

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı
Kişilerarası İletişim Bilim Dalı**

**SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME
BECERİLERİ: DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA**

DOKTORA TEZİ

Miray BEŞBUDAK

DANIŞMANI : Prof. Dr. Gaye EREL

İZMİR-2018

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı
Kişilerarası İletişim Bilim Dalı

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME
BECERİLERİ: DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

DOKTORA TEZİ

Miray BEŞBUDAK

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Gaye EREL (Danışman)
Prof. Dr. Emet GÜREL
Prof. Dr. Nimet ÖNÜR
Prof. Dr. Işık ÖZKAN
Doç. Dr. Ferah ONAT

İZMİR-2018

Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne sunduğum "SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME BECERİLERİ: DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA" adlı doktora tezinin tarafımdan bilimsel, ahlak ve normlara uygun bir şekilde hazırlandığını, tezimde yararlandığım kaynakları bibliyografyada ve dipnotlarda gösterdiğimi onurumla doğrularım.

İsim-Soyadı: MİRAY BEŞBUDAK
İmza





DOKTORA
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı : MİRAY BEŞBUDAK
Numarası : 92130003199
Anabilim Dalı : KİŞİLERARASI İLETİŞİM
Tez Başlığı (Türkçe) : SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME BECERİLERİ:
DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA
Tez Başlığı (İngilizce) : SOCIAL AND EMOTIONAL SKILLS IN HEALTH COMMUNICATION: A
RESEARCH ON DOCTORS

Tez Savunma Tarihi : 21.06.2018

Tez Başlığı Değişikliği Varsa Yeni Başlık:

JÜRİ ÜYELERİ

Jüri Başkanı

Unvan, Adı, Soyadı : PROF. DR. GAYE EREL
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi (Tez İzleme Komitesi Üyesi)

Unvan, Adı, Soyadı : PROF. DR. EMET GÜREL
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi (Tez İzleme Komitesi Üyesi)

Unvan, Adı, Soyadı : PROF. DR. NİMET ÖNÜR
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi

Unvan, Adı, Soyadı : PROF. DR. IŞIK ÖZKAN
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi

Unvan, Adı, Soyadı : DOÇ. DR. FERAH ONAT
Karar : Başarılı Başarısız Düzeltme
İmza :

TEZ HAKKINDA JÜRİNİN GENEL GÖRÜŞÜ

(Jüri Başkanı Tarafından Doldurulacaktır)

Tez savunması sonucunda öğrenci tarafından hazırlanan çalışma;

Oybirliğiyle
Oy çokluğuyla

Başarılıdır

Düzeltilmelidir

Başarısızdır

- Bu tutanak üç (3) işgünü içerisinde jüri üyelerinin raporlarıyla beraber Anabilim Dalı Başkanlığı üst yazısıyla Enstitü Müdürlüğüne gönderilmelidir.
- Doktora programlarında düzeltme alan öğrencinin 6 (altı) ay içerisinde yeniden savunmaya girmesi zorunludur.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TABLULAR	IV
ŞEKİLLER ve GRAFİKLER	V
KISALTMALAR	VI
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN GEREKLİLİĞİ	7
1.1.Problemin Durumu	7
1.2.Araştırmanın Önemi	9
1.3. Araştırmanın Amacı	10
1.4. Hipotezler (+/-)	11
1.5. Sınırlılıklar	13
1.6. Tanımlar	13
İKİNCİ BÖLÜM: ALAN YAZINININ İNCELENMESİ	14
2.1.Sağlık İletişimi Kavramına Genel Bakış	15
2.1.1. Sağlık ve Hasta Kavramı	22
2.1.2. Sağlık İletişimi Anlayışının Gelişimi	24
2.1.3. Sağlık Davranışı Kuramları ve Modelleri.....	26
2.1.3.1. Sağlık İnanç Modeli	28
2.1.3.2. Planlanmış Davranış Teorisi Modeli	34
2.1.3.3. Transteoretik Model	39
2.1.3.4. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli	47
2.2. Sosyal ve Duygusal Öğrenme Kuramları	50
2.2.1. Davranışçı Öğrenme Kuramları	50

2.2.1.1. Klasik ve Edimsel Koşullanma	52
2.2.1.2. Sosyal ve Duygusal Öğrenme	53
2.2.2. Bilişsel ve Duyusal Öğrenme Kuramları	56
2.3.Sağlık İletişiminde Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri	58
2.3.1. Sağlık İletişiminde İletişim Becerileri	63
2.3.2. Sağlık İletişiminde Problem Çözme Becerileri.....	67
2.3.3. Sağlık İletişiminde Stresle Başa Çıkma Becerileri	70
2.3.4. Sağlık İletişiminde Kendilik Değerini Arttıran Beceriler.....	76
2.4.Sağlık İletişiminde Kişilerarası İletişim Tarafları	80
2.4.1. Hasta -Doktor İletişimi	81
2.4.2. Hasta Yakını ve Doktor İletişimi	83
2.4.3. Sağlık Profesyonellerinin İletişimi.....	84
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME BECERİLERİ, DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA	87
3.1.Yöntem	87
3.2.Amaç	88
3.3.Araştırmanın Modeli	88
3.4. Araştırmanın Evreni	89
3.5. Veri Toplama Aracı ve Analizi	89
3.6.Verilerin Çözümlemesi	90
3.7.Bulgular ve Yorum	91
3.8. Sonuç ve Öneriler	107
KAYNAKLAR	112
EK: SDÖB Ölçeği	129
ÖZGEÇMİŞ.....	133

ÖZET	134
ABSTRACT	135



TABLÖLAR

1. Kamu Sağlığı ve Medyanın Önceliklerinin Çakışması	19
2. Sağlık İnanç Modeli Kavramları	30
3. Planlanmış Davranış Teorisinde Geçmiş Davranış İlişkileri	38
4. Transteoretik Model Yapıları ve Açıklamaları	40
5. Alt Boyutlar ve Faktör Maddeleri	90
6. Güvenilirlik - Cronbach's Alfa Değeri	92
7. Alt Boyutların Güvenilirlik Analizi	92
8. Demografik Verilerin Sıklık Değerleri	96
9. Grup İstatistikleri	97
10. Korelasyon Değerleri	98
11. Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Düzeyleri	99
12. Kendilik Değerini Arttıran Beceriler Boyutu Değerleri	105

ŞEKİLLER ve GRAFİKLER

Şekil 1: Sağlık İnanç Modeli	34
Şekil 2: Cox'un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli	47
Şekil 3: Sosyal ve Duygusal Öğrenmenin Temel Yetkinlikleri	59
Şekil 4: İş Stresinin Göstergeleri	73
Grafik 1: Katılımcıların Çalıştıkları Birim	94
Grafik 2: Katılımcıların Yaş Aralığı	94
Grafik 3: Katılımcıların Toplam Çalışma Yılları	95
Grafik 4: Cinsiyet Değişkenine Göre SDÖB Düzeyleri	100
Grafik 5: İletişim Becerileri Boyutu	101
Grafik 6: Problem Çözme Becerileri Boyutu	102
Grafik 7: Stresle Başa Çıkma Becerileri Boyutu	103
Grafik 8: Kendilik Değerini Arttıran Beceriler Boyutu	104

KISALTMALAR

SDÖ	: Sosyo - Duygusal Öğrenme
CIS	: Cancer Information Service
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
PDT	: Planlanmış Davranış Teorisi
PBC	: Planned Behaviour Control
TTM	: Transteoretik Model
IMCHB	: Interaction Model of Client Health Behaviour
A-B-C	: Antecedent - Behaviour - Consequence
SEL	: Social Emotional Learning
SDÖBÖ	: Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği
Vd.	: Ve Diğerleri
Bkz.	: Bakınız

GİRİŞ

İletişim, kişilerin yaşamlarında ayrılmaz bir parça, kısaca kim olduklarının özüdür. Bilgi alışverişi gündelik yaşamda takip edilen yoldur. Bu yolda bazı durumlarda yön haritasına ihtiyaç duyulmaktadır ve bu haritanın önemli noktaları da kişilerarası etkileşimlerden geçmektedir. Sosyal toplumun içinde iletişim, paylaşılan anlamların, sembollerin ve davranışların temelini oluşturmaktadır. Tüm davranışlar insan yaşantısına bağlı olarak şekillenmekte, dolayısıyla değişime uğrayabilmektedir. Bu nedenle tüm iletişimsel eylemlerde olduğu gibi inanç ve tutumlarda da aktarım, paylaşım ve değişim görülmektedir. Davranışları değiştirmek için müdahale çabaları iletişim eylemleri gerektirmekte, belli bir seviyede iletişim becerisine sahip olan bireylerin davranışlarında değişiklik olduğu öngörülmektedir. Çoğunlukla bilgi alışverişinin aktarım işlevine odaklanarak, değişim çabaları iletişim ile mümkün olmaktadır.

Sağlık iletişimi, halkı sağlık endişeleri hakkında bilgilendirmek ve kamu sağlığı gündeminde önemli sağlık sorunlarını irdelemek için kullanılan bir stratejidir. Sağlık konusundaki bilgi, halkın kullanımına sunulmasıyla sağlık ve iletişim kavramları bir araya gelmiş, disiplinler arası bir çalışma alanı olmuştur. Kullanışlı sağlık bilgilerinin kamuya yayılması için kitle iletişimi, multimedya ve diğer teknolojik yeniliklerin kullanımı, bireysel ve toplumsal açıdan sağlığın özel yönlerini ve geliştirmekte olan sağlığın ve sağlık iletişimi kavramının önemini arttırmıştır.

Sağlık sağlayıcıları olan doktorların iletişim ve kişilerarası becerileri, doğru tanıyı koymada süreci kolaylaştırmak, uygun şekilde tavsiyede bulunmak, terapötik talimatlar vermek ve hastalarla ikili ilişkiler kurmak için bilgi toplama yeteneğini kapsamaktadır. Bu eylemlere yönelik ipuçları doktorluk eğitimi sırasında ders içeriği olarak verilse de, pratikte becerileri kullanmak kolay bir iş değildir. Esasen iletişim, tıp uygulamasında temel klinik becerileri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması için gerekli olan en iyi sonuç, hasta memnuniyetini sağlaması ile mümkündür. Temel iletişim becerileri, problemin çözme, tedavi süreci, stresle başa çıkma ve psiko - sosyal desteğin paylaşıldığı ortak algı ve duygulardan oluşan başarılı bir terapötik doktor-hasta ilişkisini oluşturmak için gereklidir. Ortak algının oluşması iletişimin temeli olarak kabul edilmektedir. Kişilerarası beceriler bu temel üzerine inşa edilmektedir. İletişim becerisi, hem hasta hem doktor hem de hasta yakınları için iletişim odaklı yaklaşımları

birleştirmektedir. Herhangi bir doktor-hasta iletişiminin temel amacı hastanın sağlık ve tıbbi bakımını iyileştirmektir. Doktor-hasta iletişimi üzerine yapılan çalışmalar, birçok doktorun kişilerarası iletişim becerilerini yeterli veya hatta mükemmel olarak gördüğü durumlarda bile hasta memnuniyetsizliğini ortaya koymuştur. Doktorlar mesleki yeteneklerini geliştirmek için çabalamakta, bu sırada iletişim becerilerine, iletişimin etkili ve doğru oluşturulup devam ettirilmesine gereken özeni göstermeme eğilimindedir. Hastanın içinde bulunduğu durum ve ihtiyaçları gözetilerek doktorlarıyla daha iyi iletişim kurmak istedikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalar da tıpkı doktorlar gibi gerekli tedavinin düzenlenmesi ve ilaçların yazılarak reçetenin alınması için mümkün olan en kısa sürede işlemlerini gerçekleştirme isteği içindedirler. Bu sırada kendilerine tıbbi terimlerle açıklama yapılması, soğuk ve sert bir tavır ile karşılaşmaları süreci yavaşlatmaktadır.

Hasta merkezli tıbbın prensipleri, antik Yunan zamanlarına kadar uzanmaktadır. Günümüzde hala adından bahsedilen alternatif tıp, önceki dönemlerde önemli bir gereksinimi karşılamak amacıyla ortaya çıkmış ve bu doğrultuda atılan temellere dayanmaktadır. Gelişen teknoloji, yaşam standartları gereğince sağlığın korunması güçleşmekte, doktor ve ilaçlara ihtiyaç artmaktadır. Bu aşamada alınabilecek önlemlerin iletişim becerileri ile mümkün olabileceği hatırlanmalıdır. Bilgi alışverişi baskın bir iletişim modelidir. Sağlık sağlayıcı ve hasta arasındaki bağlantıyı kurmaktadır. Doktorun tüm tedavi sürecinde ve sonrasında, karar verme süreçlerinde hasta merkezli bir iletişim kurma yaklaşımı içinde olması gerekmektedir. Bu sayede bireyler iletişim becerileri ile pratik yapma olanağı sağlamakta, her geribildirim ile farklı bilgiler edinmekte, diğer bir deyişle öğrenme sürecinin başlangıcını yapmış olmaktadır.

Bir bireyin sosyo - duygusal gelişimi ya da kendini sosyal ve duygusal açıdan yeterli hissetmesi, sağlıklı ve mutlu biçimde hayatını devam ettirebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Aksi durumda ise bireyin hayat kalitesi ve gerek sosyal çevresinde gerekse çalışma ortamından elde edeceği memnuniyet düzeyi dramatik biçimde düşmektedir. Bireyin sosyo - duygusal gelişimine ilişkin sorunlar özellikle iş hayatında bireyin çalışma performansını, yaşamdan zevk alma ve isteğini azaltmaktadır.

Sosyal ve duygusal öğrenme sadece akademik başarıyı iyileştirmekle kalmamakta, aynı zamanda olumlu davranışları da arttırmaktadır. Bazı noktalarda

davranış değişikliğine neden olabilmektedir. Doktorun çalıştığı kuruma ve hastalarına karşı tutumlarını geliştirmekte, çalışma hayatına bağlı olarak ortaya çıkan depresyon ve stresi azaltmaktadır. Etkili sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ile, doktorlar iletişim becerilerini, problem çözme becerilerini, stresle başa çıkma becerilerini ve kendilik değerini arttıran becerilerini etkin kullanabilmektedir. Hem kişisel hem de meslek hayatında ilerlemenin, gelişimin, iş tatmini ve genel olarak memnuniyetin artması mümkün olmaktadır.

Yaşam boyu süren stres Sosyal ve Duygusal Öğrenme (SDÖ) bireyin kendisini ve ilişkilerini mümkün olan en doğru ve uygun şekilde yönetebilmesini gerektirmektedir. Bireyin sosyo - duygusal gelişim ve öğrenme süreci iş ortamında da devam etmektedir. Aynı durum iş ortamında da geçerlidir. Bireyin mesleğini ve mesleğinin gerektirdiklerini etkili ve etik değerlere uygun şekilde gerçekleştirebilmesi için bazı becerilere ihtiyaç duymaktadır. Duygusal zeka, iletişim becerileri, etkili kişilerarası iletişim ve ilişki yönetimi, kriz ya da problem durumlarının yönetimi ve öfke kontrolü ile baş edebilmek ve kişinin birey olarak benlik özelliklerini ve kendini gerçekleştirebilmesi için kullandığı beceriler sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin temel konuları arasındadır.

Sosyal ve Duygusal Öğrenme, önceki yıllarda eğitim alanında özellikle çocuk gelişimi ile ilgili başlıkların değerlendirildiği bir kavram olarak ilkökul ve ortaokul çağlarındaki öğrencilerin ele alındığı çalışmalara konu olmuştur. Bu çalışmalarda genel olarak, öğrencilerin temel bilgileri ve toplumsal hayatta kullanması gereken becerileri okul ortamında sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ile elde ettikleri düşüncesi ile hareket edilmiştir. Ayrıca çeşitli değişkenler ile ilişkilendirmek ve elde edilen verileri anlamlı bir şekilde yorumlamak için sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ölçeği ile beceri seviyeleri hakkında bilgi elde edilmeye çalışılmıştır.

Kavramla ilgili çalışmalarda ebeveynlerin davranışları ile ilgilenilmeye başlanarak yelpazesini genişletmesi, tüm yetişkinlerin alanla ilgili çalışmalara dahil edilebileceği düşüncesini doğurmuştur. Sosyal ve duygusal öğrenme, sadece okul döneminde değil hayatın her alanında ve her yaşta tecrübe edilebilecek bir olgudur. Bu sayede sosyal ve duygusal öğrenme psikoloji alanında da çalışma konusu haline gelmiştir. Buna rağmen sosyal ve duygusal öğrenme ile yapılan çalışmaların büyük bölümünün

eğitim alanında gerçekleşmesi konunun sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Disiplinler arası bir konu olarak değerlendirilmesi için farklı kavramlar ile ilişkilendirilerek ve farklı kitleler üzerinde araştırma yapılması gerekmektedir. Çeşitliliğin artması kavramın içerisinde önemli yer tutan fakat yeterince irdelenmemiş ve tamamıyla açıklığa kavuşmamış bazı konuların da değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

Sağlık iletişimi bu çeşitlilik içinde ele alınabilecek son dönemlerde önemi artan bir diğer çalışma alanıdır. Sağlık sektöründe her geçen yıl, meslekte istihdama bağlı olarak ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada da önemi artmaktadır. Bu durum arz ve talep ilişkisi olarak da değerlendirilebilmektedir. Sağlık sorunlarının ve hastane vb. ortamlarda yaşanan iletişim sorunlarının artması daha fazla çalışmanın sağlık iletişimi konusunun temel alınmasına neden olmaktadır. Sağlık iletişimi, sağlık alanında yaşanan sorunlara çözüm arama amacıyla çeşitli disiplinleri bir araya getiren bir kavramdır. Özellikle iletişimin sağlık kurumlarında önem kazanmasıyla sağlık sağlayıcıları (doktorlar) ile hasta arasındaki gergin ve endişeli başlayan iletişimin tüm tedavi sürecine etki etmemesi için çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık alanındaki bilgilerin paylaşılması hem hizmeti veren sağlık kurumlarını, hem bilgiye ulaşmayı hedefleyen bireyleri, hem de sağlığın toplumun tamamına sunulan bir hizmet olarak kitleleri etkilediği ortadadır. Genel anlamıyla sağlık konusunda; bilgilendirme, kitleleri etkileme ve daha sağlıklı bir yaşam sürülebilmesi için bireyleri motive etme gerekliliği dolayısıyla iletişim alanı ile kesiştiği noktalar ortaya çıkmaktadır. Sağlık iletişimi kapsamına; hastalık hakkında ve hastalıklardan korunma yöntemleri ile ilgili bilgi verme, kitlelerin sağlık bilgisine ulaşma yolları, etkili kişilerarası iletişim, sağlık promosyonu ve kamu spotları, sağlık politikası ve sağlıklarını kaybetmiş bireylerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilme ihtimallerinin arttırılması gibi pek çok konu dahil edilebilmektedir. Toplumun en küçük birimi olan bireylerin sağlıklı hale gelmesi, bütüncül bir bakış açısıyla tüm toplumun sağlık konularına duyarlı ve sağlıklı hale gelmesi demektir.

İletişim, kişilerin karşılıklı olarak birbirlerini anlama niyeti ile harekete geçmelerinden doğmaktadır. Sağlıkla ilgili konularda da bu doğrultuda hareket edildiği düşünölebilmektedir. Diğer bir deyişle kişilerin sağlıklı olmak ile ilgili inançları, sağlığı koruma ve sağlama adına sergiledikleri davranışlar, karşılıklı ve ortak anlam yaratma ve

etkileşim ile mümkündür. Bu durumun yarattığı cazibe araştırmacılar da merak uyandırmakta, dolayısıyla bu sağlık iletişimi ile ilgili çalışmalar her geçen gün artış göstermektedir. Bu nedenle bu doktora tezinde duygusal öğrenme ve sağlık iletişimi ilişkisi ele alınmış, sağlık iletişiminde sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin mevcut durumu, gelişim potansiyeli ve sağlık alanındaki iletişimde etkin kullanılıp kullanılmadığı incelenmiştir. İlk etapta sağlık iletişiminde sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin önemi ile ilgili bir literatür taraması yapılmıştır. Bu konu başlıkları ile ilgili araştırma yapılırken kitaplardan, tezlerden, makalelerden, çevrimiçi yayınlardan ve internet kaynağından yararlanılmıştır. Gerekli görüldüğünde sağlık bilgisine ulaşmak için Sağlık Bakanlığı'nın internet sitesi kaynak olarak kullanılmıştır. Çalışma sağlık iletişiminde sosyo-duygusal öğrenme sürecinin analiz edildiği araştırma ile tamamlanmıştır.

Bilindiği üzere her araştırmanın tezini destekleyecek hipotezleri, aksi durumlara açıklık getirilmesine yardımcı olacak antitezleri bulunmalıdır. Hali hazırda belirlenmiş ya da fark edilmiş bir sorunun mevcut durumunu ortaya çıkarmak, ilgili olguları anlamlandırmak ve araştırılması gerekliliğini doğuran sorun ya da sorunlara çözüm önerisi getirilmelidir. Bu öneri içerisinde sorunun çözümünü barındırmalı, en azından sorunu çözmeye yardımcı olacak noktaları saptayarak gelecekte yapılacak çalışmaların gelişmesine olanak tanımalıdır. Bu süreçte elde edilen olumlu ya da olumsuz tüm bilgiler, gözlemler, düşünme süreci, kullanılan ölçekler, analiz ve istatistik verileri vb. diğer tüm girdiler araştırma tezinin oluşturulmasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda hipotezlerin oluşturulmasına temel hazırlamaktadır. “Sağlık İletişiminde Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri: Doktorlar Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı tez çalışmasında araştırma hipotezleri aracılığıyla; doktorların diğer sektörlerden daha fazla kişilerarası iletişime maruz kaldığını, doktorların çalışma ve sosyal hayatta iletişim becerileri iş performansları ile doğru orantılı olduğu, duygularının farkında olan ve duygularını sağlıklı şekilde ifade edebilen doktorların yaptıkları işten daha fazla tatmin olduğunu, sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ile iletişim becerileri arasında bir ilişki bulunduğunu, sosyal ve duygusal öğrenme becerileri geliştikçe doktorların iletişim becerisi- problem çözme becerisi – stresle başa çıkma becerilerinin de arttığını, kendilik değerini arttıran becerilere sahip doktorların çalışma hayatında daha az problem

yaşadığını, doktorların iş tecrübeleri arttıkça iletişim becerileri de geliştiği, doktorların duygusal okuryazarlık düzeyleri iş performansları ile doğru orantılı olduğu ve son olarak, doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerileri iş tecrübelerine bağlı olarak geliştiği değerlendirilmiştir.

“Sağlık İletişiminde Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri: Doktorlar Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı doktora tez çalışmasının birinci bölümünde, sağlık iletişimindeki mevcut durum, araştırmanın gerekliliğini kanıtlamak adına da var olan iletişim temelli problemlerin açıklaması yapılmıştır. İkinci bölümde, sağlık iletişimi, sağlık iletişiminde kullanılan yöntemler ve sağlık iletişiminin gelişimi, sosyal ve duygusal öğrenme kavramı ve becerilerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde de sağlık sağlayıcısı rolü nedeniyle hedef alınan doktorlar üzerinde yapılan anket çalışmasının analiz ve bulgularına yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN GEREKLİLİĞİ

Bir araştırmanın gerçekleşebilmesi için çoğu zaman çözüme ulaştırmada sıkıntı yaşanan bir problemin olmasından gereklilik doğmaktadır. Problem, araştırmacı ve katılımcılar açısından belirlenmiş olan konu hakkındaki bilgi eksikliğini ifade etmektedir. Bu eksikğin gerçekleştirilecek olan araştırma bulgularına göre giderilmesi amaçlanmaktadır. Toplum etkileyen olguların temel alındığı çalışmalarda irdelenen problem sosyal bir değere sahip olmaktadır. Bilinenler ile bilinmesi gerekenler ya da bilinmek istenilenler arasındaki fark büyüdükçe, bilgi açığını kapatmak olduğundan daha da gerekli hale gelmektedir. Bu noktadan hareketle sağlık iletişimi doktorların hasta ve hasta yakını ile ilişkilerinde etkili iletişim becerileri, sosyal ve duygusal öğrenme becerileri düzeyi hakkındaki bilinenler ve bilinmeyenler bu bölümde ortaya konulmaktadır.

