, C. McNamara, C. Duggan & 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.
- Klaw, E., P.D. Huebsch & K. Humphreys (2000). Communication patterns in an on-line mutual help group for problem drinkers. *Journal of Community Psychology*. 28(5): 535-546.
- Kreps, G. L. & B.C. Thornton (1992). *Health Communication Theory-Practice (2th edition)* Long Grove, Illinois: Waveland Pres.
- Kuhlmann, E. (2006). Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society. *Current Sociology*. 54.4, 607-620.
- 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.
- 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.
- Maguire, P. (1999). Improving Communication with Patients with Cancer. *European Journal of Cancer*. 35(10): 2058-2065.
- McPheat, S. (2010). *Effective Communication Skills*. Ukraine: MTD Training and Ventus Publishing
- Meyer, S., P. Ward, J. Coveney, & 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.
- 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.
- Özkan, Z. (2011). *66 Soruda Sağlıkta İletişim Gücü*. Optimist Basım ve Yayın: İstanbul.
- Parle, M., B.L. Jones & P. Maguire (1996). Maladaptive Coping and Affective Disorders amongst Patients with Cancer. *Psychological Medicine*. 26(4): 735-744.
- Rhodes, R. & J.J. Strain. (2000). Trust and transforming medical institutions. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 9(2): 205-217.
- 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.

- Tengilimoğlu, D. (2001), Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. *Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 1(1): 85-98.
- Tengilimoğlu, D., M. Akbolat ve O. Işık (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*", İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Terakye, G. (1994) *Hemşirelikte İletişim Ve Hasta Hemşire İlişkileri*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- 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.
- Tutar, H. (2003). *Örgütsel İletişim*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Tutar, H. ve M.K. Yılmaz (2012). *İletişim*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- 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. & D. Lake (1991). Organizational Capability: Creating Competitive Advantage. *Academy of Management Executive*. 5(1): 77-92.
- Uludağ, A. (2011). Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 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.
- Uyer, G. (2000). Hemşire-Hasta İletişimive İletişimin Hasta Yönünden Önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 8(2): 90-94.
- Walley, K. & D. Thwaites (1996). A Review, Synthesis and Interpretation of the Literature on Competitive Advantage. *Journal of Strategic Marketing*. 4(3): 163-179.
- Welbourne, J. L., A. L. Blanchard & 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.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69-74.