1.1. Problemin Durumu

Sağlık hizmetlerinde özellikle sağlık çalışanları ve sağlıklı olmak isteyen kişiler arasında iletişimin gerekliliği bilinmektedir. Bu nedenle günümüzde ve geleceğin beklemekte olduğu sağlık iletişimi konusuna odaklanan daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşanan birçok soruna istinaden mevcut durumu iyileştirme adına birçok çalışma yapılmamış olmasına rağmen, tarafların iletişimini doğru kurup sürdürmesi için kullanılabilecek etkili çözüm önerileri yeterli gelmemiş, sorunlar devam etmektedir. Bunun birçok farklı nedeni olabilmektedir. Çalışma ortamının yoğunluğu, önceliğin verilen sağlık hizmetinde oluşu sebebiyle doktorların tedavi sürecini hasta yakınlarına açıklamak için zaman yaratılamaması ve işleyen süreçteki iletişimin kalitesine dikkat edilememesi bu nedenlerden biridir. Sağlık sağlayıcılarının yani doktor ve hemşirelerin standart bir gün içinde onlarca kişiye -acil ya da değil- müdahale etmelerinden dolayı iletişim kalitesine dikkat etmemeleri ve son olarak da gerekli yasal düzenlemelerin yapılmamış olması nedenler arasındadır. Yine de bu konu birçok farklı alanda çalışma konusu haline gelmekte ve disiplinler arası bir konu olarak da önemi gün geçtikçe artmaktadır.

Günümüzde Türkiye'deki sağlık kurumlarında yaşanan sorunlara bakıldığında sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında iletişim sorunları yaşandığı açıkça

görülmektedir. Bunun başlıca nedeni sorunun kaynağı olan tarafların empati eksikliği ve etkili iletişim becerilerini yeterince kullanma imkanı bulamamalarıdır. İletişimin temel amacı sadece tarafların kendilerini doğru ve etkili şekilde ifade edebilmeleri değil, aynı zamanda dinleme sürecini etkin yönetmelerini ve doğru geri bildirimde bulunabilmelerini kapsamaktadır. Bu bakış açısıyla ülkemizde sağlık iletişimi sürecinde iletişimin tarafları olan sağlık çalışanları (ya da sağlık sağlayıcıları) ve hasta (ya da hasta yakınları) yaşanan sorunların kaynağı olarak karşısındakileri görmektedir. Birbirine karşı empati kuramayan iki grubun sorun yaşaması ve iletişim kuramaması beklenen bir sonuç olsa da çözümde tarafların ortak ve etkin katılımı gerekmektedir. Sadece tek tarafın diğerini anlamak ya da anlamaya çalışmak için gayret göstermesi sorunun ortadan kalmasına yeterli olamayacaktır. Her iki tarafın da gayreti elzemdir. Yapılması gereken en önemli şey, sağlık sağlayan kurumlardaki – hastanelerdeki- kişilerin farklı durum ve ortam içinde bulunan farklı özelliklere sahip kişiler olduğunu kabul etmektir. Her ortamda olduğu gibi ayrı özelliklere ve yetilere sahip kişiler bir arada olduğunda kutuplaşma meydana gelmektedir. Ülkemizde birçok kurumda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de kutuplaşma yani taraflar arasında sınıf ayrılığı görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin mesleki eğitim ve tecrübesi ile gelişen bilgisi bazı durum ve kişilerde karaktere etki etmektedir. Diğer bir deyişle, mesleki hayatların fazlaca sağlık sorunu yaşayan bireylere ve onların karışık duyu durumları sonucunda endişeli davranışlarına maruz kalan doktorlar için olağan karşılaşılan kriz durumları, hastalar için olağan dışı olarak görülmektedir. Bu nedenle de var olan kutuplaşma artmakta, hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve psikolojik şiddette varan sorunlar yaşanmaktadır. Kutuplaşmanın etkisiyle taraflar sağlık konusunda birbirlerini anlamaya çalışmak yerine, ortak bir paydada buluşmak için iş birliği yapmak yerine birbirlerine karşı mücadele içindedirler. Olumsuz gibi görünen bu durum aslında içerisinde çözüme yönelik ipuçları barındırmaktadır. En basit anlayışla, taraflar durumdan rahatsız ve çözüm üretme isteği içerisinde. Bu nedenle bazı girişimler ile durumun düzeltilebileceği ve çözüme ulaşabileceği düşüncesi ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun çözümünde çaba harcayan kişi ya da kurumların olması sorunun biraz daha çözüme yaklaşması, içinde bulunulan duruma umutla bakılmasını sağlamaktadır. Düzenlenen bilimsel ve eğitsel toplantılar, kurulan dernekler, yerinde ve hızlı müdahale için oluşturulmuş önlemler (beyaz kod gibi),

yapılan bilimsel çalışmalar vb. faaliyetler konunun yönetimsel ve bilimsel ortamlarda da giderek artan bir ağırlık kazanmaya başladığını göstermektedir. Yine de sorun yaratan tarafların ortak bir anlamda birleşip, etkili hareket edilebilmesi için yeniden düzenleme ve güncelleme gerekmektedir.

Günümüzde sağlık ve iletişimi birleştiren bu çalışma alanını ifade etmek için “sağlık iletişimi”, “sağlıkta iletişim” ve “sağlık hizmetlerinde iletişim” gibi kavramca birbirine yakın fakat içerik olarak birbirinde farklılaşan sözcükler kullanılmaktadır. Kavramların bu kadar farklılaşmasının nedeni kapsadıkları konuların farklı olmasındandır. Mesela sağlık iletişimi kavramında iletişim ağırlıklı olarak ele alınmakta, sağlık alanındaki iletişim kastedilmektedir. Buna rağmen sağlıkta iletişim daha çok sağlık okuryazarlığını ve sağlığın medya ile toplumsal bir hale gelmesini ele almakta, dolayısıyla kavramlar benzer olsa da birbirlerinin yerine kullanılamamaktadır. Zaman içinde hangi kavramın daha çok kullanılır hale geleceği şu an için belirsizliğini korumakta fakat alanla ilgili tüm kavramlara gösterilen ilgi artmaktadır. Bazı sözcüklerin kavramın önemine tam anlamıyla vurgu yapması, gerekli dikkati çekmek için yeterli olması, o kavramın çalışmalarda diğerlerine kıyasla daha fazla yer almasına neden olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde iletişim kavramı toplumsal açıdan değil kişilerarası iletişim açısından sağlık olgusuna vurgu yapmaktadır. Sağlık iletişimi ve sağlıkta iletişim kavramları ise daha geniş açıdan sağlık olgusunu ele almakta ve sağlığın kitle iletişimi boyutuna vurgu yapmaktadır. Bu nedenle sağlık iletişimi ile ilgili kavramların disiplinler arası bir konu olduğu kabul edilmelidir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık iletişimi, iletişim biliminin tüm yöntem ve stratejilerinin kullanıldığı, kişilerin sadece sağlığını geri kazanmak için değil aynı zamanda genel anlamda sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla üretilen bilginin uygulamaya aktarılmasını içeren bir iletişim dalıdır. Sağlık iletişiminin gündelik hayatta kullanımı ele alındığında kişilerarası iletişim, davranış değişikliği ve pazarlama boyutlarıyla incelendiği görülmektedir (Uçan vd., 2015, s.93).

Sağlık profesyonellerinin hastane ya da muayenehanelerde karşılaştıkları anda etkileşime geçtikleri kişi olan hasta ve tedavi sürecinin tamamına dahil olan ve bazı durumlarda hastadan daha çok doktor ve diğer sağlık çalışanları ile iletişim kuran kişi olarak hasta yakınları ile kurulan tüm iletişim faaliyetleri, bu faaliyetleri kapsamlı olarak değerlendiren boyut kişilerarası iletişim boyutudur. Bir diğer boyut ise iletişimi daha geniş bir şekilde ele almaktadır. Sağlıksız tutum ve davranışları ortadan kaldırma, kaybedilmiş sağlığı geri kazanma ve sağlıklı olma durumunu sürekli hale getirmek konuları sağlıklı davranışları geliştirme boyutu ile sağlanabilmektedir.

Kişilerin sağlığı korumak için ihtiyaç duyduğu bilgiye ulaşabilmesi sağlık hizmetlerinin etkili tanıtımı ile mümkündür. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da hizmetlerin ulaşılabilir şekilde algılanması ve her durumda gerekli bilginin en zahmetsiz şekilde elde edilebilmesi için doğru olarak pazarlanması gerekmektedir. Sağlık alanında pazarlama olgusunun yer alışı ticari bir çağrışım yapmasından dolayı rahatsızlık verebilmekte, eleştirilebilmektedir. Bu eleştirilerde haklılık payı olmasının yanında, toplumun sağlık hizmetleriyle ilgili doğru ve kullanışlı bilgiye nerede ve ne şekilde ulaşabildikleri en az bilgilerin kendisi kadar önemlidir. İhtiyaç duyan kişilerin elde edemediği bilgi, kullanılmayan bilgidir ve ihtiyaç duyan kişiye yara sağlaması mümkün görünmemektedir. Bu nedenle bilgi paylaşımının artması için çaba gösterilmesi gerekmektedir. Bu çabalar sonucunda sağlıktaki gelişmeler, hizmet ve ürünlerin bilgisi topluma ulaşabilmektedir. Genel anlamıyla bakıldığında bu durum sağlık alanındaki pazarlama işlevini işaret etmektedir. İletişimin pazarlama içerisindeki yeri, pazarlamanın sağlık alanında kullanılması ile sağlık iletişimine katkı sağlamaktadır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Sağlık iletişimine gösterilen ilgi günden güne artmaktadır. Bununla birlikte alan ile ilgili yapılan çalışmalar da gelişmektedir. Sağlıklı bir iletişimin gerçekleşmesi ve doğru kararların alınabilmesi için sağlık profesyoneli ile hasta ilişkisinin samimi ve dürüst bir ilişki formatında olması gerekmektedir. Bu ilişkinin başarıya ulaşmasında, sağlık profesyoneli kadar hastanın da katkı ve katılımı sağlanmalıdır. Hastanın sağlığıyla ilgili olarak, kaygılarını ve rahatsızlığını sağlık profesyoneline açık ve net bir şekilde

aktarması ve karşılığında sağlık konusundaki bilgileri açık ve anlaşılabilir olarak alabilmesi gerekmektedir.

Sağlık iletişimi bilim alanının temel amaçları (Özmen, 2013, web);

- Sağlık çalışanlarının iletişim ve ilişki kurma becerilerini geliştirmek
- Sağlık kuruluşlarının yapısını, örgütlenişini ve sağlık hizmeti sunumunu hasta ve hasta yakını ile bir iletişim kanalı olarak geliştirmek,
- Her türlü iletişim kanallarını ve araçlarını kullanarak hasta ve sağlıklı bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını daha olumlu hale getirmek,
- Sağlık alanındaki hizmet ve ürünleri tanıtmak,
- Alan ile ilgili bilimsel bilgi üretmek şeklinde sıralanabilir.

Sağlık iletişimi bu temel amaçlar çerçevesinde kişilerarası iletişime öncelik vermektedir. Sağlık profesyonelleri ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimi irdelemektedir. İletişim sadece doktor- hasta arasında değil sağlık kurumunun tüm çalışanları arasındaki iletişimi ve bu iletişimi etkileyen etmenleri incelenmektedir. Sağlık kurumunun hasta ve hasta yakınları üzerindeki etkisini ve bu etkiyi etkileyen etmenleri bilmek etkili bir sağlık iletişimi için olmazsa olmazdır. Sağlık kurumunun dışında da iletişim süreci devam etmekte, kişilerarası boyutun ötesine geçip toplumsal boyuta geçmiştir. Bireylerin sağlık düzeyini korumak ve yükseltmek amacıyla sağlıkla ilgili algı, tutum ve davranışlarını ve bunları etkileyen etmenleri ve bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirebilecek etmenleri incelemektedir. Sonuç olarak, geleceğin önemli alanlarından biri olan sağlık iletişimi, tüm sağlık çalışanlarının ve sağlık çalışanı eğitimcilerinin güçlü ve etkin ilgisini beklemekte, gittikçe daha fazla disiplini bir araya getirecek olan yapısını korumaktadır.

1.4. Hipotezler/ Sayıtlar (+/-)

1. Doktorlar diğer sektörlerden daha fazla kişilerarası iletişime maruz kalmaktadır.
2. Doktorların çalışma ve sosyal hayatta iletişim becerileri iş performansları ile doğru orantılıdır.
3. Duygularının farkında olan ve duygularını sağlıklı şekilde ifade edebilen doktorlar, yaptıkları işten daha fazla tatmin olmaktadır.

4. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ile iletişim becerileri arasında bir ilişki bulunmaktadır.
5. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri geliştikçe doktorların iletişim becerisi de artmaktadır.
6. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri geliştikçe doktorların problem çözme becerileri de artmaktadır.
7. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri geliştikçe doktorların stresle başa çıkma becerileri de artmaktadır.
8. İletişim çatışmaları sosyal ve duygusal öğrenme becerileri gelişimi ile azalmaktadır.
9. Kendilik değerini arttıran becerilere sahip doktorlar çalışma hayatında daha az problem yaşamaktadır.
10. Doktorların iş tecrübeleri ve meslekteki yaşanmışlıkları arttıkça iletişim becerileri de gelişmektedir.
11. Doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerileri iş tecrübelerine bağlı olarak gelişmektedir.
12. Kendilik değerini arttıran, kendini birey olarak gerçekleştirebilen doktorların yaptıkları işten aldıkları zevk daha fazladır.

Elde edilen verilerin anlamlı şekilde yorumlanması için bu çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ve bunlara bağlı kavramların belirlenmesi, araştırmanın planlanması aşamasında oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmanın bağımsız değişkeni doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerileridir. Ayrıca değişkenlerin birbirlerini etkilemesi, etki düzeyleri ile elde edilen verileri anlamlı kılması için bağımlı değişkenin de belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın bağımlı değişkeni, doktorların sağlık hizmeti sunarken kullandıkları iletişim becerileridir. Hastanede çalışan doktorların gerek özel hayatları gerekse çalışma hayatları boyunca sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin geliştirdiği ve bu becerilerin iletişim becerilerine etki ettiği düşünülmektedir. Araştırma, bu düşünceyi olumlu ya da olumsuz desteklemek üzere gerçekleştirilmiştir.

1.5. Sınırlılıklar

Sağlık iletişimi ile ilgili sık yapılan yanlış değerlendirmelerden biri de, sağlık iletişiminin sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim ile sınırlı bir alan gibi düşünülmesidir. Oysa daha önce bahsedildiği gibi sağlık iletişiminin diğer temel amaçlarından biri de halkın sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmektir. Yine kurum içi ilişkiler, kurumun idari yapısı, yönetim yapıları içinde her türlü yetkinin ve yetkinliğin düzenlenmesi, medyada sağlık ile ilgili sağlıklı bilgiler ve haberler verilmesi de sağlık iletişiminin temel amaçları arasında yer almaktadır. Bu da sağlık iletişiminin sadece hastane içindeki kişilerarası iletişimden ziyade toplumsal ve yönetsel olarak önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarının doktor karşısında toplumsal statü olarak kendilerini daha eşit konumda görmeye başlaması, her türlü otorite karşısında kendisinin de söz söyleme hakkına sahip olduğunun farkına varması ve sağlık konusunda daha çok bilgi sahibi olmaya başlaması alışlagelen hasta-doktor ilişkisini daha eşitlikçi bir ilişki modeline doğru dönüştürmeye başlamaktadır. Oysaki durum bu görünenden çok farklıdır. Sağlığını kaybetmiş birinin tekrar sağlığına kavuşması, konusunda uzman olan doktorların düzenlediği tedavinin harfiyen uygulanması ile mümkündür. Bu düşünceden hareketle, karar verme sürecinde etkili olsa da hastaların doktorun önerilerini yerine getirme sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık iletişiminde tarafların eşitlik arayışı ile gerçekleşen dönüşüm, sağlık çalışanlarının iletişim konusunda daha çok bilgi ve beceriye sahip olması zorunluluğunu yaratmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri tüketicilerinin yani sağlığını kaybetmiş ya da sağlığını korumak isteyen kişilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin bu ihtiyaçlara uygun hale getirilmesi ve hastaların bu hizmetleri kullanmaya teşvik edilmesi amaçlarını medya aracılığıyla gerçekleştirebilmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık ürünleri ve sağlıkla ilgili olan/ olmayan ürünlerin sağlığa etkileri büyük bir pazar oluşturarak konunun önemini daha da arttırmaktadır.

1.6. Tanımlar

- Sistemin çıktısı: İletişim becerilerinde artış, etkili iletişim kurabilme, etkili çatışma yönetimi, empati kurabilme, problem çözme becerileri, stresle başa çıkma, iş ve performans gelişimi.

- Sistemin girdisi: Katılımcıların iletişim ve sosyal ve duygusal öğrenme becerileri
- Mekânlar: Hastane, ofisler, laboratuvar, konferans salonları vb. kişilerin seminer ya da toplantı amacıyla bir araya geldikleri yerler.

İKİNCİ BÖLÜM: ALAN YAZINININ İNCELENMESİ

İnsanların hem kendileri hem de ihtiyaçları sürekli değişim içindedir. Diğer birçok alanda olduğu gibi gündelik hayatta insanların kullandığı iletişim yöntemleri de hızla değişmektedir. Kişisel olarak başlayan ve başka bir diğer kişiye ihtiyaç duyulmadan başlayan iletişim, kişilerarası boyutta en az iki kişi ile gerçekleşir hale gelmiştir. İletişimin başlaması ve sürebilmesi için en az bir kişi ile karşı karşıya gelinmesi, etkileşimin oluşması ya da herhangi bir şekilde iletişimi başlatacak belirtileri göstermesi gerekliliği beklenmektedir.

Günümüzde yüz yüze ve kişiler arası iletişimin yerini dijital ortamlar, sosyal medya vb. iletişim araçları almıştır. Kişiler artık iletişim kurmak için karşılarında gerçek kişileri değil dijital karakterleri birey olarak kabul etmektedir. İletişimin kişilere gerek duymadan sanal olarak işler hale gelmesiyle kişilerin fiziksel olarak birlikteliği giderek azalmaktadır.

Dijital ortam doğası gereği kişilerin isteği doğrultusunda ve bildirimleri ile şekillenmektedir. Kişiler kendilerini olduklarından çok farklı gösterebilmektedir. Bu süreçte iletişimde önemli bir yeri olan geri bildirim gözetenmemektedir. Geri bildirim alınmaması iletişim sürecinin doğru olarak devam etmesini zorlaştırmakta, yanlış anlaşılmanın yaşanmasına ortam sağlamaktadır. Sıklıkla ortaya çıkan yanlış anlaşılma ise beraberinde yeni sorunlar ile doğru ve etkili iletişim kurmayı zorlaştırmaktadır. Kişilerin birbirini dinlemek, gönderilen mesajı doğru olarak anlamak için iletişim yöntemlerini ve iletişim becerilerini doğru kullanmaları gerekmektedir. İletişim sürecinde çevresel faktörlerin gürültü olarak ele alınması, hem iletişimin kalitesini düşürmekte hem de sürecin vazgeçilmez bir parçası olmaktadır. Bu durumun en belirgin şekilde sağlık alanındaki iletişim süreçlerine etki ettiği görülmektedir.

Sağlık alanında iletişimi oluşturan taraflar, sağlık sağlayıcısı ile hasta ya da hasta yakını olup, tarafların çeşitli faktörler ve engeller dolayısıyla kaliteli ve doğru iletişim

kuramaması ise sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz biçimde etkilemektedir. Sağlık sağlayıcıları, doktorlar, günlük rutinlerinin ve çalışma temposunun yoğunluğu nedeniyle iletişimin gelişmesi için gerekli zamanı, sabrı gösterememekte, genellikle de bu nedene bağlı sorunlar yaşamaktadırlar. Sağlık profesyonellerinin meslek hayatlarında geçirdikleri süre, mesleki becerileri ve deneyimleri arttıkça iletişim becerileri de artabilmektedir. Karşılaşılan birbirinden farklı kişiler ile oluşturulan etkileşim sonucu çalışma hayatlarında kazandıkları tecrübe kişilerarası iletişimlerinin gelişmesine olanak sağlamaktadır. Bu konuda profesyonellerin sosyal ve duygusal öğrenme becerilerine yatırım yapılmasının, sağlık iletişimine ciddi anlamda katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri; empati, iletişim becerileri, problem çözme, stresle başa çıkma ve kendilik değerini arttırmadır.

2.1. Sağlık İletişimi Kavramına Genel Bakış

İnsanın ayrılmaz bir parçası olduğu en önemli konu iletişimdir. İletişim bireylerin var oluş sebebi, diğer bir deyişle bireyler iletişimin vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu nedenle sağlık olgusunun psikoloji, ekonomi ve sosyoloji gibi alanlarda yer alması, iletişimle ilgili çalışmalarda sağlıkla ve sağlıklı olma sürecine dahil olan kişiler (doktor, hasta ve hasta yakını) ile ilgili çalışmalar yapılması kaçınılmazdır. Bu kavramın önemi her geçen gün artmakta, sağlık iletişimi temelli çalışmaların sayısı da bunu kanıtlamaktadır.

Sağlık ve iletişim konularını birleştiren sağlık iletişimi kavramının özünde bireylerin yaşamını idame ettirebilmesi için gerekli beceri ve yeteneklere sahip olması, bu becerileri iletişim kurdukları ortamlarda etkili şekilde kullanabilmeleri, bu şekilde gerekli bilgiye, ya da tedaviye, ulaşabilmelerini içermektedir.

İletişimde temel unsur insanların hem kendileri ile hem de çevresindeki kişiler ile bilgi alışverişi yapmasıdır. İnsanlar yaşadıkları toplumlarda kendilerini iletişim ile gerçekleştirebilmektedir. İletişim genel olarak anlamak, anlatmak ve anlaşmak basamaklarında ilerlemektedir (Gürüz, Eğinli, 2014). İletişim sürecine dahil olması gereken öğeler bulunmaktadır. Bu öğeler olmadan iletişim sürecinin gerçekleşebileceği düşünülemez. İletişim süreci öğelerinin her biri önemli görevleri yerine getirmektedir. En önemli görevleri de iletişimin tanımını yapmada kolaylık sağlamalarıdır. İletişim bu

öğeler üzerinde açıklanmakta, bu öğeler yardımıyla düzenli ve anlamlı bir bütün oluşturmaktadır. İletişimi temel alan tüm çalışmalarda öncelikle kavramın tanımı verilmektedir. Bu nedenle iletişimin birçok farklı tanımı alan yazınında yerini almıştır. Birçok farklı çalışmada, farklı açılardan ortaya konan iletişim tanımlarında tekrar eden ve tanımdan çıkarılamayan belli noktalar dikkat çekmektedir. Bu noktalar iletişimin döngüsel bir süreci ifade ettiği, öğelerin her birinin bu döngüde yeri olduğu ve geri bildirim ile döngünün tamamlandığıdır. İletişim; bir kişinin gönderici olarak (bu kişi konuşma, yazma ya da sadece varlık göstererek bile iletişim sürecini başlatabilir) karşısındaki kişiye (bu kişi maruz kaldığı bilgiyi dinleyerek ya da okuyarak iletişim sürecinde alıcı olarak ifade edilir) bir konu hakkında herhangi bir yolla (bilginin karşı tarafa iletilmesi için en elverişli yol ya da kanal olarak ifade edilir) bilgi iletmesi (gönderilen içerik mesaj olarak ifade edilir ve gönderen kişi tarafından belli kriterlere göre kodlanır) ve bu bilginin alıcı tarafından çözümlenmesi sürecidir (Uzuntaş, 2013, s.14). Kaynak olmadan alıcının, mesaj olmadan kanalın ve geri bildirim olmadan paylaşımın olması mümkün değildir. Bazı durumlarda bu öğelerin içeriği değişse de yeri ve görevi değişmemektedir. Kaynak her zaman bir kişi olmayabilir ya da alıcı her zaman kod açımını doğru olarak yapmayabilir. Bunun sonucunda iletişimin gidişatı ve kalitesi olumsuz etkilense de sürecin işleyişi etkilenmemektedir.

Sağlık iletişiminde de genel iletişimde olduğu gibi süreci başlatıp devamlılığını sağlamak üzere görevli öğeler bulunmaktadır. Sağlık iletişimi, sağlık alanında ve sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kullanılan iletişimi içermektedir. Sağlık iletişimi, sağlık konusuyla ilgili kişi veya grupların, ilgili hedef gruplarına yönelik gerçekleştirmiş olduğu iletişim şeklidir (Okay, 2016, s.11). Sağlık iletişimi, kişileri sağlık konusundaki endişeleri hakkında bilgilendirmek ve olası sağlık sorunlarıyla ilgili durumları nasıl yönetebilecekleri hakkında bilgileri güncellemek için kullanılan bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Ayrıca toplumsal olarak da yarar sağlayacak bir yapısı bulunduğundan, bilgi paylaşma konusunda hedef sadece bireyler değildir. Topluma yararlı sağlık bilgilerinin geniş kitlelere ulaşması için multimedya, dijital platformlar, iletişim araçları ve diğer teknolojik yeniliklerin kullanılması, kişisel ve toplumsal iyileşmenin özellikli yönlerinin farkındalığını artırmaktadır. Sağlık iletişiminin ilgi alanı, bireylerin ve toplumların sağlık durumunun iyileştirilmesine yönelik çalışmaları kapsamaktadır.

Yapılan çalışmalar sağlık iletişimi teorilerinin sağlığını teşvik ve geliştirilmesi adına yönlendirici etkiye sahip olduğunu, sağlığı kamuoyunun gündemine alan ve sağlık ile ilgili mesajlarını güçlendirdiğini (bu mesajlar günümüzde çoğunlukla kamu spotu ya da bilgilendirme broşürleri aracılığıyla kitlelere ulaşıyor), insanları sağlık problemleri ile ilgili daha fazla bilgi aramaya teşvik ettiğini ve bazı durumlarda kişilerin sağlıklı yaşam biçimlerini sağlamak ve sürdürmek için motivasyon sağladığını göstermektedir (Rimal, Lapinski, 2009, s.247). Sağlık iletişimi teori (kuram) ve uygulamayı birleştirmekte, iletişimi anlamada pratik süreçleri ve insan davranışlarının değişken olduğunu vurgulamaktadır. Bu yaklaşım ile, küresel tehditlerin gerçekleşme ihtimaline karşı halk sağlığı (hastalıklar ve çevresel felaketler) insan davranışını araştırdığı söylenebilmektedir. Farklı disiplinleri bir araya getirerek uygulayıcılar ve araştırmacılar için gerekli seviyeyi oluşturmada, alana katkı sağlamaktadır. Doktorların hayat kurtarmak görevi dışında bilgi paylaşma görevine de vurgu yapmaktadır. Teorik yaklaşımların sağlık iletişimi ile doktor – hasta – hasta yakını üçgeninde iletişimin doğru gelişmesine fırsat yarattığı düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar da iyimser bir bakış açısı ile alan literatürüne girdi sağlamaktadır.

Sağlık iletişimi olgu olarak, iletişimin diğer tüm alanlarda gerçekleştiği gibi farklı düzeylerde gerçekleşebilmektedir. Sağlığın kaybedilmesi durumunda kullanılacak tavsiyeler, sağlığın yeniden kazanılması için gerekli bilgiye ulaşılması, sağlık sağlayıcıların (sağlık profesyonellerinin) iletişim becerilerini tedavi sürecine ne şekilde entegre ettiği ve benzer konular sağlık iletişiminin düzeylerini belirlemektedir. Yakın geçmişte (2010lu yılların başından itibaren) bahsi geçen durumlarda iletişimin hizmet kalitesini, arz ve talep durumunu ve geniş bir bakış açısıyla toplumsal düzen ve hatta ekonomiyi etkilediğinin farkına varılması potansiyel çalışmalara fırsat yaratmıştır. Gelişen ihtiyaçlar ve karşılaşılan durumların (kriz durumlarının) yönlendirmesi ile ileriki dönemlerde çalışmalar, sağlığı sağlamak ile sınırlandırılmadan sağlıklı kişileri de hedef kitesine katarak, sağlığın korunması ve sağlıklı yaşamın sürdürülebilmesi için önemli bilgiler içerir hale gelmiştir. Bu durum da sağlık alanında iletişimin ne derece önemli bir yeri olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık iletişiminin yabancı literatürde önemli bir konu haline geliş 19. Yüzyıla dayanmaktadır. Özellikle Amerika'da sağlık sorunlarının çözümüne yönelik çalışmalar

ile başlayan sağlık iletişimi çalışmaları daha sonraki yıllarda kitle iletişimi ile birleştirilerek toplumsal bir kavram haline gelmiştir. 19. yuzyıldan beri sağlık konulu afişler, radyo ve daha sonraki zamanlarda televizyon ve nihayetinde internet uzerine paylaşılan bilgiler ve mesajlar yardımıyla halkı eğitme ve onları sağlıklı bir yaşam sũrmeye ikna etmek için kullanılmıştır (Robertson, 2008, s.3).

Literatũrde Tũrkiye'deki sağlık iletişimi uzerine yapılan çalışmalar yabancı literatũr ile benzerlik gũsterse de hedef kitleye ulaşılması ve gerekli bilginin ulaştırılması adına medyayı temel alarak farklı disiplinlerle işbirliği içerisinde gerçekleşmiştir. Őlkemizde sağlık iletişimi çalışmaları sağlık haberciliği, sağlık iletişiminde sosyal medya/bilgi teknolojilerinin kullanımı, sağlık okuryazarlığı, halkla ilişkiler, hasta-hekim-hastane ilişkisi konularında ağırlık kazanmaktadır (Ayaz, Ayaz, 2017, s.148).

Sağlık iletişiminin kişilerarası ozellikle de yũz yũze iletişim kapsamında ele alınışında, genellikle sosyal-psikolojik etkenlerden otũrũ kişinin kendini ifade etme zorluğu uzerinde durulmaktadır. Kişilerarası iletişim engellerine ilişkin analizler, bũyũk oľũde doktor-hasta iletişimindeki aksayan yũnleri ve bunların giderilmesine odaklanmaktadır (Becerikli, 2013, s.26). Bu noktada bireylerin duygusal zeka dũzeyleri ve iletişim becerileri önem kazanmaktadır. Yũz yũze iletişim sũrecinde kişilerin duygularının farkında olması, ifade etmek istediği duygu ve dũřũnceleri bir takım engellerden otũrũ karşıdakine aktarma ya da doğru şekilde aktarma zorluğu yaşayabildiği, bunun nedenleri arasında yanlış anlaşılma, endişe ve korku unsuru olduğu dũřũnũlmektedir. Sağlık sağlayıcısına duyulan ihtiyaç, sağlık problemine zũmũn sağlık profesyonellerinde olduğu dũřũncesi hastaları ve hasta yakınlarını, duyguları ve dũřũncelerini karşılarındakine doğru şekilde iletmek konusunda çekingen davranmalarına neden olabilmektedir.

Korku oğgesinin sağlık iletişiminde ozellikle ikna sũrecinde kullanılmasına sıkça rastlanmaktadır. Hedef kitlelere (sağlıklı, hasta kişiler ve yakınları) sağlık konusunda tutum ve davranış değişikliği sağlamak amacıyla tedavi ve hastalıkların belirtileri, sağlıkla ilgili ve/veya sağlık riskleri gibi konularda bilgi verilmesi, belirli ũrũn, kimyasal ya da bitkisel ilaç ve gıdaların zararları hakkında bilinlendirilmelerinde korku unsuru kullanılmaktadır. Bu bilgilerin daha etkili ve kişilerin hafızalarında kalıcı yere sahip olması için duygusal göndermeler kullanılmakta, ozellikle korku ya da öfke duygularını

teşvik edici yöntemler uygulanmaktadır. Bu uygulamaların en bilinen örnekleri; sigara paketlerinin tasarımı, sigara ve alkol kullanımı ile ilgili televizyon reklamları, gereksiz ilaç kullanımı ve uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklar hakkında bilgilendirici videolardır.

Kitle iletişim araçlarının en bilinen özelliği aynı anda birçok kişiye ulaşabilmesidir. Bu özelliği ile medyanın kullanımı sağlık iletişiminde önem kazanmıştır. Görsel öğelerin insanların algısı ve dikkati üzerine olumlu etkisi bilindiğinden belirli kitle iletişim aracı aktif şekilde kullanılmaktadır. Sağlık iletişiminde, insanların sağlık risklerini tanımaları, kendi sağlıklarını geliştirmeleri, erken teşhis ve tedaviye ulaşmaları ve sağlık risklerini azaltmaları amacıyla çeşitli mesaj stratejileri kullanılmaktadır. Bu mesajlar çeşitli iletişim kanalları kullanılarak (çoğunlukla verilecek bilgiye en çok ihtiyaç duyacağı tahmin edilen kişilerin maruz kalacağı ve bilginin bu kişilere ulaşabileceği kanallar seçilmektedir) kişilere ulaştırılmaktadır (Çınarlı, 2008, s.144). Bu noktada medya, halkın sağlığında etkili bir faktör haline geçmekte, bilgilerin aktarılması görevini üstlenmektedir. Yine de sağlık iletişiminde sağlık ile ilgili tüm haber ve içeriklerin halka aktarılması amacıyla hareket eden medyanın, bazı noktalarda önceliklerinin değiştiği, hatta sağlık iletişimi ile çakıştığı görülebilmektedir. Aşağıdaki tabloda kamu sağlığı ve medyanın sağlık iletişimini geliştirme ve kamunun sağlık alanında bilgilendirilmesi adına önceliklerinin çakıştığı noktalar özetlenmiştir.

Tablo 1. Kamu Sağlığı ve Medyanın Önceliklerinin Çakışması

Kitle İletişiminin Amaçları	Kamu Sağlığının Amaçları
Eğlendirmek, ikna etmek, bilgi vermek	Eğitmek
Yarar sağlamak	Kamu sağlığını iyileştirmek
Toplumunu yansıtmak	Toplumunu değiştirmek
Kişisel konulara eğilmek	Toplumsal konulara eğilmek
Kısa süreli kampanyaları izletmek	Uzun süreli kampanyalar yürütmek
Tanımlanmış mesajları iletmek	Karışık bilgilerin anlaşılmasını sağlamak

Kaynak: Çınarlı, 2008, s.111.

Sağlık iletişiminin bilgi vermek ve toplumun sağlık bilincinde gelişim sağlamak amacıyla medyayı kullanması, hedef kitlede davranış değişikliği oluşturma çabasından kaynaklanmaktadır. Sağlık davranışının ne şekilde işlediğine dair yapılan çalışmalarda

genellikle iletişim süreçlerinde belirsizliği azaltmak için kullanılan neden, nasıl sorularının cevapları aranmakta, bu soruların sağlık iletişiminde karşılığı araştırılmaktadır. Bu sayede, sağlık ve iletişimin orta noktada birleştiği alanlarda sağlık sorunlarının içeriği, gerekli kavramlara dair tanımlamalar, sağlık iletişiminde taraflara ait bulgular ve sorunların çözümüne yönelik yapılabilecek öneriler etkili bir şekilde ortaya konmaktadır. Sağlık iletişiminde değerlendirme ve planlama aşamalarında bu soruların cevapları yol gösterici olabilmektedir.

Ne sorusunun yanıtı sağlık sorunları, kanser ve benzeri diğer ciddi hastalıklarla ilgili riskleri içermektedir. Ayrıca sürdürülebilir sağlık anlayışı ile beslenme ve kilo kontrolü, sağlık kurumlarında hizmet alan hasta hakları, etkili yaş almanın sağlıklı yaşamın devamı için gerekliliği düşüncesiyle çocuk ve yaşlı bakımını da ele alınmaktadır. Sağlığın kaybedilmesine neden olan ve sağlıklı yaşam kalitesini düşüren cinsel yolla bulaşan hastalıklar, madde bağımlılığı ve benzeri kötü alışkanlıklar hakkında bilgi vermek amacı ile hareket edilmesini açıklayabilmektedir.

Nerede sorusu, bireylerin yaşam tarzları ve gündelik hayatta gerçekleştirdikleri rutinleri, aşırı ya da alışkanlık yaratan maddelerin tüketim alışkanlıkları, çevresel faktörler göz önüne alınarak, bilginin aktarabileceği en etkili iletişim yöntemin seçilmesini içerebilmektedir. Sağlık ile ilgili tüm bilgiyi hedef kitle içerisindeki kişilerin kolayca ulaşabileceği yerlere, elde edilmesi kolay bir şekilde yerleştirmek gerekmektedir. Aksi halde bilgiye ulaşılamamakta, ulaşılsa dahi kullanılamamaktadır.

Neden ve niçin sorularını cevaplamadaki amaç, özellikle açıklayıcı teoride, sağlığını yitirmiş kişilere yardımcı olmak ve sağlığını korumayı ve bilgi sahibi olmak isteyen kişilerin sağlık bilinci ile hareket etmesini sağlamaktır. Nasıl sorusu ise kitle iletişim araçları ve kişilerarası iletişim ile bilgi paylaşılır. Tüm bu soruların cevabını ararken yapılan çalışmalar sonucunda sağlık davranışı teorilerini açıklayıcı ve değişim teorileri olarak iki grupta toplamıştır (Rimmer , Glanz, 2005, s.5). Bu gruplar açıklayıcı ve değişim teorileridir. Açıklayıcı teori bir sorunun var olma nedenlerini tarif etmektedir. Değişim teorileri ise sağlık müdahalelerinin gelişimine ışık tutmaktadır. Değişim teorisi davranış değişikliği programının neden yarar sağlaması gerektiğine dair varsayımları açıklamaya yardımcı olmaktadır (Okay, 2016, s.74).

Bireylerin davranış değişikliği fikrine açık olması, değişikliğe hazır olacak motivasyona sahip olmaları durumu dikkate alınmalıdır. Aksi halde teorilerin işe yaraması, kişilerin davranış ve tutumlarında değişikliği sağlaması mümkün olmayacaktır. Bunun nedeni iletişimin de ilk kuralı olan niyettir. Kişilerin niyeti gerçekten bilgi sahibi olup, doğru bilgiyi kullanma çabası ise davranış değişikliği gerçekleşecektir. Değişim aşamaları çerçevesinde beş ayrı basamak tanımlanmıştır (Okay, 2016, ss.82-83).

1. Ön tasarım: Kişinin bir sağlık sorunu olduğundan yakın çevresi ve ailesi haberdar, fakat kişinin kendisi durumunun farkında değildir. Bu basamakta kişinin yakın çevresi kişiye etki etmeye çalışmaktadır.
2. Tasarlama: Bu aşamada birey sorunun varlığından haberdar ve daha da önemlisi sorunundan kendisi de rahatsızdır. Bu konuda bir şey yapıp yapmayacağına henüz karar vermemiştir. Sadece karar verme aşamasında davranış değiştirmesinin kendisi için yararları ve zararlarını düşünmektedir.
3. Karar verme: Bu aşamada kişinin davranış değiştirme niyeti açıkça bellidir. Sağlık durumundaki sorunun giderilmesi için harekete geçmektedir. Bu nedenle bu aşamaya hazırlık aşaması da denilebilir.
4. Hareket: Bu aşamada kişiler sorunlarının üstesinden gelmek için davranış değişikliği yapmaktadır. Pek çok davranış değişikliği içermekte, bu değişiklikler yakın çevresi ve ailesi tarafından açıkça görülmektedir. Amaç, sağlık sorununun üstesinden gelmek, sağlıklı hale gelmektir.
5. Sürdürme: Değişiklik sonrası edinilen davranışın uzun süre tekrarlanması sonucunda sürdürülebilir hale gelmesidir.
6. Sonuç: Bu aşamada artık kişi, değişiklik sonrası edindiği davranışı benimsemiştir. Davranışını gerçekleştirmek için çalışmak, çaba sarf etmesine gerek yoktur.

Daha önce de bahsedildiği gibi sağlık iletişimi farklı düzeylerde gerçekleşmektedir. Bu bazı durumlarda hastanın kendisi ile (sağlık bilgisine ulaşması), bazı durumlarda hasta ve yakın çevresi ile (iletişim becerilerinin kullanılması), bazı durumlarda da sağlık sağlayıcı görevini gerçekleştiren doktor ve hasta ile (hastalığı teşhis ve tedavi sürecinde kişilerarası iletişim becerilerinin kullanımı) gerçekleşebilmektedir. Tarafların karşılaştığı ilk an olan görüşme ya da muayene başlayan ve tıbbi yardımın tamamlanmasına kadar devam eden süreçte iletişimin katkısı büyüktür. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin

(doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları) çalışma hayatları süresince edindikleri bilgi ve deneyim, kişilerarası iletişim becerilerinin gelişmesine vesile olmaktadır. Hastanın tedavi sürecine dahil edilmesi, karar verme aşamalarında gereken bilgiyi doğru şekilde alması, tarafların işbirliği içinde çalışması iyileşme sürecine olumlu etki etmektedir. Bu nedenle iletişimin doğru kurulması ve doğru şekilde ilerlemesi için doktorlara da bazı görevler düşmektedir.

2.1.1. Sağlık ve Hasta Kavramı

Sağlık kavramı, sadece bedensel olarak değil, psikolojik ve sosyal olarak da iyi olma ya da hasta /rahatsız olmama durumudur. Sağlık açısından iyi durumda olma genellikle sağlığın kaybedilmesi durumunda karşılaşılan sorunlar ile açıklanmaktadır. Sağlığın ya da sağlıklı olmanın teşviki ve sağlığın korunması için bilincin geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak kabul edilmektedir. İnsanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Bu kaynak bazı durumlarda amaç, bazı durumlarda araçtır. Hayatın kaliteli şekilde devam edebilmesi ve günlük rutinlerin eksiksiz yerine getirilebilmesi için bireyin sağlıklı olması, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan yeterli güce sahip olması gerekmektedir. Bu bakımdan sağlık, sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır.

Sağlıklı olmak, her bireyin en temel hakkıdır. Dahası, kişinin diğer yaşam haklarını gerçekleştirebilmesi için sağlıklı olması gerekmektedir (Çınarlı, 2008, s.5). Yemek yeme, korunma, öğrenme çalışma ve sosyal hayata sahip olma gibi temel hak ve ihtiyaçlarını sağlayabilmesi için hasta olmaması, iyi ve bu ihtiyaçları karşılayacak bedensel ve ruhsal güce sahip olması gerekmektedir. Yine de bir şekilde sağlık açısından iyi olma durumunu kaybetmiş ya da mevcut durumunu korumayı amaçlayan kişiler için devletin bazı yasa ve hükümlere uygun yükümlülükleri bulunmaktadır. İnsanın sağlıklı bir hayat sürebilmesi için devletin imkanları, hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli şartları yerine getirmelidir (Kuzu, 1997, s.742).

Sağlıklı olma durumu bireysel, kamusal ve toplumsal olarak ele alınabilmektedir. Sağlık tanımını yapmadan önce sağlık kavramının bireyden bireye, toplumdan topluma ve hatta kültürden kültüre farklılık gösterdiği unutulmamalıdır. Aynı zamanda bu durum hasta olmama ve tamamen rahat ve iyi olma durumunun sürekli değişim içinde olmasına ve tanımın birçok farklı alanda değişiklik göstermesine neden olmaktadır. Günümüzde farklı kültürlerde farklı hastalık tanımları mevcuttur (Cirhinlioğlu, 2016, s.43). Bu tanımların ortak özelliği sağlık kavramını hastalık ile ilişkilendirerek ortaya koymasındır. Bireyin hasta olmama durumu yani işlevsel olarak günlük ihtiyaçlarını ve günlük yaşama rutininde gereken aktiviteleri yerine getirebilecek güçte olması sağlıklı olduğunu göstermektedir.

Tıp kavramı ve sağlıklı olma durumunu tanımlama çalışmaları Antik Yunan'a, M.Ö. 5.yy'da Hipokrat'a kadar uzanmaktadır. Hipokrat'a göre vücuttaki dört sıvı sağlık açısından çok önemlidir. Bunların dengede olması hastalıkları önlemekte ya da iyileştirmekte olduğu düşünülmektedir. Bu sıvılar; kan, sarı ve siyah öd, balgamdır. Bu sıvılar ilerleyen zamanla hava, su, ateş ve toprak ile ilişkilendirilmiştir (Çınarlı, 2008, s.10). Bu noktada yiyecekler önem kazanmış, bu sıvıların yiyeceklerin dengeli tüketilmesi ile dengelenebileceğine inanılmıştır. Bunun için de dört elementin kullanılması, yani yiyecekleri katı, sıvı, soğuk ya da sıcak olması gerektiğine olan inanç artmıştır.

Günümüzde de beslenmenin yaşam kalitesini yükseltmekte önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Modern tıbbın ortaya çıkışından ve ilaçların kullanımından önce hastalıklar ile baş etmede en etkili yardımcıları yiyeceklerdir. Bireylerin belli yiyecekleri tüketerek sağlık sıkıntılarını son verdiği, başlıca hastalıkların tedavi sürecinde belli yiyecekleri tükettikleri ya da tüketmekten kaçındıkları bilinmektedir. Kültürden kültüre farklılık gösteren bir olgu olması itibarıyla sağlıklı olma durumu ya da bir kişiye sağlıklı denilebilmesi için öncelikle dış görünüşünün ve fiziksel bir sorunu olmaması gerekmektedir. Bu nedenle belli coğrafyalarda yaşayan kültürlere mensup kişilerin sağlık sorunları yiyeceklerin etkileri ve belirli miktarda gıda alması ile ilişkilendirilmiştir.

Tüm bu bilgiler ışığında sağlık olgusundan sadece tıbbi bir terim olarak bahsetmek yanlış olacaktır. Sağlık birçok farklı disipline dahil edilebilen, farklı alanlarla birleştirilebilen bir yapıya sahiptir. Bireyin toplumun en önemli parçası olduğu

düşünülürse, insanın olduğu her yerde sağlık ve iyi olma durumundan da bahsetmek gerekmektedir.

2.1.2. Sağlık İletişimi Anlayışının Gelişimi

Sağlık iletişimi kavramının ilk olarak çalışma konusu haline getirilmesi 1970'lere dayansa da (Okay, 2016, s.14) sağlığın önem kazanması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar çok daha sonraki yıllarda konuşulmaya başlamıştır. Bunun nedeni aslında kişilerin sağlıklı olma, fiziksel ve ruhsal olarak iyi olma durumuna gereken ilgiyi göstermemesidir. Bu nedenle sağlık kaybedilmeden önemi anlaşılammakta, kimse sağlığı korumaya yönelik önlemler almamaktadır. Gelişen dünyada son yıllarda kabul edilen gerçek, iletişimin etkili şekilde dahil olduğu diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık konusunda da gelişime yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Literatürde sağlığı geliştirme kavramına ilk olarak 1920'lerde Winslow'un yaptığı halk sağlığı tanımında rastlanmakta ve bu tanım Şimşek tarafından şu şekilde Türkçeye çevrilmiştir (Şimşek, 2013, s.343):

“Halk sağlığı; çevre korunması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişiye yönelik sağlık uygulamaları konusunda bireylerin eğitimi, erken tanı ve tedavi hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıklı olmanın sürdürülmesi amacıyla herkesin yeterli yaşam standardına erişilmesi için sosyal gelişimin desteklenmesine yönelik organize edilmiş toplumsal çabalar yoluyla sağlığın geliştirilmesi, iyilik halinin sürdürülmesi, yaşamın uzatılması ve hastalıkların önlenmesi bilimi ve sanatıdır.”

Sağlık iletişimi, 1971'de Ulusal Kanser Enstitüsü'ne (National Cancer Institute) bağlı Kanser Enformasyon Servisi'nin (CIS-Cancer Information Service) yapmış olduğu çalışmalarla ortaya çıkmış bir disiplindir. Sağlık iletişimi disiplini ABD'de ortaya çıkmıştır. Kanser Enformasyon Servisi, uzun yıllar yürütmüş olduğu çalışmalarla kanser hastalığının nedenleri, önlenmesi ve tedavisi noktasında iletişim stratejilerini kullanarak toplumu, bilim adamlarını, doktorları ve diğer sağlık profesyonellerini, bilgilendirmeyi hedeflemiştir. Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Kanser Enformasyon Servisi aracılığıyla başlatmış olduğu çalışmalar günümüzde de devam etmektedir (Ratzan, 1998, s.3).

Sağlığın, önemli bir kişisel mesele olarak ortaya çıkması ve 20.yüzyılın ortasında Amerika'da önemli bir kurum olarak sağlık hizmetlerinin üstünlüğü, sağlık iletişimi

alanının gelişmesinde önemli faktörlerdir. Amerika toplumu içinde belirgin bir önemi olan sağlık kavramı, sağlık kurumunun ortaya çıkmasında temel bir gelişme olarak gösterilmektedir. 2. Dünya savaşına kadar sağlık, genellikle Amerikalılar tarafından bir değer olarak görülmemiştir. Savaşın devam ettiği yıllarda kişisel sağlığın bir sorun haline gelmeye başlaması ve Amerika halkının aklında sağlık hizmetlerinin yeterli bir biçimde sağlanması gerektiği önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlık, Amerikalılar için yirminci yüzyılın son çeyreğinde bir takıntı haline gelmiştir (Thomas, 2006, ss.39-40).

International Communication Association (Uluslararası İletişim Derneği) 1975’lerde sağlık iletişimi üzerine odaklanan bir bölüm kurulmuştur. O zamanlar çalışmalar terapötik iletişim, tıbbi iletişim ya da sağlık iletişimi gibi farklı olarak adlandırılmıştır. Dernek 1980’lerin ortasında benzer bir bölüm daha kurmuştur. 1989 yılında Lawrence Erlbaum Associates, sağlık iletişimi adında, özellikle sağlık iletişiminin çalışma alanına vakfedilmiş ilk hakemli dergiyi çıkarmış ve yedi yıl sonra da sağlık iletişimi dergisinin (Journal of Health Communication) açılışı yapılmıştır (Thompson, 2003, s.2).

Sağlık iletişimi ile ilgili kitapların 1980’li yıllarda yazılmaya başlandığına dikkat çeken Sabırcan, bu alanda yazılan kitapları Kreps ve Thornton’un “Health Communication: Theory and Practice” (Sağlık İletişimi: Teori ve Uygulama- 1984) ve Peter ve Laurel Northouse’ın “Health Communication: A Handbook for Professionals (Sağlık iletişimi: Profesyoneller için El Kitabı-1985) olarak aktarmıştır (Sabırcan, 2012, s.41).

Sağlık iletişimi, Türkiye’de son yıllarda gelişme göstermiştir. Sağlık iletişimi, bazı tıp fakültelerinin halk sağlığı bölümlerinde ve sağlık eğitim fakültelerinde ders olarak okutulmaktadır. Sağlık iletişimi, ülkemizde son zamanlarda özel hastanelerin halkla ilişkiler ve tanıtım faaliyeti olarak ya da tıbbi iletişim ve sağlık hizmetleri pazarlaması olarak görülmektedir. Sağlık iletişimi, ülke genelinde sağlıkla ilgili haberlerin ve enformasyonun iletilmesi, sağlık kampanyalarının yürütülmesi, sağlık eğitimi faaliyetleri dâhilinde yürütülmekte, ancak uygulamada iletişim uzmanlarıyla iş birliğine çok ender gidilmektedir (Çınarlı, 2008, s.48). Bireyleri sağlıkla ilgili konulara belli bir tutum geliştirmekte ve hayatları boyunca bu tutuma yönelik hareket etmektedir. Önemli olan bireylerin sağlık ihtiyacı ile geliştirdikleri davranışın iletişim ile

yönlendirilebilmesini gerektirmektedir. Kısaca bireyler, sağlıklarını yitirdiklerinde ihtiyaçlı hale gelmekte ve tedavi sürecinde sağlık davranışlarını değiştirmeye meyil göstermektedir. İşte bu noktada, yani değişime açık duruma gelindiğinde, içinde bulunulan çağın diğer tüm alanları etkilediği gibi sağlık iletişimini de etkilemesine olanak sağlanmalı ve sağlık alanında da değişimlere imkân verilmelidir. İnsanın dahil olduğu tüm süreçlerde olduğu gibi sağlık alanında da değişim kaçınılmazdır. Bu noktada hali hazırda benimsenmiş olan sağlık davranışı modelleri ve kuramlarına yer verilmesi gerekmektedir.

2.1.3. Sağlık Davranışı Kuramları ve Modelleri

Sağlık ve hastalık olgularının işlendiği en eski çalışmalarda bile kavramları açıklamada bir karışıklık olduğu düşünülmektedir. Özellikle kişilerin beyanlarına dayalı olarak gelişen tanı koyma sürecinde karmaşanın ortaya çıkması önemli sorunların kaynağı olarak düşünülmektedir. Düzenlenecek tedavinin tanı koymadan sonra gerçekleşecek olması durumun önemine vurgu yapmaktadır. Bu nedenle 1966 yılında Kasl ve Cobb yaptıkları bir çalışmada sağlık davranışı teorilerine açıklık getirmek için üç önemli durumdan bahsetmiştir (Kasl , Cobb, 2013, s.246). Bunlar; sağlık davranışı, hastalık davranışı ve hasta rolü davranışıdır.

Sağlık davranışı, bireyin kendini sağlıklı olarak gördüğü ve hissettiği durumlarda gerçekleştirdiği bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık davranışında amaç sağlığı yeniden kazanmak değil, kaybetmemek için önlemler almak ve korumaktır. Sağlıklarını korumak için kendilerini tamamen sağlıklı hisseden bireyler hastalık belirtilerini göstermedikleri sürece sağlık davranışı sergileyebilecekleri bir evrede bulunmaktadır. Bu evreye asemptomatik evre de denildiği görülmüştür. Diğer bir değişle hasta olduğuna dair hiçbir semptomla rastlanmayan kişilerin sağlıklı olduğu ve bu süre içerisinde davranış ve tutumlarının sağlık davranışı kabul edilebileceği düşünülmektedir.

Hastalık davranışı, bireyin kendini hasta olarak gördüğü ve hissettiği durumlarda gerçekleştirdiği tüm faaliyetlerdir. Bu davranışı sergileyen bireyler sağlığının durumunu yani ne derecede sağlığının bozulduğunu açıkça ortaya koyan bir tutum içerisindedir. Bireyin asıl amacı sağlık açısından yaşamakta olduğu soruna uygun çare bulabilen bir kişi tarafından tedavi sürecinin başlamasını ve tedavinin gerçekleşmesini sağlamaktır.

Başka bir deyişle, hem fiziksel açıdan hasta olan hem de ruhsal açıdan hasta hisseden kişilerin iyileşmek için gösterdikleri çaba hastalık davranışının temelini oluşturmaktadır. Hasta rolü davranışı; hastalık davranışına benzer olarak sağlığı geri kazanmak adına bireylerin yaptıkları faaliyetleri içermektedir. Önemli olan nokta hasta rolü davranışında, bireyler kendilerini hasta olarak görmektedir. Gerçekte fiziksel bir sağlık problemi olmayan bu bireyler üstlendikleri rol gereği kendilerini hasta olarak görmekte ve sahte belirtiler göstermektedirler. Uygulanması gereken tedavi psikolog ya da psikiyatrist tarafından düzenlenmekte, tıbbi olarak bedenen hasta sayılmamaktadırlar. Bu bilgiler ışığında sağlık davranışları ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda belirlenmiş kuram ve kavramlara değinmek, bireylerin sağlık davranışı adı altında uyguladıkları modelleri irdelemek gerekmektedir.

Sağlık davranışı modelleri sadece günümüzde değil aynı zamanda gelecekteki sağlık davranışı anlayışına, bu konu üzerine yapılan çalışmalara rehber olma niteliği taşımaktadır. Sağlık davranışı modellerini bilmek, bu modellere uygun iletişim kurmak kişilerin birbirini anlama ve empati kurma seviyelerini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Bu modeller aynı zamanda sağlık alanındaki çalışmalara yön vermektedir. Farklı teoriler irdelendikçe farklı veriler elde edilmektedir. Bu da yaşanan iletişim sorunlarına henüz fark edilmemiş bir bakış açısı kazandırdığından çözüm önerileri gelişmesine vesile olabilmektedir. Bazı durumlarda da her modelin içerisinde bir diğer modelden esintiler barındırdığı, her birinin farklılıkları olduğu kadar benzer birçok noktası olduğu görülebilmektedir. Karşılaştırma ve değerlendirme yapılmadan bu duruma açıklık getirilemeyeceği düşüncesiyle sağlık davranışı modellerinin incelenmesi ihtiyacı doğmaktadır. Ancak bu sayede ne kadar benzer ya da ne derece farklı oldukları anlaşılabilir. Farklılıkların büyük bir bölümü genellikle bir kavramın diğerinden daha fazla önem kazanmasından ortaya çıkmaktadır. Davranış bilimleri, eğitim, sağlık eğitimi ve kuramsal çalışmalar en çok vurgulanan üç sağlık davranışı modelini belirgin şekilde ortaya çıkarmıştır. Bu modeller; sağlık inanç modeli, planlanmış davranış teorisi modeli ve Transteoretik modeldir. Bunlara ek olarak sağlık davranışı etkileşim modeli verilmekte, her üçünden de benzerlikler taşıdığı ve diğerlerinin içeriğini genellediği düşünülmektedir.

2.1.3.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık davranışını açıklamada kullanılmak üzere geliştirilen ve tanımlana kuramsal modellerin ilklerindedir (Champion , Skinner, 2008, ss.45-62). Toplumsal bir olgu olarak ele alınan sağlık konusunda geniş kitleleri hedef alınarak yapılan çalışmalar sonucunda kamu sağlığının önemi ortaya çıkmıştır. Sosyal psikologların yaptıkları çalışmalar sonucunda toplumu sağlıklı tutma ve hastalıkları önlemek adına faaliyetler yürütmenin önemi fark edilmiştir. Toplum bilinçlendirmenin en etkili yolu da bireylerin sağlık bilincini geliştirmek, sağlıklı yaşamının gerekliliğini ve sağlığın yaşam kalitesine etkisini öğretmek ile mümkündür. Bireyler sağlıklarını yitirdiklerinde sorunlarının çözümü olabilecek kurum ve kişilerin arayışına girmektedir. Hayatlarının bir parçası olarak değil bir gereklilik olarak sağlıklarını geri kazanma çabası içerisinde davranışlar sergilemektedirler. Oysaki çağdaş toplumlarda sağlık davranışı, bireylerin hasta olmadan, henüz sağlıklı iken sağlıklarını koruma ve geliştirmeleri yönünde hareket etmelerini gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık inanç modeli aynı zamanda bir sosyal biliş modeli olarak da adlandırılmaktadır (Gottwald , Goodman-Brown, 2012, s.73).

Sağlık inanç modeli, bireylerin sağlık ve sağlık davranışlarını temsil ederken iki önemli noktaya odaklanmıştır; tehdit algısı ve davranışsal değerlendirme. Tehdit algısı; bireylerin hastalığa ya da sağlık sorunlarına karşı gösterdikleri duyarlılık algısı ve hastalıkların sonuçlarının ciddiyetine gösterdikleri tepkiler olarak açıklanabilmektedir. Davranışsal değerlendirme ise, önerilen bir sağlık davranışının yararları ya da etkililiği ile ilgili harekete geçme, gerekli davranışları yürürlüğe koyma, tedavinin maliyetleri ya da engelleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma anlamına gelmektedir. Buna ek olarak sağlık inanç modeli, uygun inançlar düzenlendiğinde, harekete geçme eylemlerinin sağlık davranışını aktive edebileceğini öne sürmektedir. Bu aktivasyonu, hastalık ile ilgili semptomların bireyler tarafından algılanması, sosyal etki ve sağlık eğitimi kampanyaları dahil olmak üzere çok çeşitli tetikleyiciler aracılığıyla gerçekleştirmektedir. Son olarak, bireyin genel sağlık motivasyonu veya sağlık sorunları hakkında endişelenmeye hazır olma durumu, sağlık inanç modelinin geliştirilebilir yönleri arasında yer almaktadır. Bu alanlara dair çalışmalar modelin günümüz sağlık sistemleri ile entegrasyonun

sağlayabilmektedir. Bu sayede modelin, güncellenerek kullanılabilirliğinin arttırılacağı düşünülmektedir (Conner , Norman, 2005, s.30).

Toplumsal açıdan halkı olası hastalıklara ve sağlığı nasıl korumaları gerektiğine dair bilgilendirmek, ilk zamanlarda olduğu gibi günümüzde de araştırmaların konusu olarak algılanmaktadır. Bu araştırmalarda genellikle yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, etnik köken gibi demografik faktörlerin sağlığı koruma davranışında etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Buna rağmen sağlık kurumları tarafından sunulan hizmet ücretsiz yapılsa bile, düşük sosyo-ekonomik statülü bireylerin hizmeti daha az kullandıklarını fark etmişlerdir. Araştırma bu durumun nedenlerini bulmak için detaylandığında da koruyucu sağlık davranışı göstermenin başka faktörlerin etkisi altında olduğunu ortaya çıkarmıştır (Gözüm , Çapık, 2014, s.230)

Günümüzde sağlık inanç modeli bireylerin sağlık davranışlarına daha çok sağlık taraması, hastalık, hastalık rolü ve önleyici davranışlara müdahale etmek için kullanılmaktadır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre bir kişinin hastalığı önlemek üzere harekete geçmesi olasılığı, kişinin; kendisinin de hastalığa yakalanabileceğini (Algılanan duyarlılık), hastalığın sonuçlarının ciddi olabileceğini (Algılanan ciddiyet), tedbirli davranışın hastalığı etkili bir biçimde önleyeceğini (Algılanan yarar) ve tehlikeleri/riskleri azaltmanın faydasının eyleme geçmenin zararlarından çok daha fazla olduğunu idrak etmesine (Algılanan engel) bağlıdır (Glanz vd., 2008, s.47).

Uzlaştırıcı değişkenler tarafından etkilenen bu dört faktör, hastalığın bilinen tehlikeleri ve sonuçlarıyla ilgili beklentileri etkiler. Ve dolaylı olarak, koruyucu sağlık davranışı sergileme olasılığını da etkiler. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir (Bulduk vd., 2015, s.30). Modelin dört ana unsuru aşağıdaki şekilde kavramlaştırılmıştır.

Tablo 2: Sağlık İnanç Modeli Kavramları

Kavram	Tanım	Uygulama
Algılanan duyarlılık	Kişinin bir hastalığı tecrübe etme ihtimali	Risk seviyesi, birinin karakterine ve davranışlarına bağlı riskler
Algılanan şiddet	Bir hastalığın ne kadar ciddi olduğuna dair inanç	Risklerin sonuçları ve koşullar, hastalık evreleri
Algılanan fayda	Hastalık riski ve ciddiyetinin azalması için tavsiye edilen eylemin etkililiği	Beklenen olumlu sonuçları ortaya çıkarmak için eyleme geçmek; Nerede? Nasıl? Ne zaman?
Algılanan engeller	Tavsiye edilen eylemin somut ve psikolojik maliyetleri hakkında inanç	Algılanan engelleri güvence, teşvikler ve diğer yardımlar yoluyla azaltmak
Eylem ipuçları	Hazır bulunmak için stratejiler	Farkındalık yaratmak için bilgi paylaşımı ve uygun hatırlatma sistemleri
Öz yeterlik	Kişinin harekete geçme yeteneği	Eyleme geçmek için eğitim ve rehberlik, aşamalı hedef ayarı, sözlü takviye etmek, kaygıyı azaltmak, istenen davranışları sergilemek

Kaynak: Glanz vd., 2008, s.48.

Algılanan duyarlılık kişinin bir hastalığı tecrübe etme ihtimalini ne şekilde algıladığı ile alakalıdır. Bireylerin hastalık veya hasta olma durumunun ortaya çıkma olasılığı hakkındaki inançlarını ifade etmektedir. Örneğin, bir kadın bir mamogram çektilerinde elde ettiği sonuçla ilgilenmeden önce meme kanseri olma olasılığı olduğuna inanmalıdır. Bir kişinin bazı hastalıklara yakalanma ihtimalleri ailedeki diğer kişilerin sağlık durumları ile ilgilidir. Doktorların hasta muayenelerinde sıkça kullandığı “aile hikayesi” sözü sağlık inancı modelinin algılanan duyarlılığına örnek olarak gösterilebilmektedir. Bireyin hastalığa yakalanma ihtimali, onu önlem almaya ve

hastalıktan korunmak için çabalamaya teşvik etmektedir. Bu duyarlılık normalde her zaman ve koşul altında gösterilmesi gerekse de kişiler hastalanma ihtimallerinin arttığı durumlarda duyarlılık göstermeye başlamaktadır. Bu aynı zamanda kişinin hastalığa yakalanma durumuna ne kadar ihtimal verdiğini de ifade etmektedir. Bireyler bu ihtimali göz önüne aldıklarında aslında sağlıklarını koruma yolunda bir adım atmış olmaktadır. Örneğin; kanser olma ihtimali olduğunun farkına varan bir kişi, zararlı alışkanlıklarından uzaklaşma (alkol, sigara kullanımı), sağlıklı beslenme, spor yapma gibi önlemleri hayata geçirmeye başlamaktadır. Sağlık inanç modeline göre bu korunma yöntemlerini uygulama kararı ile tedbirli davranışları gerçekleştirmesi kişinin hastalığa yakalanabileceğine ne derecede ihtimal verdiğiyle doğru orantılıdır.

Algılanan şiddet, bazı kaynaklarda algılanan ciddiyet olarak ele alınmaktadır. Bu aşamada kişi, hastalığın sonuçlarını tahmin etmeye çalışmakta ve sonuçta ne kadar zarar görebileceğini hesaplamaktadır. Diğer bir deyişle algılanan şiddet, kişinin hastalığa yakalandığında karşılaşacağı sonuçların ne kadar şiddetli olabileceğini düşünmesi anlamına gelmektedir. Bir kişi, hastalandığı zaman gerek fiziksel gerekse psikolojik olarak yaşayacaklarını, ağrı ve tedaviler süresince hayatının bu durumdan olumsuz olarak ne kadar etkileneceği, hayatının gidişatının tamamen bozulma ihtimali gibi ciddi sorunlarla karşılaşacağına olan inanç, harekete geçme olasılığı artmaktadır. Bu aşamada algılanan şiddet; fiziksel (sakatlık, acı, ağrı vb.), psikolojik (moralizm, halsizlik, kızgınlık ve isyan hali) ve de sosyal açıdan (ilişkilerde değişme, bağımlı hale gelme vb.) olarak şiddetli sonuçları ifade etmektedir.

Sağlık İnanç Modeli temel olarak sağlık risklerine odaklanmıştır. Bireylerin bir tehlike anında ya da tehlike altında oldukları harekete geçtiğini savunmaktadır. Algılanan fayda da bu noktada ortaya çıkmaktadır. Bireylerin hastalığa yakalanmamak için tedbirli davranışlarda bulunması, bu tedbirlerden fayda beklediği anlamına gelmektedir. Sağlık konusunda bireyin herhangi bir davranışı değiştirmesi için harekete geçme isteği sadece sağlığı bu tedbirlerle koruyabileceği gerçeğine inandığı zaman gerçekleşebilmektedir. Örneğin, alkol tüketerek karaciğerine zarar verdiğini, hatta diğer birçok organın işlevini engellediğinin farkında olmayan birinin alkolü bırakması düşünülememektedir. Eğer bireyler zarar verdiklerini düşündükleri bir davranışı, fayda

sağlayacak bir duruma getireceklerine inanmazlarsa, davranış değişikliğini göstermeme eğiliminde olmaktadır.

Sağlık konusunda sadece inanç kişilerin harekete geçmesine yeterli değildir. İnsanlar doğası gereği faydacı varlıklardır. Bu nedenle kişileri harekete geçirmek için sadece inanmaları yetmemekte, beklenen faydaları elde edeceklerini düşünmeleri gerekmektedir. Bu sırada da fayda sağlayacakları davranışları gerçekleştirirken olası engelleri göz önünde bulundurmalarıdır. Sağlık inanç modelinde algılanan engel, sağlık davranışında değişimi etkileyen engeller anlamına gelmektedir. Kişilerin bu engellerin de farkında olması, davranış değişikliğini gösterirken bu engellerle karşılaşabileceklerini hesaba katması gerekmektedir.

Davranış ve tutum değişiminin sağlanması hiç kolay bir süreç değildir. İnsanların bildikleri ve tecrübe ettikleri davranışları, o davranışlar fayda sağlamasa bile, tekrarlama eğilimi bulunmaktadır. Bu durum en çok beslenme ve zararlı madde kullanımı alışkanlıklarında görülmektedir. Faydanın engele göre ağır basması gerekmektedir. (Redding vd., 2000, s.92). Örneğin; sigara kullandığı süre içinde daha zayıf ve formda görüldüğüne inanan, dahası sigaranın kendisini zayıflattığına inanan birisi, bu alışkanlığının sağlığını ne kadar bozduğunu bilse bile kullanmaya devam etmektedir. Diğer bir deyişle, sağlığını tehlikeye atmayı, elde ettiği faydaya tercih etmektedir.

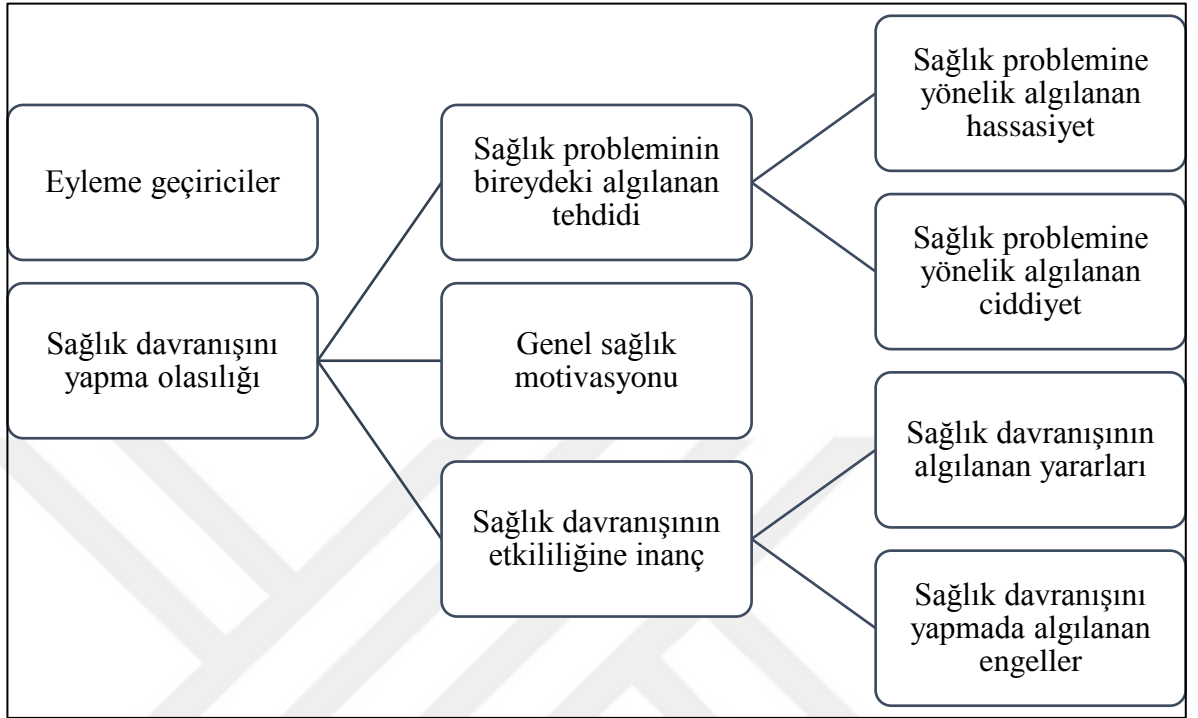
Eylem ipuçları bir kişinin sağlık davranışında bulunması için kendisini teşvik eden tüm içsel ve dışsal uyarıcıları içermektedir. Kişi hastalığa karşı hazırlıklı olmak için gerekli motivasyonu kendi kendine içsel olarak ya da çevresindeki kişilerden etkilenerek dışsal olarak sağlayabilmektedir. Bunun için kişinin hastalığı bizzat tecrübe etmesine gerek duyulmamaktadır. Örneğin, çok yakın olduğu bir arkadaşının yakalandığı hastalık süresince neler yaşadığını gören bir kişi, sağlık davranışını değiştirme yoluna gidebilmektedir. Bunun yanında, kişi çok sevdiği bir yakını kaybettiğinde de dışsal uyarıcıların hatırlatmalarına maruz kalarak sağlık davranışını değiştirebilmektedir. Önemli olan nokta kişinin hastalığa karşı hazır hale gelmesinde, birinin ya da bir durumun bunu ona hatırlatması ve uyarmasıdır.

Sağlık İnanç Modelinde en son aşama fakat belki de en önemli aşama öz yeterlidir. Öz yeterlik kişinin harekete geçme yeteneği ile doğru orantılıdır. Sağlık inanç modeli temelde kişilerin hastalığa yakalanma yatkınlıklarından beslenmektedir. Kişilerin

hastalıklara karşı tedbir almaları gerektiğine dikkat çekmekte ve tedbirli davranışın sağlığı genel olarak iyileştirdiğine vurgu yapmaktadır. Bu noktada kişilerin harekete geçmek için eğitim ve rehberlik hizmeti alabileceğini, hedef belirlemelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Böylece kişiler belirledikleri hedeflere ulaştıklarında aşamalı olarak başka hedefler belirleyebilmektedir. Örneğin; hipertansiyon ya da diyabet hastası olan bir kişinin ilaç kullanımının yanında sağlıklı beslenmesi, kilo kontrolüne dikkat etmesi ve mümkün olduğunca spor yapması önerilmektedir. Bu durumun ne kadar şiddetli sonuçlar doğurabileceği, kalp krizi riski olduğunu fark eden kişi, sağlık davranışının yanında tüm yaşamını ve rutinlerini değiştirebilmektedir.

Sağlık inanç modelinin kişileri davranış değişikliğine yönlendirdiğinden bahsedilmiştir. Sağlık açısından olası hastalık durumunda (sadece risk azaltmak yerine), hastalığın boyutu, doğru tanıyı kabul etme, hastalığın sonuçlarına karşı duyarlılığın ve farkındalığın etkisiyle kişisel tatmin ve genel olarak hastalığa yatkınlığı içerecek şekilde yeniden formüle edilmesi gerekmektedir. Sağlık inanç modelinde Tablo 2’de kişisel yapıların kavramları, tanımları ve uygulama alanları verilmiştir. Bu davranış değişikliği gerçekleştirilirken kişilerin genel motivasyonlarını ne şekilde kazandıklarına açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Bu nedenle Şekil 1’de yapılar arasındaki ilişkileri gösterilmektedir.

Şekil 1: Sağlık İnancı Modeli



Kaynak: Conner , Norman, 2005, s.30

2.1.3.2. Planlanmış Davranış Teorisi Modeli (PDT)

Planlanmış davranış teorisi, bütünleştirilmiş bir sağlık davranışı modeli (Integrated Behaviour Model – IBM) olarak ele almak gerekmektedir. Diğer alanlarda ve disiplinlerde olduğu gibi sağlık alanında da davranışın kaynağı insan ve davranışı olduğundan yapılan araştırmalar bu davranışların nedenlerine odaklanmış, bilinmezliği azaltmaya çalışarak kişilerin tutum ve davranışlarına karar verme süreçlerini incelemişlerdir. Bu yüzden oluşturulan teori ya da modeller sürekli bir değişim ve gelişime maruz kalmaktadır. Planlanmış davranış teorisi de sağlık alan yazınına Mantıklı Eylem Teorisi (Theory of Reasoned Action – TRA) olarak girmiştir. Mantıklı Eylem Teorisi, bir bireyin belirli bir zaman ve mekanda bir davranışa girme niyetini tahmin etmektedir. Bireysel davranışların, davranış niyetleri tarafından yönlendirildiğini ve davranış niyetlerinin işlevsel olarak üç belirleyicinin olduğunu öne sürmektedir. Bu belirleyiciler bireyin davranışa, öznel normlara ve algılanan davranışsal kontrollere yönelik tutumunu ifade etmektedir (Ajzen, 1991, s.179).

Davranışın niyeti önemlidir. Niyet bir sağlık davranışı için ölçüt niteliğindedir. Bir kişinin kendi bilinçli planı ya da belirli davranışları gerçekleştirme kararı bakımından kişisel kararlılık anlamında motivasyonunu temsil etmektedir. Genel olarak kişinin niyeti ne kadar güçlüyse, davranışı gerçekleştirme olasılığı da o kadar fazladır (Conner, Armitage, 1998, s.1430). Davranışa yönelik tutum, bir kişinin ilgili sağlık davranışının olumlu veya olumsuz hissettirdiklerine bağlı olarak derecesini ifade etmektedir. Davranışı gerçekleştiren bireyler, gösterdikleri performansın sonuçlarını elde etmeyi hedeflemekte, bu mantıkla eyleme geçmektedir. Bu durum da performansın sonuçlarının dikkate alınmasını gerektirmektedir. Sağlık davranışı aynı zamanda subjektif normlara göre şekillenmektedir. Kişilerin toplumsal olarak belirlenen normlara uygun olarak önemli kişilerin davranışı gerçekleştireceğini düşündüklerine dair inanç anlamına gelmektedir. Bireyin çevresinde örnek aldığı ve saygı durduğu kişilerin davranışları güvenilirdir ya da güvenilir olarak algılanmaktadır. Dolayısıyla örnek alınan kişinin sağlık davranışlarını taklit etmek mantıklıdır düşüncesi gelişmektedir. Bir kişinin davranışları çevreleyen sosyal çevre algısı ile ilgilidir.

Kişilerin tutumları sadece sağlık alanında değil her alanda davranışlara etki etmektedir. Araştırmalara konu olan kısım ise davranışların nasıl etkilendiğidir. Bu sebeple Mantıklı Eylem Teorisi zaman içinde yenilenip geliştirilerek Planlanmış Davranış Teorisi (PDT) ortaya çıkmıştır. Planlanmış davranış teorisi modelinde Mantıklı Eylem Teorisine dair parçalar bulunduğundan bu iki modelin birleşimi bütünleşmiş davranış modeli olarak ele alınmaktadır. Planlanmış davranış teorisi modelinde kişinin davranışı kontrol altında tutularak değerlendirilmektedir.

Planlanmış Davranış Teorisi (PDT), bireylerin sağlık davranışlarını ne şekilde belirlediklerini anlama ya da tahmin etmeye yönelik psikolojik bir yaklaşımdır. Sağlık inanç modelinde olduğu gibi planlanmış davranış teorisinde de kişilerin tutumlarını önceden kestirebilme ve tahmin etme ön plandadır.

Planlanmış davranış teorisi, özellikle sosyal psikolojide dikkat çekmeye devam eden akıl yürütme teorisinin bir uzantısı olarak kabul görmektedir. Hem planlanmış davranış hem de mantıklı eylem teorilerinde, iki modelin davranışa ilişkin bilgi ve motivasyon sağlayacak etkilere dair kapsamlı açıklamalar sağlamak için tasarlanmış olduğu düşüncesi hakimdir. Her ikisi de, mevcut bilgilerin bireyler tarafından dikkatli bir

şekilde ele alınmasına dayanan ve bireylerin davranışsal kararlar aldıklarını ima ettikleri için, müzakere edici işleme modelleri olarak düşünülebilmektedir. Mantıklı eylem teorisinin kökenleri Fishbein'in sağlık davranışlarının, davranış değişikliğine neden olduğu psikolojik süreçler üzerindeki çalışmalarına ve davranışların bireylerin tutumları hakkındaki bilginin tahmin edilememesi analizine dayanmaktadır (Fishbein, 1967, s.477). Mantıklı Eylem Teorisi, istemli davranışların kaynağa yakın belirleyicisinin, bu davranışı gerçekleştirme niyeti olduğunu ileri sürmektedir. Niyetler, bir kişinin kendi bilinçli planı ya da davranışı gerçekleştirmek için çaba gösterme kararı anlamında motivasyonunu temsil etmektedir. Niyetler ve davranışlar, eylem, hedef, bağlam ve zaman çerçevesine ilişkin olarak aynı özellikler seviyesinde ölçüldüğünde ve zaman aralığının niyetlerin değişmediğinden emin olmak için yeterince kısa olduğu zaman güçlü bir şekilde ilişkili oldukları ortaya çıkmaktadır. Belirli bir davranışa yönelik tutumlar, niyetler yoluyla davranış üzerindeki etkilerini göstermektedir. Davranışın yalnızca niyetin kontrolü altında olduğunu öne sürerek, mantıklı eylem teorisi kendini irade ile gerçekleşen davranışlarına sınırlamaktadır. Bu durumda serbest ve kolayca erişilemeyen beceri, kaynak veya fırsat gerektiren davranışların, mantıklı eylem teorisinin uygulanabilirlik alanı içinde olduğu kabul edilmemekte veya teori tarafından yapılan tahminlerin yetersi olduğu düşünülmektedir.

Planlanmış davranış teorisi, davranışın performans üzerindeki algılarını ek olarak birleştirerek, koşulsuz davranışları da öngörmeye çalışmaktadır. Kontrol algılarının göz önünde bulundurulması önemlidir, çünkü teorisinin uygulanabilirliğini, karmaşık bir dizi başka davranışların (örneğin, kilo verme) performansına bağlı olan karmaşık hedeflere ve sonuçlara kolayca gerçekleştirilebilen, istemli davranışların ötesine genişletilmesi ortaya çıkarmaktadır. Önemli olan davranış değişikliğinin sağlanması için beklenen faydanın yani sonucun görülebilmeye başlanmasıdır. Böylece kişiler planlanmış davranışlarını sürdürmeye meyilli hale gelmektedirler.

Planlanmış davranış teorisi ile belirlenen sağlık davranışı, davranışsal niyetlerin ve algılanan davranışsal kontrolün (Planned behaviour Control- PBC) bir fonksiyonu olarak açıklanmaktadır. Planlanmış davranış kontrolü, kişinin sağlık davranışı değişikliğinin, onu gerçekleştirmek için gösterdiği performansa kıyasla ne kadar kolay veya zor olduğu konusundaki algısıdır (Ajzen, 1991, s.181). Bu kavram Bandura'nın öz-

yeterlik kavramı ile benzerlik göstermektedir (Bandura, 1982, s.123). Sağlık davranışında bahsi geçen kontrol, bir tarafta kolaylıkla gerçekleştirilebilen davranışlarla (örneğin, dişlerini fırçalamak) ve diğer tarafta ise kaynak, fırsatlar ve özel yetenekler gerektiren (örneğin, dünya çapında bir satranç oyuncusu olmak gibi) davranışsal hedefler olarak bir süreklilik içerisinde görülmektedir. Başka bir deyişle öz yeterliğe sahip olmak için hem kişisel bakımdan hem de sosyal açıdan yeterli olmak gerekmektedir. Niyetler ve davranışlar arasındaki bağlantı, insanların gerçekleştirmek istediklerini davranışlarda bulunarak gerçekleştirme eğiliminde olduklarını yansıtmaktadır. Ancak, planlanmış davranış kontrolü ve davranış arasındaki bağlantı daha karmaşıktır. Bu ilişki, üzerinde kontrol sahibi olunan (cazip ya da cazip olmayan) davranışlarda bulunma ihtimalinin daha yüksek olduğunu ve bireyin üzerinde kontrol sağlamadığı davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleme eğiliminde olduğunu ileri sürmektedir. Aksine, niyetler sabit tutulursa, planlanmış davranış kontrolü arttıkça davranışların gerçekleştirilme olasılığı da buna paralel olarak yükselmektedir.

Davranış değişikliğinin en çok ortaya çıktığı durumlar geçmiş davranışların yani alışkanlıkların yerini yeni davranışların alması ile anlaşılabilir. Geçmiş davranışların mevcut davranış üzerindeki etkisi, özellikle sağlık davranışını alanında büyük ilgi çeken bir konudur. Birçok bireyin sağlık davranışının, mantıklı eylem teorisi ya da planlanmış davranış teorisi açıklanırken tarif edilenler gibi bilişler tarafından değil, geçmişteki davranışlarıyla belirlendiği savunulmaktadır (Sutton, 1994, s.71). Geçmişteki davranışlar, bireyin gelecekteki davranışlarının ön gösterimi olarak kabul edilmektedir. Örneğin, tatlı ya da şeker tüketiminin azaltılması, kızartılmış yiyeceklerin olmadığı bir beslenme düzenine geçilmesi, sigara ve alkol kullanımının azaltılması hatta bırakılması ya da düzenli egzersiz yapmak için mantıklı eylem teorisi kullanılmaktadır. Gerçekte de bu davranışları geliştirmeyi başaran, buna niyetlenen ve irade göstererek davranış değişikliğini gerçekleştiren bireylerin planlı olarak başlayan sağlık davranış değişikliği yerini yeni sağlık davranışlarına bırakmakta ve bireylerin sağlık davranışı artık alışkanlıklarından çok farklı bir bakış açısıyla şekillenmektedir. Her davranış için, başlangıç davranışı daha sonraki davranışların en güçlü belirleyicisidir. Açıkça, geçmiş davranış, sonraki davranışlara neden olmamaktadır. Bununla birlikte, bir davranışın sık sık yapılması, alışkanlık süreçlerinin kontrolü altında sonraki davranışları beraberinde

getirebilmekte, ancak bir davranış, pek çok kez gerçekleştirildiği için, her zaman alışkanlık haline gelmemektedir. Bazı çalışmalar geçmiş davranışların sıklığı yerine geçmiş davranışları “alışkanlık” olarak kavramsallaştırmış, olası sağlık önlemlerinin alışkanlık olarak uygulanmasını, böylece niyetin sağlığı korumak olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Aşağıdaki tabloda geçmiş davranışların yani kişilerin alışkanlıklarının yenilenen sağlık davranışı ile karşılıkları, etkileri açıklanmakta, kısaca geçmiş davranışların planlanmış davranış teorisine göre ilişkileri gösterilmektedir.

Tablo 3: Planlanmış Davranış Teorisinde Geçmiş Davranış İlişkileri

Geçmiş davranış	Gelecekteki inançlar
Geçmiş davranış	Niyet
Geçmiş davranış	Tutum
Geçmiş davranış	Öznel tutum
Geçmiş davranış	Planlanmış davranış kontrolü
Geçmiş davranış	Davranışsal inançlar
Geçmiş davranış	Normatif inançlar
Geçmiş davranış	Kontrol inançları

Kaynak: Conner, Armitage, 1998, s.1437.

Planlanmış Davranış Teorisinde kişilerin herhangi bir davranışı sergileme niyetinde olup olmadığının anlaşılması için bazı bilgilere, bazı soruların cevaplarına ihtiyacı vardır. Böylelikle davranışın öngörülebilmesi sağlanmaktadır. Bu bilgilerden ilki kişinin sağlık konusunda davranışını değiştirmeye niyeti olup olmadığıdır. Tutum olarak değişime açık olan ve sağlığı korumak ya da kazanmak için tutumların fedakarlık edebilecek olan kişilerin geçmiş davranışlarının yerine yeni davranışlar alabilmektedir. Örneğin, kilo problemi olan bir kişinin egzersiz yapmaya karşı tutumu, o kişinin davranışına etki etmektedir. Diğer gerekli bilgi de, kişinin sosyal çevresinden elde ettiği geri bildirimlerle şekillenmiş normatif inançlarıdır. Sağlık konusunda bireyleri bazı durumlarda çevrelerindeki kişiler davranış değişikliğine itmektedir. Örneğin, fazla alkol kullanımına bağlı olarak kişiye çevresindekiler zararlı alışkanlığını bırakması yönünde baskı yapabilmektedir. Bazen de bu baskı kişiyi yararına olsa da, kişi üzerinde

beklenenden farklı bir etki bırakabilmekte, sağlık davranışının planlı olarak değişme sürecini olumsuz etkilemektedir. Örneğin, kilolu olduğu için sağlık problemi yaşayan birine çevresindekilerin sürekli zayıflaması yönündeki uyarıları zamanla kişinin psikolojisini olumsuz etkilemekte ve daha fazla yemeye teşvik etmektedir. Bu noktada ortaya davranışsal inançlar çıkmaktadır. Verilen örnekte kişinin daha fazla hareket etmesi kilo kaybetmesine neden olacaktır elbet fakat önemli olan kişinin bu davranışı gerçekleştirmede tam kontrole sahip olup olmadığının bilinmesidir. Eğer kişi kendi kendine kilo veremeyeceğini düşünüyor, davranışsal inancı kişiye bunu düşündürüyor ise, çevresel baskıların olumsuz etki yaratması kaçınılmazdır. Bu durumda da sağlığı kazanmak adına davranış değişikliği yaşanması söz konusu olamamaktadır. Belki de bu gibi durumlarda anında ya da bir kerede gerçekleşen değişimlerden ziyade parça parça, bireyi zorlamadan yani evrelere ayrılmış sağlık davranışlarından söz etmek mümkündür.

2.1.3.3. Transteoretik Model

Transteorik Model (TTM), temel müdahale teorileri boyunca süreçleri ve değişim ilkelerini entegre etmek için değişim aşamalarını kullanmakta, dolayısıyla Transteoretik (teoriler arası model) olarak adlandırılmaktadır. Transteoretik sağlık davranışı modelinin, psikoterapi ve davranış değişikliğinin önde gelen teorilerinin birbirinden ayrılan alanlarını entegre etme çabasıyla gerçekleştirilen karşılaştırmalı bir analizden doğduğu düşünülmektedir. Prochaska ve meslektaşları, profesyonel tedavilerde sigara içenler ile karşılaştırıldığında kendinden davranış değiştiricilerin bir analizini gerçekleştirdiğinde, modelin itici gücünü ortaya çıkarmıştır (Prochaska vd., 2006, s.380). Bu nedenle transteoretik model, zararlı alışkanlıkların bırakılması aşamasıyla sıkça karşılaştırılmaktadır. Neticede davranış değişikliği için bazı evrelerden sırasıyla geçmek gerekmektedir. Bu bölümde de transteoretik modelin birbirinden farklı on değişim sürecinden bahsedilmektedir. Davranış değişikliği gösterecek her birey ya da grubun bu on işleminden geçmesi, bu on işlemi ne sıklıkta kullandığının belirlenmesi gerekmektedir. Bu model ile ilgili çalışmalar genellikle kötü alışkanlıkları nedeniyle sağlıkları bozulmuş kişiler ile sigara ve alkol kullanımı fazla olan kişilerin katılımı ile çalışmalarda yer almaktadır. Modelin evreler üzerinden ilerlemesi sigarayı bırakma ile ilişkilendirilmekte, örneklerde sigara ve alkol kullanımı fazlaca verilmektedir.

Bireyler sigarayla mücadelelerinde farklı zamanlarda farklı süreçler kullanmaktadırlar. Davranış değişikliğinin bir dizi farklı aşamada ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu düşünce transteoretik modelin temel taşı oluşturulmaktadır. Sigara içme ile ilgili yapılan çalışmalar ilerleyen zamanlarda yeterli gelmemekte ve genişletilmektedir. Sigarayı bırakma aşamalarına ek olarak yine aşama gerektiren diğer durumlar da çalışmalarda yer almaya başlamıştır. Bunlar; madde bağımlılığı, anksiyete ve panik atak bozuklukları, zorbalık ve suçluluk gibi olumsuz duygular, depresyon, yeme bozuklukları ve obezite dahil olmak üzere birçok sağlık ve ruh sağlığı davranışlarıdır. Bunlara ek olarak; yüksek yağlı diyetler, HIV / AIDS önleme, mamografi ve diğer kanser taramaları, ilaç uyumu ya da uyumsuzluğu, plansız gebelik önleme, gebelik ve sigara, hareketsiz yaşam tarzları, güneşe maruz kalma/kalmama ve koruyucu hekimlik yapan hekimler de sağlık davranışını aşamalı olarak değiştiren durumlara örnek teşkil etmektedir. Yine de her geçen gün yapılan çalışmalarla bu örnekler çoğalmakta, elde edilen veriler ve bulgular araştırmacılar tarafından eleştirilmektedir. Transteoretik model doğası gereği yapıları genişlemeye ve gelişmeye müsait, bulguları onaylanan bir model olsa da sınırlılıkları ve gözden kaçan kısımları bulunmakta, bu kısımlar da teori ile ilgili alan yazınına fırsat sunmaktadır. Aşağıdaki Tablo 4’te transteoretik modelin yapı taşları ve açıklamaları verilmektedir.

Tablo 4: Transteoretik Model Yapıları ve Açıklamaları

	Yapılar	Açıklamalar
Değişim aşamaları	Önkoşul	Gelecek 6 ay içinde harekete geçmek niyetinde değil
	Tefekkür/ düşünme	Önümüzdeki 6 ay içinde harekete geçme niyetinde
	Hazırlık	Önümüzdeki 30 gün içinde harekete geçmeyi planlıyor ve bu yönde bazı davranışsal adımlar attı.
	Eylem	6 aydan daha az bir süre için açık davranış değişti
	Bakım	6 aydan fazla değişmiş açık davranış
	Sonlandırma	Nüksetme durumunda bile % 100 güven

Değişim süreci	Bilinçlendirme	Sağlıklı davranış değişikliğini destekleyen yeni gerçekleri, fikirleri ve ipuçlarını bulmak ve öğrenmek
	Dramatik rahatlama	Sağlıksız davranışsal risklerle birlikte görülen olumsuz duyguları (korku, endişe, endişe) deneyimlemek
	Kendini yeniden değerlendirme	Davranış değişikliğinin kişinin kimliğinin önemli bir parçası olduğunu fark etmek
	Çevresel yeniden değerlendirme	Sağlıksız davranışların olumsuz etkilerinin ya da sağlıklı davranışların bir kişinin yakın sosyal ve / veya fiziksel ortamındaki olumlu etkisinin fark edilmesi.
	Kendini özgürleştirme	Değişime sıkı bir bağlılık yaratmak
	Yardımlaşma ilişkileri	Sağlıklı davranış değişikliği için sosyal destek aramak ve kullanmak
	Karşı durum	Sağlıksız davranışlar için daha sağlıklı alternatif davranışların ve bilişlerin ikame edilmesi
	Güçlendirme yönetimi	Olumlu davranış değişikliği için ödülleri arttırmak ve sağlıksız davranışların ödülleri azaltmak
	Uyarıcı kontrolü	Sağlıksız davranışlarda bulunmak için hatırlatıcıları veya ipuçlarını kaldırmak ve sağlıklı davranışa girmek için ipuçları veya hatırlatıcılar eklemek
	Sosyal kurtuluş	Toplumsal normların sağlıklı davranış değişikliğini destekleme yönünde değiştiğinin farkına varmak
Karar verme dengesi	Artılar	Değişmenin faydaları
	Eksiler	Değişen maliyetler
Öz yeterlik	Güven:	Farklı zorlu durumlarda sağlıklı davranışa girebileceğine dair güven
	Ayartma	Farklı zorlu durumlarda sağlıksız davranışlarda bulunmak için ayartma

Kaynak: Glanz vd., 2008, ss.98-99.

Transteoretik modelde her evre yapısı gereği kısmen önemlidir, çünkü her evre geçici bir boyutu temsil etmektedir. Geçmişte, davranış değişikliği sıklıkla sigarayı bırakmak, alkol tüketmek veya aşırı yemek gibi ayrı bir olay olarak yorumlanmıştır. Transteoretik model, sıklıkla doğrusal bir şekilde olmamakla birlikte, değişim aşamasında toplamda altı aşamadan oluşan bir seri boyunca ilerlemeyle, zamanla ortaya çıkan bir süreç olarak değişime işaret etmektedir.

Önkoşullar, insanların yakın gelecekte harekete geçme niyetinde olmadığı, genellikle gelecek altı ay olarak ölçülen aşamayı ifade etmektedir. Sonuç aralığı ve yapısı davranışa bağlı olarak değişebilmektedir. İnsanlar davranış değişimi geçirmek üzere bu aşamada olabilmekte çünkü davranışlarının sonuçları konusunda tamamen ya da yeterince bilgi sahibi değildirler. Belki birkaç kez davranışlarını değiştirmeye çalışmış fakat değişim için gerekli yetenekleri hakkında bilgileri bulunmamaktadır. Böyle durumlarda bireyler yüksek riskli davranışları okuma, konuşma ya da düşünmekten kaçınma eğilimindedir. Genellikle dirençli veya motivasyonu olmayan bireyler olarak veya sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarına hazır olmayanlar olarak karakterize edilmektedirler. Genel kanı, geleneksel olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının ya da uygulamalarının bu bireyler için uygun olmadığı ve ihtiyaçlarını karşılamak için motive edilmedikleri yönündedir.

Tefekkür ya da düşünme halinde, insanlar önümüzdeki altı ay içinde davranışlarını değiştirmek niyetindedirler. Diğer bir deyişle davranış değişikliğini yakın gelecekte gerçekleştirmeyi düşünmekte fakat süreci ne zaman başlatacaklarını tahayyül edememektedirler. Değişim süreçlerinde davranış değişikliğini gerçekleştirmekte olan bireylerden daha bilinçlidirler, fakat aynı zamanda akıbetlerinin de farkındadırlar. Değişimin maliyeti ve faydaları arasındaki bu denge, derin bir kararsızlığa yol açabilmekte ve insanları uzun süre tedirgin edebilmektedir. Bu durum bazı kaynaklarda kronik tefekkür veya davranışsal erteleme olarak karakterize edilmektedir. Ayrıca kabul edilmelidir ki, bazı kişiler hemen harekete geçmelerini bekleyen geleneksel eylem odaklı davranış değişikliği programlarına hazır değildir.

Hazırlık aşamasında ise insanlar yakında harekete geçmeyi planlamakta, bu yakın geleceği de genellikle gelecek ay olarak ölçülmektedirler. Tipik olarak, içinde buldukları yıl içinde davranışa yönelik bazı önemli adımlar atmışlardır. Bir sağlık

eğitimi dersine katılmak, bir danışmana danışmak, aile doktorlarıyla konuşmak, kendi kendine yardım kitabı almak ya da kendi kendini değiştirme yaklaşımına inanmak gibi belirlenmiş eylem planları vardır ve davranış değişikliği sağlamak adına harekete geçmişlerdir. Bunlar, geleneksel olarak sigara bırakma veya kilo verme klinikleri gibi aksiyon odaklı programların hedef kitlelerine alınması gereken kişilerdir.

Eylem aşamasında insanlar yaşam tarzlarında belirli, açık değişiklikleri son altı ay içinde gerçekleştirmeyi başarmışlar demektir. Eylem gözlemlenebilir olduğundan, davranış değişikliği genellikle eylem ile eşitlenmelidir. Transteoretik modelde, eylem altı aşamadan sadece birini temsil etmektedir. Genellikle, bu modeldeki tüm davranış değişiklikleri işlem olarak saymamaktadır. Çoğu uygulamada, insanlar, bilim adamları ve profesyonellerin katılıma ilişkin riskleri azaltmak için yeterli olduğu konusunda bir ölçüte göre hareket etme eğilimindedir. Sigara kullanımı örneğinde, sigara içme davranışında azalma veya düşük katran /nikotin içeren sigaraya geçme eylem aşamasında gerçekleştirilen davranışlardır. Bireyler davranışlarını bizzat değiştirmiş ve öncekinin tersi davranışlar sergilemeye başlamışlardır. Yine de kötü alışkanlıklardan kurtulmak, kısa sürede tamamen alışkanlıktan vazgeçmek kolay bir iş değildir. Bu aşamada görülen yoksunluk da eylem olarak sayılmakta, nk diğer değişiklikler mutlaka alışkanlığı bırakmaya yol amamaktadır. Bireyler sigarayla ilişkili riskleri sıfıra indirmiş sayılmazlar.

Bakım aşaması, insanların yaşam tarzlarında özel ve açık değişiklikler yapmaları, sağlık sorunlarının nüksetmesi durumunda riskleri önlemek için çalıştıkları aşamadır. Ancak bu aşamadaki bireyler değişim süreçlerini eylem halindeki kişiler kadar sık uygulamamaktadır. Nksetmeye daha az yatkındırlar ve değişimlerine devam edebileceklerine gittikçe daha fazla güvenmektedirler.

Sonlandırma aşamasındaki insanlar sıfır toleransa ve yüzde 100 öz-yeterliliğe sahiptir. Depresyonda, endişeli, bıkkın, yalnız, kızgın ya da stresli olup olmadıkları, eski sağlıksız davranışlarına geri dnmeyeceklerinden emin olmalarına bağlıdır. İlk başta davranışları hiç edinmemişler ya da yeni davranışları otomatik hale gelmiş gibi davranmaktadırlar. Örnekler, arabalarına girer girmez kemerini bağlayan veya hipertansiyon ilaçlarını her gün aynı zamanda otomatik olarak alan yetişkinlerdir.

Transteoretik modelde ikinci basamak olan değişim süreçleri on aşamadan oluşmaktadır. İnsanların aşamalar halinde ilerlemek için kullandıkları gizli veya açık faaliyetleri kapsamaktadır. Değişim süreçleri, müdahaleler için önemli rehberliği sağlamakta; çünkü süreçler, insanların sahneden sahneye geçmek için başvurmaları gereken bağımsız değişkenleri belirtmektedir.

1. *Bilinçlendirme*: Belirli bir problem davranışının nedenleri, sonuçları ve tedavileri hakkında artan farkındalığı içermektedir. Farkındalığı artıran müdahaleler arasında geribildirimler, yüzleşmeler, yorumlar ve medya kampanyaları bulunmaktadır.
2. *Dramatik rahatlama*: Başlangıçta artan duygusal deneyimler üretmekte, ardından uygun eylem yapılırsa azaltılmış etki veya beklenen rahatlamaı sağlamaktadır. Rol oynama, yas tutma, kişisel tanıklıklar, sağlık riski ile ilgili geri bildirim ve medya kampanyaları insanları duygusal olarak harekete geçiren tekniklere örnektir.
3. *Kendini yeniden değerlendirme*: Kişinin kendi imajının hem bilişsel hem de duygusal değerlendirmelerini sağlıklı bir davranışla birleştirmesidir. Değerlerin açıklığı, sağlıklı rol modelleri ve imgeleme, insanları değerlendirmek için kullanılabilir tekniklerdir.
4. *Çevresel yeniden değerlendirme*: Duyuşsal ve bilişsel değerlendirmeyi birleştirmektedir. Bir kişisel davranışın varlığının veya yokluğunun, birinin sigara içmesinin başkalarına etkisi gibi sosyal çevresini nasıl etkilediği irdelenmektedir. Ayrıca, başkaları için olumlu veya olumsuz bir rol modeli olarak hizmet edebileceği bilincini de içerebilmektedir. Empati eğitimi, belgeseller, referanslar ve aile müdahaleleri gibi yeniden değerlendirmelere yol açan durumlar örnek verilebilmektedir.
5. *Kendini özgürleştirme*: Hem birinin değişebileceği inancı, hem de bu inanç üzerine hareket etme taahhüdü ve yeniden denemeye olan bağılılığıdır. Yeni yıl kararları, kamu tanıtımları ve medya bireyin iradesini arttırabilmektedir.
6. *Yardımlaşma İlişkileri*: Sosyal çevredeki fırsatlarda veya alternatiflerde bir artış gerektirmektedir. Özellikle nispeten yoksun ya da ezilen insanlar için alternatifler sunabilmektedir. Savunuculuk, yetkilendirme süreci ve uygun politikalar, azınlık

sağlığı geliştirme, eşcinsel sağlığı geliştirme ve yoksul insanlar için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için artan fırsatlar bu aşamaya örnek olarak gösterilebilmektedir. Aynı süreç, sigara içilmeyen bölgelerdeki durum, tüm öğle yemeklerinde salata barları ve kondomlara veya doğum kontrol haplarına kolay erişim gibi tüm insanların değişmesine yardımcı olmak için kullanılabilir durumlarında geçerlidir.

7. *Karşı durum:* karşılıklı koşullandırmanın yapılabilmesi için birbirinin yerini alabilecek daha sağlıklı davranışlar gerekmektedir. Problem davranışlarına karşı gevşeme iddiası ve kendini duyarsızlaştırma, nikotin bağımlılığı yerine kararlılık ve pozitif öz beyanlar karşı koşullandırma ile yer değiştirebilmekte, sağlık açısından daha güvenli davranışlar sergilenebilmektedir.
8. *Uyarıcı kontrolü:* Sağlıksız alışkanlıklar için ipuçlarını kaldırmakta ve daha sağlıklı talepler ya da alternatifler üzerinden davranış değişikliğini motive etmektedir. Çevre mühendisliği ve kendi kendine yardım grupları gibi değişimi destekleyen ve yeniden nüksetme için riskleri azaltan uyarılar kullanılabilir.
9. *Güçlendirme yönetimi:* Belirli bir aşamada adımlar atmanın sonuçlarını göstermektedir. Davranış değişikliğinin sağlanması için güçlendirmeler vurgulanmıştır. İnsanlar doğal olarak değişimi sağlamak adına uyum içinde çalışmaktadır. Durumsal kontratlar, açık ve gizli güçlendirmeler, teşvikler ve grup aktiviteleri, duygusal takviyenin artırılması ve daha sağlıklı yanıtların tekrarlanabilme olasılığı güçlendirme sağlamaktadır.
10. *Sosyal kurtuluş:* Güven, açıklık ve kabul etme davranışı gerçekleşmektedir. Sağlıklı davranış değişikliği için destek olmayı içermektedir. Sağlık kurumları, doktor çağrıları ve dost yardımı gibi çevresel sistemler sosyal destek kaynağı olabilmektedir.

Transteoretik modelde üçüncü basamak karar verme dengesidir. Bu basamakta karar verme sürecindeki artılar ve eksiler tartışılmaktadır. Bireyin davranış değişikliği sağlamadaki kazançları ve kayıpları değerlendirilmektedir. Bu basamakta detaylı olarak incelendiğinde artılar; bireyin kendi ve diğerleri için kazanımlarını, hem kişisel hem de araçsal kazançlarını, davranışının başkaları tarafından onaylanmasını

içermektedir. Eksiler kısmında da bireyin davranış değişikliği sonuçlarını ölçmesi ile kazanç sağlayıp sağlamadığı, kendinden ya da başkalarından onay alıp almadığı irdelenmektedir.

Transteoretik modelin son iki basamağında öz-yeterlik ve sonlandırma bulunmaktadır. Öz-yeterlik, insanların eski davranışlarına geri dönmeden yüksek riskli durumlarla baş edebilecekleri duruma özgü güveni ifade etmektedir. Bu yapı Bandura'nın (1982) öz-yeterlik kuramı ile bütünleştirilmiştir. Diğer basamak ise sonlandırmadır. Sonlandırma aynı zamanda değiştirilen davranışın eski haline dönmesine yönelik isteği açıklamak için kullanılmaktadır. Öz-yeterliliğin değişimini yansıtmakta, eskiye dönme ya da eski davranışı çağırma yoğunluğu ile zor durumlarda belirli bir davranış şeklini göstermektedir. Genellikle, üç faktör bu aşamayı yansıtmaktadır: olumsuz duygu veya duygusal sıkıntı, olumlu sosyal durumlar ve özlem.

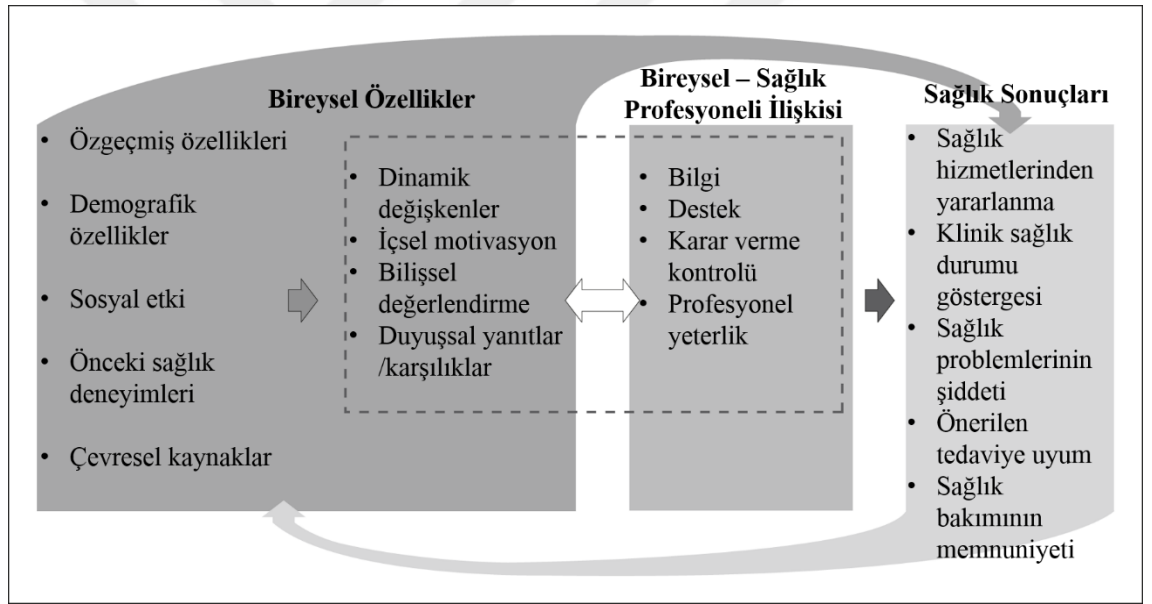
Tüm bu bilgilere bakarak Transteoretik model ile ilgili bazı özel durumlardan bahsetmek gerekmektedir. Tek bir teori, davranış değişikliğinin tüm karmaşıklıklarını hesaplamak için yeterli olmayabilmektedir. Sağlık davranışı ile ilgili teorilerin de zaman içerisinde gittikçe daha fazla içerikten oluşan modeller olduğu görülmüştür. Oluşan bütünleşik yapılar ile daha kapsamlı bir model ya da daha büyük teoriler arasında entegrasyon ortaya çıkarılma olasılığı araştırmalar attıkça ve gün geçtikçe yükselmektedir.

Davranış değişimi, bir dizi aşamada ve geniş zaman içinde ortaya çıkan bir süreçtir. Basamaklar hem durağandır, hem de değişime açık yapıları ile sürekli gelişme göstermektedir. Bu durum sağlık alanında kronik davranışsal risk faktörlerinin sabit ve değişime açık olmaları ile benzerlik göstermektedir. Sağlık açısından risk altındaki nüfusun çoğunluğu gereken eylemi kısa sürede gerçekleştirmek için yeterli gelmemektedir. Geleneksel eylem odaklı davranış değişikliği modellerinin gelişmelere ve alandaki değişimlere uyum sağlaması gerekmektedir. Verimliliği en üst düzeye çıkarmak için belirli aşamalarda belirli süreçler ve değişim ilkeleri vurgulanmalıdır. Bu nedenle bahsedilen üç sağlık davranış değişikliği modeline alternatif olması ve beklentileri karşılaması adına sağlık davranışı etkileşim modeli verilmektedir.

2.1.3.4. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli

Her bir hastanın ya da kendini hasta olarak gören her bir kişinin bireysel farklılıklarını, sağlık davranışlarının çoklu belirleyicilerini inceleyen sistematik ve kapsamlı bir yapıya dahil etmek amacıyla, sağlığı davranışının etkileşim modeli (Interaction Model of Client Health Behaviour - IMCHB), 1982 yılında Cox tarafından geliştirilmiştir (Robinson , Thomas, 2004, s.74). Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli, üç ana unsur tarafından organize edilmiştir. Bunlar; bireysel özellikler, birey – sağlık profesyoneli etkileşimi ve sağlık sonuçlarıdır. Sağlık davranış etkileşim modelinde bulunan ana unsurlar ve alt unsurları Şekil 2’de verilmiştir.

Şekil 2: Cox’un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli



Kaynak: Ramelet vd., 2014 ve Wagner, Bear, 2009’dan derlenmiştir.

Bireylerin sağlık davranışlarını değiştirmek için öncelikle içsel bir takım etkilerin motivasyon sağlaması ve değişikliğe isteği arttırması gerekmektedir. İnsanların alıştıkları şeylerden (sigara kullanımı, uzun yürüyüşler yapma vb.) vazgeçmesi için bazı değerlendirmelerde bulunması ve sağlığı için en uygun davranışa karar vermesi gerekmektedir. Her kişi kendi sağlığından sorumludur. Kişinin kendi değişimi istemediği müddetçe çevresindeki kişilerin ona yardımı olamamakta, sadece tavsiyelerde bulunabilmektedirler. İçsel motivasyon sağlamak için sağlık ile ilgili tüm durumların

akılcı ve rasyonel bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Kişinin sağlık konusunda hastanelerden ya da sağlık profesyonellerinden aldığı tavsiyeleri uygulama kararı yine kişi tarafından verilmektedir. Örneğin; kilo vermek isteyen bir kişi diyet programı ve düzenle beslenmek için yardım almak üzere sağlık profesyonellerine başvurabilmektedir. Buna rağmen kilo verme kararı tamamen kişinin kendine aittir. Sağlık kurumlarında gerekli diyet programı kişiye uygulanabilse de kişi özel hayatında davranışlarına kendi karar vermeli, gerekli değişimleri kendisi sağlamalıdır. Hiçbir sağlık profesyoneli diyet programına bağlı kalması gerekirken gece yarısı uykusundan yeme isteğiyle uyanan bir kişinin, kendini buzdolabının önüne gitmekten ya da zararlı yiyecekleri satın almaktan alıkoymamaktadır. Bu nedenle bireylerin içsel motivasyonu sağlamaları ve sağlık davranışlarını değiştirmeleri için bireysel özellikleri önemlidir. Bireysel özellikler içerisinde bireyin özgeçmişe ait özellikleri, içinde bulunduğu sosyal grubunun etkisini (kültür, din, sosyal çevre, sosyal destek), önceki sağlık deneyimlerini (sağlık öyküsü, gelişimsel durum, objektif sağlık verileri) ve çevresel kaynaklarını (sağlık bakımına ulaşabilme, sağlık bakımına ulaşmadaki engeller, bireysel kaynaklar) kapsamaktadır (Haney, Erdoğan, 2013, s.219).

Sağlık Davranışı Etkileşim Modelinde, birey – sağlık profesyoneli etkileşiminin, hastaların sağlık sonuçlarını etkileyecek dört alanı bulunduğu ortaya çıkmıştır (Tang, Soong, Lim, 2013, s.52). Sağlık sonuçları durumun ciddiyetine göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; hayatı tehlike yaratan durumlarda sağlık sonucu hayat kaybı olabilirken, başlangıç evresindeki bir hastalık söz konusu olduğunda hastanın sağlığını yeniden kazanması sağlık sonucu olabilmektedir. Hatta tedavi ve müdahale sırasında hastane ortamında hasta ve hasta yakınlarının maruz kaldıkları tüm iletişim süreçleri hastanın tatmin ve memnuniyetine etki etmektedir. Dolayısıyla bazı durumlarda aldığı sağlık hizmetinden memnun kalmamış bir hasta da sağlık sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Birey – sağlık profesyoneli etkileşiminin ilk alanı, sağlık profesyonellerinin ya da sağlık sağlayıcı olarak doktorların, destek sağlamak ve empati kurmak adına hastaların duygu gereksinimlerine katılmasını ifade etmektedir. İkinci alan, hastaların sağlık koşullarını daha iyi anlamaları için yardımcı olan ve sağlık koşullarını yönetmede yaşam tarzlarını ve alternatiflerini etkileyecek olan hastalara verilen sağlık bilgisidir. Üçüncü

alan, hastanın sağlık hizmetleriyle ilgili karar verme sürecine katılma beklentilerini ifade eden karar kontrolüdür. Dördüncü alan ise, hastaların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için doktorlar, hemşireler ya da diğer sağlık personelleri tarafından kullanılan becerilere (yani hayati belirtileri kontrol etmek, damar yolu açmak, kalp atışı bulmak vb.) atıfta bulunan mesleki ve aynı zamanda teknik yetkinliklerdir. Sağlık profesyonelinin mesleki bilgisine güvenmek hastaları ve hasta yakınlarını rahatlatmaktadır. Dolayısıyla hastanın sağlık sağlayıcısı konumundaki doktora ya da hemşirelere ve diğer yardımcıları güven duygusu ile yaklaşması tüm tedavi sürecinin gidişatını olumlu etkilemektedir. Ayrıca kişilerarası iletişimin de iyi yönde etkilenmesine, olası anlaşmazlık ve iletişim temelli sorunların ortadan kalmasına yardımcı olmaktadır.

Sağlık davranışı etkileşim modelinde sağlık sonucu, sağlık davranışında değişiklik yapıldıktan sonra elde edilen faydayı veya herhangi bir davranışın sonucunda ortaya çıkan sağlık durumunu ifade etmektedir. Sağlık sonucu beş bileşene sahiptir. Bunlar (Haney, Erdoğan, 2013, s.221):

1. Sağlık hizmetlerini kullanma
2. Klinik sağlık durumu göstergeleri
3. Sağlık problemlerinin şiddeti
4. Önerilen bakım planına uyum
5. Bakımdan memnun olma.

Sağlık alanında davranış değişikliği sağlanması için sağlık hizmeti veren kurumlarda sunulan ve sağlık profesyonelleri tarafında kullanılan kaynakların belirlenmesi gerekmektedir. Bu kaynakların ortak amacı bireylerin ve geniş bir bakış açısıyla toplumun sağlık geliştirme davranışını göstermeye teşvik edilmesidir. Bu modelin diğer modellerden farkı karar verme aşamasını bireye bıraksa da sağlık kurumlarını ve sağlık sağlayıcıları olan doktorları sürece dahil etmesidir. Bireyin sağlık problemi yaşama ihtimalini beklemeden, ya da sağlığı bozulmadan doğru ve etkili bilgi alarak davranış değişikliğine yönlendirilmesi, sağlık geliştirme programlarından en etkili olanıdır. Bu nedenle sağlık davranışı etkileşim modeli; sağlık inanç modeli, planlanmış davranış teorisi ve transteoretik modele alternatif olabilmekte, sağlık kurumlarında kişilerarası iletişimi temel almasından dolayı kişiler üzerindeki etkisi her geçen gün artma potansiyeline sahiptir.

2.2. Sosyal ve Duygusal Öğrenme Kuramları

Sosyal ve duygusal öğrenme temel olarak bir öğrenme yöntemi olduğu için öğrenmenin ne olduğu, eğitimle ilişkisi, öğrenme çeşitleri tanımlanmaya çalışılmıştır. Sosyal ve duygusal öğrenme, bireyin öğrenme süreci yaşam boyu devam ettiği düşüncesi ile günümüz ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeni bir kuram olarak ele alınmaktadır. Buradan yola çıkılarak sosyal ve duygusal öğrenmeyi gerçekleştirmek için gerekli becerilerden bahsetmeden önce genel bir bakış açısı kazanmak adına öğrenme kuramlarından başlanmak gerekmektedir. Bu kısımda öğrenme kuramlarından bahsedilmekte, sosyal ve duygusal öğrenme becerilerine geçiş sağlanmaktadır.

Değişim hayatın her alanında sürekli olarak gerçekleşmektedir. Sadece insanların değil, dünya üzerinde yaşayan tüm varlıklar için yaşamın sürdürülebilmesi, değişime uyum sağlama ile mümkün olabilmektedir. Aksi halde hayatta kalma ihtimalleri azalmaktadır. Bu adaptasyon süreci öğrenme ile bağlantılıdır. Öğrenme sayesinde değişimin farkına varılmakta, içinde bulunulan duruma uygun tepkiler verebilmekte ve özetle uyum sağlanması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu bakış açısıyla hayatta kalmanın anahtarı öğrenmedir denilebilmektedir.

2.2.1. Davranışçı Öğrenme Kuramları

Davranışçı kuramlar, diğer öğrenme kuramları arasında öğrenmenin uyarıcı ile davranış arasında bir bağ kurularak geliştiğini ve pekiştirme yoluyla davranış değiştirmenin gerçekleştiğini kabul etmektedir. Davranışçılar, insanların karşılaştıkları problemin çözümünde; genellikle geçmişte yaşadıkları benzer durumları göz önüne aldıklarını ileri sürmektedir. Yeni bir problemle karşılaşıldığında ise, bireyin deneme ve yanılma yoluyla yeni çözümler üreteceği kabul edilmektedir. Davranışçı yaklaşımlarda önemli olan; gözlenebilen, başlangıcı ve sonu olan, dolayısıyla ölçülebilen davranışlardır.

Davranışçı yaklaşımın eleştirilerinin temelinde, öğrenme tekniklerinin etkili olmayan kullanımları, gelişimleri ve sonraki uygulamaların eksik anlaşılması nedenleri yatmaktadır (Berglas, 2002, s.2). Yapılan çalışmaların ortak görüşü, davranış teorisinin temelini oluşturan ilkelerin öğrenme kuramı olarak anlam kazanmasıdır. Bu görüş, Zeus ve Skiffington çalışmalarında, öğretme eylemini gerçekleştiren kişinin, “yetişkin

öğrenme ilkelerini genel bir anlayış” geliştirmesinin zorunlu olduğunu öne sürmektedir (2002, s. 21). Ancak davranışçılığa dayalı eleştiriler, Peltier (2001, s.47) gibi, davranışsal ilkelerin düşünceli bir şekilde uygulanmasının, sağlıklı ve üretken bir örgütlenmenin temelini oluşturması gerektiğini öne süren eleştirilere karşı çıkmaktadır.

Bireyler, bazı eylemleri gerçekleştirmek için hiç çaba harcamadan, refleks olarak ve kalıtlarının etkisiyle yapmaktadır. Örneğin; nefes almak, açlığını gidermek, karşılaşılan tehlikeden kaçınmak ya da korunmak gibi. Doğuştan kazanılan refleks hareketler özünde bireyin sosyal çevresi ile etkileşimi sonucunda öğrenmenin gerçekleşmesi ile oluşmaktadır. Diğer bir deyişle, bireyler öğrenme işlevini en temel gereksinimlerini karşılamak için kullanmaktadır.

Bireylerin davranışlarının büyük bir bölümü öğrenilmiş davranışlardır. Dolayısıyla bu davranışların nasıl oluştuğu, niçin böyle davranıldığına açıklık getirmek için öğrenmenin tanımlanmasına ve öğrenme ilkelerinin araştırılması gerekmektedir. Öğrenmenin gerçekleşebilmesi için (Senemoğlu, 2007, s.89);

- Davranışta gözlemlenebilir bir değişme olması
- Davranıştaki değişimin nispeten sürekli olması
- Davranıştaki değişimin yaşantı kazanma sonucunda olması
- Davranıştaki değişimin yorgunluk, hastalık, ilaç alma vb. etkenlerle geçici bir biçimde meydana gelmemesi
- Davranıştaki değişimin sadece büyüme sonucunda oluşmaması gerekmektedir.

Öğrenmenin hangi koşullarda gerçekleşip gerçekleşmeyeceği bilgisine öğrenme kuramlarına açıklık getirerek ulaşılabilmektedir. Bir öğrenme kuramının genellikle öğrenme davranışının tüm bilinmeyenlerine netlik kazandırması zordur. Tüm öğrenme durumlarını açıklayabilen bir öğrenme kuramı olduğunu söylemek yanlış olmaktadır. Bu nedenle bu kısımda genel olarak öğrenme kuramlarına dair bilgiler verilmekte, sosyal ve duygusal öğrenmeye geçiş için altyapı oluşturulmaktadır.

Buna bilgilere göre, sağlık alanındaki davranışçı teknikler göz önüne alındığında doktorlar, kendilerinin daha iyi anlaşılması yoluyla hasta ya da hasta yakını üzerindeki değişimi kolaylaştırmak için davranış tekniklerini uygulayabilmekte, geliştirip

farklılaştırabilmektedir. Önemli olan, doktorun hasta ve doktorun hasta yakını ile iletişimde gelişmenin sürekliliğidir.

2.2.1.1. Klasik ve Edimsel Koşullanma

1900lü yılların başında öğrenmenin nasıl gerçekleştiği sorusuna yanıt arama çalışmaları başlamıştır. İnsanların öğrenme süreci Thorndike ve Skinner tarafından 1904-1990 yılları arasında geliştirilmiş bir kuramdır. Pavlov gibi hayvanlardan yola çıkarak yaptığı çalışmasında bir kediyi kullanmıştır.

Thorndike uyarıcı tepki bağının uygulamayla etkinleşeceğini savunmuştur. Bunu alıştırma yasası olarak tanımlanmıştır. Bireyin uyarıcıya karşı verdiği tepkiden sonra tekrar aynı davranış olduğunda aynı tepkinin verileceği düşüncesi ise etki yasası olarak tanımlanmıştır (Soltis & Phillips, 2009, s.16). Kişisel davranışlar düşünüldüğünde edimsel koşullanma klasik koşullanmaya oranla daha kullanışlıdır. Kesin olmamakla birlikte yapılan araştırma sonuçlarına göre; bilişsel davranışlar bilişsel yaklaşımla, duyuşsal davranışlar klasik koşullanma ile, devinsel davranışlar ise edimsel koşullanma ile öğretilenmektedir (Bacanlı, 1998, s.46). Skinner, diğer araştırmacıların aksine edimsel koşullanma ile tepkisel koşullanmayı birbirinden ayrı ele almıştır. Tepkisel davranışa örnek olarak klasik koşullanmada yer alan koşulsuz uyarıcı tarafından oluşturulan koşulsuz tepkiyi göstermektedir. Edimsel davranışa ise çocuğun ayağa kalkma, yürüme gibi davranışları öğrenmesini göstermektedir. Davranışın uyarıcı olmaksızın ortaya çıktığının göstergesi olarak belirtilmiştir. Edimsel koşullanma da böyledir. Pekiştirme tepkiye bağlı olarak verilmiştir. Bu nedenle Thorndike'nin etki yasası edimsel koşullanmanın temeli sayılmıştır (Senemoğlu, 2005, s.102).

Edimsel koşullanmanın formülü olarak A-B-C formülü verilmiştir. A-B-C (antecedent- behavior- consequence) yani öncül- davranış- sonuç olarak açıklanmıştır. Davranışı anlayabilmek için öncelikle öncülü en son da sonucunu anlamak gerekmektedir. Davranışların sonucunda oluşan durumlar şöyledir: Olumlu pekiştirme, olumsuz pekiştirme, pekiştirmeme ve cezalandırma (Bacanlı, 1998, s.47). Olumlu pekiştirme davranışın yapılma olasılığını artıran uyarıcılardır. Olumsuz pekiştirme, ortamdaki çıkarılarak yine davranışın yapılma olasılığını artırıcı uyarıcılardır.

Pekiştirmeme uyarıcını görmezden gelinmesi demektir. Ceza ise organizmaya istemediği bir uyarıcı verilmesi veya istediği hoşuna giden uyarıcının ortamdaki çekilmesi şeklindedir (Senemoğlu, 2005, s.102).

Edimsel ve klasik koşullanma kuramları duygusal öğrenmenin temelini oluşturmaktadır. Duygusal öğrenme de bir çeşit koşullanma olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle bu kavramlara değinilmiştir. Duyguların kontrol edilmesi ve tepkisel davranışlarda kullanılması koşullanma ile oluşmaktadır. Bu nedenle koşullanmalarla sosyal ve duygusal öğrenme arasındaki ilişki önemlidir.

2.2.1.2. Sosyal ve Duygusal Öğrenme

Duygusal öğrenme edinilen bir kazanım sonucu bir duygu değişikliği yaşanması olarak tanımlanmaktadır. Öğrenme süreci daha çok bilişsel olarak nitelendirilmektedir. Oysa beyin araştırmaları asıl karar organının duygusal beyin olduğunu göstermektedir. Öğretimde üç beynin önemi adı altında ele alınan bir araştırmaya göre insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için sosyal etkileşim ve duygusal açıdan kendini iyi hissetmesi oldukça önemlidir. İnsan beyninde üç önemli alan bulunmaktadır.

- Limbik sistem: Temel duygu merkezinin bulunduğu yerdir. Limbik sistem kişinin kendisinin bilincine varmaya, bedeninin içsel durumunu ve hissettiklerini fark etmeye yarayan diğer bir ifadeyle insani sistemlerin ilki olarak nitelendirilmektedir.
- Amigdala; Olaylarla, duygular arasındaki bağlantıyı sağlayan bölgedir.
- Hipokampus; Yerel bellek alanı, bağlamsal anıların sağlandığı yerdir.

Öğrenmenin gerçekleşebilmesi için istekli olmak ve niyetin öğrenme olması gerekmektedir. Öğrenme sürecinde yer alan kavramlar, duyguların etkisiyle davranışlara dönüşebilmektedir. Davranış değişikliğinin gerçekleşmesi ve öğrenmenin tamamlanması için duygu ve düşüncelerin anlamlandırılması gerekmektedir. Ancak düşünce ve davranışlara anlam kazandıran bileşen duygulardır. Limbik yapılar beyinde öğrenme ve hatırlamanın önemli parçalarıdır. Duygusal belleğin duyular aracılığıyla elde ettiği bilgileri depoladığı yer amigdaladır. Şakak bölgelerinde yer alan iki küçük yapıdan oluşan

amigdala her durumda ve koşul altında hissedilen duyguları en ilkel şekilleriyle ele almaktadır.

Goleman'a göre amigdala evlerde bulunan acil durum sinyallerine benzemektedir. Ani karar verme ve davranma aşamasında daha sinyal beyinde onaylanmadan amigdala tepki vermekte ve kişi bir anlık tepkiyle hareket etmektedir (Goleman, 2003, s.35). Bu nedenle duygusal öğrenme oldukça önemli bir süreçtir. Duyguları kontrol etmek ve duruma uygun tepkiler verebilmek duygusal öğrenmeyle sağlanmakta, geniş anlamıyla kişinin sosyal hayattaki iletişim kalitesini etkilemektedir. Bu durum öğrenmenin sadece duygusal değil sosyal olarak da gerçekleşmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Sosyal öğrenme ilk olarak düşünüldüğünde Bandura tarafından ortaya atılan gözlem yoluyla öğrenme modeli akla gelmektedir. Bandura bireyin kendisiyle etkileşim içinde olan çevreden gördüklerini uygulayarak öğrenmekte olduğunu ortaya çıkarmıştır. Yani bireyler çevresinde gözlemlediği ve model aldığı kişinin davranışlarını taklit ederek öğrenmektedir (Senemoğlu, 2005, s.217). Bu bakış açısıyla sosyal öğrenmenin bireylerin doğdukları andan itibaren günlük yaşantılarında en çok kullandıkları öğrenme olduğu söylenebilmektedir. Kavramın ortaya çıkışından beri artan bir hızla gelişmesi ve alanda önemli bir hale gelmesinin nedeni budur.

1980'li yıllarda akademik zekânın tek basına birey yaşamında yeterli olmadığına anlaşılmasıyla çoklu zekâ kuramı, duygusal zekâ gibi yeni yaklaşımların ortaya çıkmasıyla sosyal ve duygusal öğrenme kendini göstermiştir. Howard Gardner, 1983 yılında ilk kez çoklu zeka kuramından söz etmiş ve bireyin zekasını yalnızca sözel ile sayısal beceriler temelinde değerlendiren zeka testleri ve zeka yaklaşımlarını eleştirmiştir (Gürel & Tat, 2010, s.347) Gardner'e göre, zihinsel kapasitenin tek bir zeka alanı ile açıklanması mümkün değildir. Bu nedenle ilk çalışmalarında sekiz zeka alanı olduğunu, bu zeka alanlarının hepsinin bir kişide olabileceği gibi hiçbirinin de tam olarak olamayabileceğini ileri sürmüştür (Armstrong, 2003: 12). Sürekli bir değişime uğraması ve gelişim içinde olması nedeniyle çoklu zeka alanlarının öğrenme ile şekillendiği düşünülmektedir. Özellikle sosyal ve duygusal öğrenmenin kişinin zeka alanları ve diğer kapasitelerinin gelişmesini sağladığı söylenebilmektedir.

Sosyal ve duygusal öğrenme (SDÖ), değişim ve gelişim için karmaşık isteklere uyum sağlama, günlük problemleri çözme, ilişki kurabilme ve öğrenme gibi hayati görevleri başarıyla yönetme için kişinin hayatındaki sosyal ve duygusal durumları anlama, yönetme ve anlatma yeterliliğidir. SDÖ kendinin farkında, duygularını kontrol etme, işbirliği içinde çalışma ve hem kendini hem diğer insanları önemsemeyi sağlamaktadır. SDÖ çocuklar ve yetişkinlerin sosyal ve duygusal yeterliliklerini elde etmek için gerekli değerleri, durumları ve becerileri geliştirme yöntemidir (CASEL, 2003, s.67).

Sosyal ve duygusal öğrenmenin (SDÖ) ortaya çıkış nedenlerini basında okullarda yaşanan sorunlar gelmektedir. Özellikle Amerika'da okullarda ve öğrencilerde gözlenen uyuşturucu kullanma, şiddet, okulu bırakma, 13- 17 yaş arası hamilelik ve AIDS gibi olumsuz davranışlar eğitimcileri bir çözüm arayışına itmiştir. Okullar; öğrencilere iyi birer vatandaş olma, sağlıklı yasama ve doğru öğrenmeleri sağlayan yerler olmalıdır. Son yıllarda görülen bu davranışların yerine kendine ve diğer insanlara saygı duyma, dürüst olma, güvenilir olma, mantıklı kararlar verme gibi doğru davranışlar SDÖ ile öğrencilere kazandırılmaktadır (CASEL, 2003, s.95; Devaney & Fajen, 2006, s.12).

Sosyal ve duygusal öğrenme; ilk ve orta düzeylerde yaşam becerilerini açıkça öğretmeye ek olarak sigara içme, uyuşturucu ve alkol kullanma, ergen gebeliği, şiddet ve zorbalık gibi belirli problemleri önlemede çocuklar için planlı, açık ve gelişimsel bir eğitimidir. Sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olmada çocuklara rehberlik etmektedir. Okullar, çocuklar için hem kötü alışkanlıklardan uzak tutucu hem de çocukları problem çözme ve ihtiyaç duydukları aktiviteleri destekleyici olmalıdır. SDÖ'nün bir başka avantajı da geçmiş olaylar ve şimdiki olaylarla karşılaştırma yaparak öğrencilere davranışlarının sonucunu görme imkanı sunmasıdır (Elias, 2003, s.124; Cohen, 2001, s.1). Çocuklar sahip oldukları sosyal becerileri doğumdan sonra çevresindekilerle etkileşimleriyle kazanmaktadırlar. SDÖ bireysel duyguların düzenlenmesi ve yönetimi, olumlu ilişkiler kurma ve sürdürme, durumlara uygun olarak meydan okumayı ele almaya olanak sağlamaktadır. Sosyal ve duygusal öğrenmede yalnız zihin değil kalp yani duygular da etkin yer almaktadır. Bireyleri yalnızca bilişsel düşünme olarak eğitmek yeterli değildir, onların kalplerini de eğitmek gerekmektedir. Çünkü birey sadece öğrenen

değil öğrendiğini benimseyen, öğrendiğinin farkında olan, öğrendiğini kendi içinde değerlendirebilen ve öğrendiğini sosyal hayatta uygulayabilen bireyler olmalıdır.

Sosyal ve duygusal yeterlilik; duyguları düzenlemek ve yönetmek için kapasiteyi artırmakta, etkili problem çözmeyi, diğer insanlarla olumlu ilişkiler kurmayı ve sürdürmeyi sağlamaktadır. Sosyal ve duygusal yeterlilikler ve öğrenme çevresi direk ve dolaylı yollarla akademik performansı artırmak için öğrencileri desteklemektedir. Okulda SDÖ programı, öğrencilere farklı yetenekler ve olumlu akademik başarı katmaktadır. SDÖ; öğrenme ve yoğunlukla birlikte duyguları yönetme, akademik aksiliklere karşı yetenek ve motivasyonu geliştirme, akran öğrenme grupları ve sınıf içinde etkili ve işbirlikçi çalışma gibi birçok becerileri kapsamaktadır.

Sosyal ve duygusal öğrenme; duyguları düzenleme ve yönetme kapasitesi, etkili problem çözme, diğer insanlarla etkileşim içinde olma becerilerini sağlayan öğrenmedir. SDÖ; sosyal, duygusal ve akademik becerileri arttıran, düşünme ve öğrenme çevresini destekleme ve özen gösterme, fırsatlar ve alıştırmalar sağlama temelli programlar sağlamaktadır (Elias, 2004, s.126). Her toplumda bireylerin sosyal davranışları yakın çevreleri tarafından şekillendirilmektedir. Sosyal ve duygusal öğrenme bireylerin davranışlarının şekillendirmekten ziyade onlara amaçlar belirleyerek belli sınırlar çerçevesinde kendi seçimlerini yaşatmaktır. Bu durumun sağlık alanında ve sağlık kurumları içerisinde de aynı şekilde gerçekleştiği düşünülmektedir. Nasıl ki bir çocuk davranış ve tutumlarını ailesinde gördüğü bilgiler ışında şekillendiriyor ise, sağlık alanında da usta- çırak anlayışı ile kişilerarası iletişim davranışı şekillenmektedir. Doktor olarak yeni göreve başlayan asistanlar (internler), doçent ve profesör olan ustalarının hasta ve hasta yakınlarına karşı davranışlarını gözlemlemek yoluyla sosyal ve duygusal olarak öğrenmeyi gerçekleştirmektedir. Bu noktada da sağlık kurumunda geçirilen süre, mesleki tecrübe ve iletişim becerileri ön plana çıkmaktadır.

2.2.2. Bilişsel ve Duyusal Öğrenme Kuramları

Bilişsel öğrenme kuramcıları davranışçıların aksine davranışların öğrenmesini uyarıcı tepki bağına bağlı olmadığını öne sürmüşlerdir. Öğrenme zihinsel faaliyetler sonucu oluşan bir olay olarak düşünülmektedir. Soyut kavramlar olan hafıza, dikkat, algı,

problem çözmeye gibi kavramlar araştırılmaya değer bulunmamıştır. Oysa bilişsel yaklaşım çalışanlar asıl öğrenmenin bu soyut kavramlara dayalı olarak oluştuğunu savunarak bu kuramı ortaya atmışlardır (Bacanlı, 1998, s.143).

Bilişsel öğrenme kuramında öğrenme olayı bilgisayarların çalışmasına benzetilmektedir. Oysa bilgisayarlar insan beyni şeklinde üretilmiş buna rağmen insan beyninin çalışmasını birebir uygulayabilen bir bilgisayar bulunmamaktadır. Bilişsel öğrenmede uyarıcılar duyu organları vesilesiyle alınır ve duysal kayıta kaydedilir. Dikkat ve algı mekanizmaları gelen bilgiler seçilir kısa süreli belleğe geçirilir. Bilgilerin kısa süreli bellekte kalabilmesi için tekrarlar yapılır ve kodlama yapılarak uzun süreli belleğe aktarılır. Tekrar uzun süreli bellekten işleyen belleğe oradan da kısa süreli belleğe getirilen bilgi tepki üreticiye gönderilir. Son olarak vericilere giden bilgi davranış olarak kendini gösterir (Senemoğlu, 2005, s.216). Bu süreçte yer alan önemli kavramlar şöyle açıklanmaktadır:

Duyusal Kayıt: Duyu organlarına gelen, koku, renk, tat, dokunma veya ses şeklindeki uyarıcılar ilk olarak duysal kayıta gelmektedir. Bu bölümdeki bilgi gelen uyarıcının kopyasıdır. Duyusal kayıtın kapasitesi yetersiz olmasına rağmen buradaki bilgilerin kalış süresi birkaç saniye ile sınırlıdır. Duyusal kayıtın görevi basit görünmesine karşın oldukça önemlidir. Duyusal kayıt olmasaydı okuduğumuz bir cümlenin sonuna geldiğinde bas kısmı unutulmuş olurdu (Senemoğlu, 2005, s.216).

Kısa Süreli Bellek (İşleyen Bellek): Bir kere kullanılmak üzere olan bilgiler bu bellekte saklanmaktadır. Burada bilgiler kodlanarak saklanmaktadır. İşleyen bellekte hafıza kapasitesi 7 ± 2 birimle sınırlı olmaktadır. Bu birimler örneğin telefon numaralarında olduğu gibi gruplandırılarak çözümlenmektedir (Bacanlı, 1998, s.146). Kısa süreli bellekte bireysel ayrılıklar da gözlenmektedir. Özellikle çocukluk yıllarında görülen şeyler oldukları gibi hatırlanmaktadır. Ancak ileriki yaşlarda bu şekilde olan çok az insan bulunmaktadır. Özellikle yetişkinlerde böylesi hafızaya sahip bireyler oldukça azdır. Olanlarda çok bilgi ezberlemelerine karşın duygusuz makine gibi davranmaktadırlar. Bu insanlara asperger sendromlu insanlar denilmektedir (Başaran, 1998, s. 155).

Uzun Süreli Bellek: Günlük hayatta hafıza ile kastedilen bellek türüdür. Bilişsel öğrenme kuramı sosyal ve duygusal öğrenme ile ilişkilidir. Sosyal ve duygusal öğrenme sadece duygusal öğeler değil, duyguların doğru yönetimi için gerekli zihinsel öğelerle iş birliği içinde olması gerektiğini savunmaktadır. Böylece duygular zihinsel becerilerle yönlendirilerek problemlerle basa çıkılmaktadır. Sağlık iletişimde doktorların hasta ile iletişimde dinleme becerilerinin etkili kullanılması ve hastaya beklentileri doğrultusunda hitap edebilme, bilişsel ve duygusal öğrenme sonucunda edinilmiş bilgiler doğrultusunda gerçekleşmektedir. Doktorlar dikkat ve ilgi göstermeleri durumunda hasta ya da hasta yakını ile doğru iletişim kurabilmekte ve sürdürebilmektedir. Tedavi sürecinin oluşturulması ve hastanın doğru yönlendirmeler ile tedavi sürecine dahil edilmesi için doktorun öğrenme yöntemleri ile edinmiş olduğu tutum ve davranışlar önemlidir.

2.3. Sağlık İletişiminde Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri

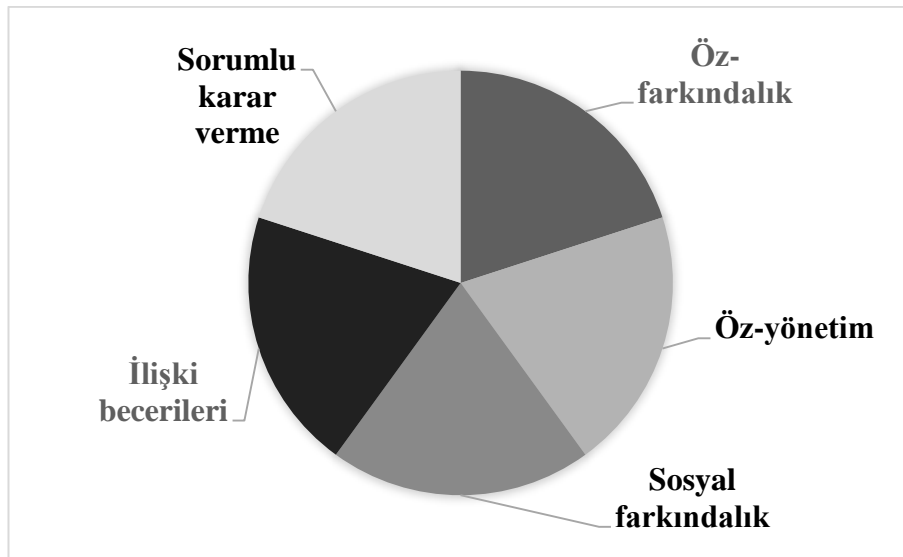
Bireyin içinde bulunduğu ortamın gerekliliği ve çevresinden gözlem yoluyla edindiği bilgiler sosyal davranışında değişimlerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Birçok çalışmada bu duruma, öğrenme fonksiyonu ile ilgili çeşitli kuramlar aracılığıyla açıklık getirilmektedir. Öğrenme kuramlarının öğrenme süreci hakkındaki farklı açıklamalarını bilmek, eğitim-öğretim süreçlerindeki verimi ve etkinliği artıracaktır. Bu bölümde öğrenme sürecindeki kavramların kuramsal alt yapısı ile bu kuramların günlük çalışma rutinine ya da mesleği öğretme pratiğine nasıl yansıdığı irdelemek amacıyla, tıpta ve sağlık konusunda iyi ve etkili öğrenmenin nasıl olması gerektiği konusunda bilgi aktarılmaktadır.

İnsan yaşantısındaki tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da duyguların önemi ve davranışlara etkisi yadsınamaz. Günlük hayatın birçok alanında kişilerin davranışına duygular etki etmektedir. Duygularını tanıma ve yönetme, topluluk içinde olumlu ilişkiler kurabilme, problem çözebilme ve bu süreçte alınan kararların sorumluluğu yerine getirebilme, zorlayıcı durumlar karşısında sakin kalarak yaşanan krizi etkili şekilde yönetebilme, tüm bunların yanında doğru kişilerarası iletişim kurabilmek adına iletişim becerilerini etkili kullanabilme kişilerin sosyal ve duygusal öğrenme yoluyla edindiği becerilerdir. Sosyal ve duygusal öğrenme ile sosyal duygusal gelişim aynı anlama gelmektedir. Esasen sosyal ve duygusal öğrenme becerileri erken çocukluk döneminde

gelişmeye başlasa da yetişkinlik dönemine kadar gelişim devam etmektedir. Bu nedenle yapılan çalışmalar ergenlik ve öğrenim gören gençlik dönemindeki kişilerin katılımıyla yapılmış olsa da meslek hayatına atılmış ve meslekte tecrübe edinmiş kişilerin de sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ölçülebilmekte, elde edilecek bulguların alan yazınına büyük katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sosyal duygusal öğrenmenin becerileri bireyin erken çocukluk döneminde yani 5-6 yaşlarında çevresini takip etmesi, davranışları ve hareketleri fark etmesi ve çevresindeki kişilerin kendilerini ifade biçimlerinin kayıtları ile başlamaktadır. Daha sonra okul yıllarında bu kayıtlara yenileri eklenmeye ve birey öğrenme sürecine devam etmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar, hatta sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ölçeği geliştirme çalışmaları (Kabakçı , Owen, 2010) ilkökul ve ortaokul seviyesinde kişilerin becerilerini ölçmek, ileriki çalışmalar da üniversite öğrencileri (Kocakulah , Ad., 2015) üzerinde kullanılması için derlenmiştir. Bu durum da sosyal ve duygusal öğrenme konusunun sadece çocukluk dönemi içinde değil yetişkinlik döneminde de kullanılan bir alan olduğunu ortaya koymakta, bu sınırlılığı da ortadan kaldırmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirliği sağlanan gelecek çalışmalar, ölçeğin yetişkinler üzerinde uygulanmasına, sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin incelenmesinde meslek sahibi yetişkinleri konu almasına olanak sağlamaktadır. Bu da alan yazınına bir fırsat olarak ele alınmalıdır.

Şekil 3: Sosyal ve Duygusal Öğrenmenin Temel Yetkinlikleri



Kaynak: Casel Guide, 2013, s.9.

Sosyal ve duygusal öğrenme yani SDÖ (Social and Emotional Learning- SEL) en genel anlamıyla çocuklar ve genç yetişkinlerin öğrenmeyi destekleyen becerileri edinme, olumlu ve yapıcı davranışlarını geliştirme, sosyal ilişkilerini düzenleme sürecidir. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri; duyguları tanımak, doğru ifade etmek, doğru şekilde duygusal dışavurumları fark etmek ve yönetmek, başkalarının bu yöndeki gelişimine vesile olmak ve teşvik edici davranışlar sergilemek, olumlu sosyal ilişkiler kurmak, karar verme sürecini etkili yönetmek, kararların sorumluluğunu almak ve zorlu durumlarla etkili bir şekilde mücadele etmektir. Bu beceriler sadece sosyal hayatta ve ikili ilişkilerde değil sağlık alanında da etkili iletişim yöntemleri olarak kullanılmaktadır. Sağlık sağlayıcıları hasta ve hasta yakını ile ilişkilerinde sosyal ve duygusal öğrenme becerilerini kullanmalıdır. Bu becerileri edinebilmek için bireyin hali hazırda sahip olması gereken ya da gelişimine hazır olduğu yetkinlikleri olmalıdır (Greenberg vd., 2003) Bu yetkinlikler ruhsal sağlığın gelişmesine olanak sağladığından akademik ve sosyal gelişimi de beraberinde getirmektedir.

- *Öz farkındalık (Self-awareness)*: Kişinin kendi duygularını tanınması ve doğru tanımlaması kişinin kendisinde ve diğerlerinde güçlü olan yönlerini tanınması, kendi kendine yetebilme becerisi yani öz yeterlilik duygusunu geliştirebilmesi ve kendine güveni olması durumudur.
- *Öz yönetim (Self-management)*: Dürtü kontrolü, stres yönetimi, sebat edebilme, hedef belirleme ve hedefe ulaşmada kişisel/içsel motivasyon sağlayabilme becerilerini içermektedir.
- *Sosyal farkındalık (Social awareness)*: Empati kurabilme, diğerlerinin duygularını anlayabilme ve saygı duyabilme, aynı durum ya da sorunlara farklı bakış açıları ile bakabilme becerileridir.
- *İlişki becerileri (Relationship skills)*: Sağlıklı ve ödüllendirici ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi, sosyal baskıya karşı durabilme ve işbirliği, uygunsuz davranışları önleme, yönetme ve kişilerarası çatışmayı yapıcı bir şekilde çözme, gerektiğinde yardım isteme becerilerini içermektedir.
- *Sorumlu karar verme (Responsible decision making)*: Değerlendirme ve yansıtma yolu ile alınan kararların kişisel ve etik sorumluluğunu alabilme becerisidir. İlgili tüm faktörlerin dikkate alınarak kararlar verilmesi, güvenlik

konularının göz önüne alınması, güvenlik uyarıları ve sosyal normlar dahil olmak üzere farklı alternatif eylem yolları denenmesi ile muhtemel sonuçları ön görebilme ve başkalarına saygı becerilerini içermektedir.

Yapılan çalışmalarda sosyal ve duygusal öğrenmenin akademik performans üzerinde olumlu etkileri olduğunun ortaya çıkması kavramın genellikle okullarda, öğrencilerin performansını arttırmada kullanıldığını göstermektedir. SDÖ, fiziksel sağlığa fayda sağlamakta, kişinin çevresine ve dahil olduğu kuruma olan bağlılık ve vatandaşlığını geliştirmekte; bu nedenle de bazı kurumlarda işverenler tarafından talep edilmektedir. Hayat boyu başarı için esas teşkil etmesi, problem çözümünde etkili olması, olumlu davranışları arttırması ile iletişim kaynaklı çatışma risklerini azalttığı, uyumsuzluk ve başarısız ilişkiler kurulmasına engel olduğu, kişilerarası fiziksel ya da psikolojik şiddeti engellediği düşünülmektedir.

Erken yaşlardan itibaren çocukların öğrenme sürecinin başlaması ileriki yaşlar da çocukların yaşaması muhtemel sosyal ve duygusal sorunları önleyebilmektedir. Sosyal ve duygusal öğrenme bireyin yaşamında erken yaşlarda başlamakta ve yaşlılık döneminde bile devam etmektedir. Bireyler sosyal ve duygusal öğrenme ve gelişimlerini sosyal çevreleri ile ilişki içinde oldukları her an geliştirmektedir. Çocukluk yıllarında empati becerileri, sosyal ilişki ve iletişim kurmada kolaylık ve akademik başarıyı olumlu etkileyen sosyal ve duygusal öğrenme, yetişkinlik döneminde de öz farkındalık, sosyal farkındalık gelişimini, kendini motive edebilen ve stres ile başa çıkabilen bireylerin iletişim becerilerini geliştirmeye yöneliktir (SDÖ Akademisi, 2015, web).

Sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin gelişimi sosyal yaşantı içerisinde sürekli devam etmektedir. Sağlık alanında da öğrenme süreci devamlılık göstermektedir. Bu nedenle sağlık eğitimlerinde ve tüm tıbbi eğitimlerde iletişim temelli derslerin verilmesi gerekmektedir. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri gelişiminin temel amacı çoğu alanda olduğu gibi problemleri önleyici bir yöntem olmasından geçmektedir. Bu nedenle sosyal ve duygusal öğrenme becerisinin hedef kitlesi sorun yaşamakta olan ya da sorunları öngörüp önlemek isteyen ayrımı gözetmeksizin sosyal hayatın içinde bulunmak zorunluluğu dolayısıyla iletişim kurna tüm bireyleri kapsamaktadır. Sağlık alanında da sosyal ve duygusal öğrenme becerileri etkili olarak kullanılmaktadır.

Sosyal ve duygusal öğrenmenin duygular ile ilgisi büyüktür. Önemli olan kişilerin kendi duygularının farkında olması ve etkili şekilde dışa vurabilmesidir. Dahası iletişim içerisinde bulunduğu kişilerin de hangi duyguyu yaşadığının ya da yansıttığının farkına varabilmesi, başka bir deyişle empati kurabilmesi gerekmektedir. Özellikle sağlık kurumlarında empatik davranışın yarattığı etki, diğer sosyal ortamlardan daha fazladır. Genel anlamıyla empati; bir kişinin kendini karşısındakinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısı ile bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi süreci olarak tanımlanabilmektedir (Şahin , Özdemir, 2015,s. 1). Bireylerin empati göstermesinin nedeni, iletişim sürecinde niyetin açıkça belli edilmesi, güven duygusunun geliştirilmesi, karşısındaki kişiyi bir bütün olarak anlayıp tanıyabilmesidir.

Sağlıklı iletişim kurabilmek için empati becerileri sağlık kurumlarında profesyoneller tarafından kullanılması gereken bir beceridir. İnsana verilen değer her kurumda göz önünde bulundurulmalıdır. Kişilerin birbiri ile yaşadığı sorunlar ya da anlaşmazlıklar tüm kurumları etkilemektedir. Kendini etkili şekilde ifade edebilen bireyler, karşısındaki kişilere de değer verme eğilimindedir. Bu anlamda sağlık kurumlarında sağlık personellerinin hasta ve hasta yakınlarına yaklaşımlarını değerlendirmek gerekmektedir. Birbirlerinin varlığına değer veren kişilerin çalıştığı kurumlarda iletişim sorunlarının daha az yaşanacağı öngörülebilmektedir.

Empati, sadece tahmin etme ya da anlamaya çalışma işi değil, kişinin kendini karşısındaki yerine koymayı rol değiştirme işi olarak görülebilmektedir. Bireylerin karşısındakinin anlayabilmesi için o kişiyi daha önceden tanıyor olması gerekmektedir, birbiriyle ilk karşılaşmada bile iletişim becerilerini etkili kullanmak, anlamayı ve anlaşmayı arttırmaktadır. Bu durum, birbirini tanımayan kişilerin de birbirine karşı empati duyabileceğini göstermektedir. Bu noktada önemli olan sebat göstermek ve olumlu duygular içerisinde bulunmaktır.

Sağlık sağlayıcılarının sosyal ve duygusal öğrenme becerileri gelişmiş kişiler olması beklenmektedir. Çocukluk döneminde başlayan bu öğrenmenin, özellikle sağlık sorunu yaşayan kişilerle karşılaşmaya başladıkları dönemde devam etmesi, meslekteki tecrübenin öğrenme sürecini etkilediği düşünülmektedir. Sadece mesleki tecrübe ile değil, tıbbi eğitim içinde de sosyal ve duygusal öğrenme becerileri mutlaka yer almalıdır.

Özellikle problem yaratan durumlarda kendilerinden fazlaca ödün veren, başkaları tarafından duygusal ve sosyal zorlamaya maruz kalan ve duygusal açıdan yıpranan kişilerin sağlıklı bir iletişim kurması ve sürdürmesi mümkün değildir. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri gelişmiş olan bireyler empati kuran, problemlere adil ve barışçıl çözümler getirebilen, öfkelerini ve yoğun duygularını daha rahat kontrol edebilen, duygularını açıkça ifade edebilen bireylerdir. Bu beceriler sağlık kurumlarında en çok ihtiyaç duyulan becerilerdendir. Tıbbi bilgi ve becerilerin yanında iletişim ve empati becerilerini geliştirebilen sağlık sağlayıcıları hastaları ile daha rahat iletişim kurabilmekte, tedavi sürecini işbirliği içerisinde sürdürebilmekte, hastaları karar verme sürecine dahil ederek fikir birliği sağlayarak iyileşme sürecinin kısılmasına olanak sağlayabilmektedir.

Sağlık kurumlarında empati ile; yoğun tempodan fiziksel ve ruhsal olarak yorulan sağlık profesyonelleri ve yaşamakta olan sağlık sorunu nedeniyle ihtiyaçlı olan hastalar ya da üzüntü/ endişe vb. olumsuz duygular içerisinde sebat göstermeyi beceremeyen hasta yakınları arasında agresif davranışların azalması, problem çözümünde tartışma ve kavgadan kaçınma, kısa veya uzun vadede olumlu sosyal davranışın artması sağlanabilmektedir. Bu ortamlarda olumlu sosyal davranışın artması, sağlık sağlayıcıları açısından akademik ve iş başarısı ile doğru orantılıdır. İletişimin iyileşmesi ve sosyalleşmenin artması daha uzun süreli ilişkilerin kurulmasını sağlamaktadır.

Sağlık profesyonellerinin duyarlı davranması gerekmektedir. Karşılaştıkları kişileri anlamak, etkili şekilde dinlemek için zaman ayırmalı ve kişilere kendilerini ifade etmeleri için fırsat vermeleri gerekmektedir. Sağlık kurumlarında artan okuma davranışı (karşıdaki kişinin duygularını anlama, sözlü ve sözsüz iletişim becerileri ile psikolojik durumunu anlamaya çalışma kast edilmektedir), tarafların karşılıklı sergiledikleri tutumlara dayalı aksaklıkların azalması ile sonuçlanabilmektedir. Böylece tarafların sosyal becerileri gelişmiş, iletişim becerilerini etkili kullanmaları ve ihtiyaçlarını karşılamaları ile kendilerine ve çevresine olan güveni artmış olacaktır.

2.3.1. Sağlık İletişiminde İletişim Becerileri

Her birey, kendilerine sunulan sağlık hizmetleri, bu hizmetleri alabilmek için belirlenen maliyetleri ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinme hakkına sahiptir.

Hakları olan bu bilgileri de anlayabilecekleri bir şekilde ve uygun zamanlarda etkili iletişim kurarak elde edebilmektedir.

Sağlık iletişiminde, iletişim bir kişinin hastalık belirtileri ile sağlık hizmeti alabilmek amacıyla kurum ya da sağlık sağlayıcılarına ulaşabilme çabasıyla başlamaktadır. Bir doktor ve hastaları arasındaki etkili iletişim, genel memnuniyet düzeyini ile ölçülmektedir. Doktorun tutum ve davranışları ile hastalar ve hasta yakınları tarafından mesleki ya da teknik bilgisi değil ama iletişim becerileri sınanmaktadır. Hastaların memnuniyet düzeyi kolayca azalmakta ama uzun çabalar sonucu artmakta ve daha uzun süreli sağlık sonuçlarına katkıda bulunabilmek için memnuniyetin sürdürülebilir olması gerekmektedir. Bir hastanın müdahale sırasında ve sonrasında kendilerine verilen bilgileri anlama düzeyi, gelecekte verecekleri sağlık hizmetleri kararlarını da etkilemektedir. Olumsuz tavırlar ile mutsuz ve memnuniyetsiz ayrıldığı bir sağlık kurumuna, hiçbir hasta ve yakını tekrar başvurmak, ya da tecrübe ettikleri olumsuz duyguların kaynağı olan doktorlar ile tekrar karşılaşmak istemesi olası değildir. Eğer hastalar, bilgileri doğru ve eksiksiz olarak alamamış ise tedavi sürecindeki talimatların yanlış takip edilmesi ihtimali veya olumsuz bir durumun ortaya çıkması riski artabilmektedir. İletişim temelli sorunlar, sağlık hizmetinden memnuniyet konusundaki şikayetlerin ortak noktasıdır. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayıcılarının yani doktorların her bir hastanın iletişim ihtiyaçlarını dikkate almaları ve iletişim yaklaşımlarını sürekli olarak gözden geçirmeleri önemlidir. Mesleki ve kişisel gelişimin sürekliliğini sağlamak amacıyla iletişim ve sosyo-duygusal öğrenme becerilerini geliştirecek eğitimleri almaları önem taşımaktadır.

Ülkemizde sağlık sistemlerinin nüfusa etkin dağılımı, her bir vatandaşın sağlık hizmetini en hızlı ve eksiksiz şekilde alması, sağlık alanında bilgi teknolojisi sistemlerinin kullanımı Sağlık Bakanlığı tarafından kontrol edilmektedir. Sağlık Bakanlığının görevleri arasında (Sağlık Bakanlığı Web Sitesi, 2018, Görev ve Yetkiler);

1. Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,
2. Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
3. Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi,

4. Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,
5. Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi,
6. İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması,
7. Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetilmesi ve politikaların belirlenmesi bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığının görevleri kısaca sağlık hizmetinin sağlık kurumları arasında dağılımını ve gerektiğinde hastaların temas edeceği en küçük birime kadar ulaştırılmasını kapsamaktadır. Bu noktadan sonra görev doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarına düşmektedir. Birçok sağlık kurumu kaynakların etkili şekilde dağılıp dağılmadığını değerlendirebilmek amacıyla hastalardan geri bildirim alabilecekleri sistemleri kullanmaktadır. Bu sayede aksayan kısımlar fark edilmekte ve düzenlenmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Hem kişisel tecrübelerden, yapılmış çalışmalardan hem de gözlem ve farkındalık ile elde edilen bilgilerden yola çıkılarak denilebilir ki iletişim, en yaygın sağlık hizmeti şikayetidir. En yaygın iletişim şikayetleri arasında doktorların kötü tutum veya tavırları, yetersiz bilgi sağlama, yanlış veya yanıltıcı bilgi sağlama ve özel ihtiyaçları cevap verilmemesi bulunmaktadır.

Sağlık kurumlarına başvuran kişilerin büyük bir bölümü karmaşık sağlık kavramlarını ve kendilerine verilen bilgileri anlamakta güçlük çekmektedir. Sağlık çalışanlarının mümkün olduğunca etkili bir şekilde iletişim kurmaları gerekmektedir. Bunun için de çoğu insanın sağlık bilgisi ve terimlerine aşina olmadığı ve her bir hastanın anlayış düzeyinin farklı olabileceği bilinmelidir. İletişim düzeyi buna göre belirlenmeli ve ortak bir paydada doktor ve hastanın buluşması sağlanmalıdır. Bazı durumlarda bir değil birden çok iletişim stratejisini benimsemek, taraflar arasındaki iletişimi

sağlamlaştırmaktadır. Sadece sözel değil sözsüz iletişim becerilerinin de kullanılması gerekmektedir. Beden dili ve yüz ifadelerini, sözlerini destekleyecek şekilde kullanabilen doktorlar hastalar ile daha samimi ve dürüst bir iletişim kurabilmektedir. Hastalara şefkatli bir şekilde yeterli bilgi sağlama imkanı bulabilmektedirler. Bu sayede doktorlar hastanın verilen tüm bilgileri anladığını doğrulayabilmekte, tedavi sürecine hastayı daha fazla dahil edebilmektedir. Aksi durumlarda da yani hastanın zihninde hastalık ya da tedavi ile ilgili soru işaretleri kaldığında da hastaları soru sormaya teşvik etmek yine doktorların yaklaşımına göre belirlenmektedir.

Doktorların beden dili hareketlerinin hastalar üzerinde farklı etkileri bulunmaktadır. Hasta, doktorun beden dilini takip ederek mesajın olumlu ya da olumsuz olma kararını vermektedir. Bu noktada doktorların dikkat seviyesi iletişim kalitesine etki etmektedir. Doktorlar hastalar ile karşılıklı konuşmaları sırasında dikkatlerini hastaya vermelidir. Dikkat belirtisi olarak da göz teması kurabilir, rahat görünebilir ve tüm birliktelik içinde hasta ya da hasta yakını konuşurken konuşmacıya bakabilirler. Hastaların söylediklerini kesintisiz bir şekilde anladığını belli etmek için başını sallayarak iletişimin gidişatını onaylayabilirler.

Sözsüz iletişimin özellikle ses tonu ve yüz ifadesine yansımaları, etkili iletişimin oluşmasına neden olmaktadır. Sesin net ve güçlü bir şekilde konuşmaya destek olması gerekmektedir. Doktorların gereğinden fazla yüksek sesle konuşması karşısındaki kişiyi kışkırtmakta, tedirgin etmektedir. Bu şekilde başlayan ya da devam eden bir iletişim sürecinde mesajların doğru algılanması olası değildir. Örneğin; doktorların tedaviyi düzenlerken mesleki bilgisinden emin olamayan davranışları hastalarda güvensizlik yaratmakta, bu yüzden bazı hastalar kendilerine yazılan ilaçları kullanmamaktadır. Doktorların kendinden emin, rahat ve net bir şekilde konuşması, hastaların sağlık durumları hakkında zihinlerinde soru işareti kalmadan süreci tamamlamaları gerekmektedir. Aksi durumlarda sorun yaşanması olasıdır.

Hastalar sadece ses ve yüz ifadelerine değil, doktorun oturuşuna, hareketlerine ve konumuna da dikkat etmektedir. Doktorun sürekli başka bir şeyler ile meşgul olması, hiç hareket etmeden yerinde oturması hastalarda güvensizlik ve rahatsızlık duygularının gelişmesine neden olmaktadır. Hatta doktorların bazı durumlarda sessizliği bile

hastaların tedirginliğine yol açmaktadır. Örneğin; tahlil sonucunu doktora göstermek için gelmiş olan bir hastanın, doktor tarafında tahlil sonucu incelenirken tedirgin ya da endişeli olmaması mümkün değildir. Bu bekleyişin süresi arttıkça da ortamdaki gerginlik artmakta, çok ileri durumlarda tarafların tartışmasına kadar varabilmektedir. Bu nedenle doktorların sadece konularını, duruşlarını ve hatta bedenlerini değil aynı zamanda sessizliklerini de etkili kullanmaları gerekmektedir. Her türlü çabaya rağmen, insan davranışlarının önceden kestiremeyen yapısı gereği sağlık hizmetlerinde sorunlar yaşanmakta, problemler meydana gelmektedir. Doktorların bu problemleri en etkili ve hızlı şekilde çözüme ulaştırmaları için gerekli becerilere sahip olması gerekmektedir.

2.3.2. Sağlık İletişiminde Problem Çözme Becerileri

Kişilerarası iletişimde bireyler farklı fikir ve görüşlere hakimdir. Herkesin aynı fikri benimsemesi, sorgulamadan kabul etmesi düşünülemez. Bu nedenle de çoğu zaman problem yaşanması olasıdır. Hayatın bütün alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da durum benzerlik göstermektedir. Kişilerin sahip oldukları düşünceler, inançlar, ihtiyaç ve istekler, değerler birbirinden farklıdır. Bu nedenle sosyal hayatlarında problem yaşamaları ya da kişilerarası çatışmanın meydana gelmesi olağandır. Kişilerarası problem çözme becerisi, kişilerin bu problemleri çözümleyerek sosyal ve duygusal anlamda uyum sağlamaları anlamına gelmektedir (Pellegrini , Urbain, 1986, s.18). Bu noktada iletişim becerileri ön plana çıkmakta, iletişimin etkin biçimde kurulması, gelişip sürdürülmesi için bu beceriler gerekmektedir.

Problem çözme becerisinin konu edildiği çalışmalarda birçok yaklaşımdan bahsedilmekte, fakat özünde içerik olarak benzerlik gösteren ipuçlarına değinilmektedir. Kişilerarası çatışmanın büyümesi ve problem haline gelmesi iletişim yönteminin, davranış ve tutumların değiştirilmesini gerektirmektedir. Problem çözme sürecinde bazı alt yollara başvurulmaktadır. Bunlar (Çam ,Tümekaya, 2007, s.97);

- *Probleme olumsuz yaklaşma:* Bir problemle karşılaşıldığından bireyin yaşanan olumsuz durumdan etkilenmesi sonucunda olumsuz duygu ve düşüncelere kapılmasını ifade etmektedir.

- *Yapıcı problem çözüme:* Herhangi bir kişilerarası problem yaşandığında etkili ve yapıcı biçimde sorunun ne olduğunu anlamak ile başlayan, çözüm odaklı duygu, düşünce ve davranışlarla sorunu ortadan kaldırmayı amaçlayan yaklaşımdır.
- *Israrcı ve sebatkar yaklaşımı:* Genelde problemin ortaya çıkması için en az iki kişinin ya da tarafın farklı görüşlerde olması gerekmektedir. Bu yaklaşımda da iletişim probleminin ortadan kalkması için her iki tarafın ya da tek bir tarafın ısrarla çaba harcaması açıklanmaktadır.
- *Kendine güvensiz yaklaşım:* Problemi çözebilmek için farklı düşüncelere sahip bireylerin, kendilerinden ödün vermeden düşüncelerini savunmaları, ancak mantıklı bir açıklama karşısında ikna olunması durumunda davranış değişikliğine gidilmelidir. Bu yaklaşımda taraflardan biri problemin çözümü konusunda kendine güvenmemekte, güven eksikliği nedeniyle de düşüncesini savunmamaktadır.
- *Sorumluluk almama:* Bu yaklaşımda kişilerarası problemin sorumluluğunu iki taraf da üstlenmek istememekte, sorumluluğu birbirlerine yüklemeye çalışmaktadır.

Doktorların aldıkları eğitim gereği, klinik kararlar almaya ve tedavi sürecini başlatmaya karar vermesi için tüm detayları düşünmesi gerekmektedir. Hastaların ise böyle bir zorunluluğu olmadığından bazı durumlarda düşünmeden hareket edebilmektedirler. Doktorlar için klinik problem çözüme prensiplerinin öğrenilmesinin mümkün olan en iyi yöntemi tıbbi bakımını üstlendikleri hastaları doğru şekilde anlamaları ve gerekli bilgileri doğru ve eksiksiz paylaşabilmeleridir.

Doktorlar işlerinin gereği olarak sürekli karar almaktadır. Her ne kadar ölüm – kalım durumlarına bile müdahale etme gücüne sahip olsalar da özünde insan olduklarından her zaman karar vermek isteği içinde olmayabilirler. Aslında, kişiler bir eylemi ne kadar uzun süre gerçekleştirirse, o eylem o denli rutinmiş gibi görünmeye başlamaktadır. Doktorlar hayat kurtarma rolünü, karar verme rolünü, müdahale etme rolünü uzun süre simüle ettiklerinden bir süre sonra mesleklerinde bir duraksamaya geçebilmekte, kararları duygularından bağımsız olarak verebilmektedir. Duyguların dahil

edilmediği birçok durumda gözlendiği gibi bu durumda da sorunların yaşanması ve problemlerin ortaya çıkması beklenmektedir.

İnsanların hayatını kurtarmak için yetkili bir doktor olmanın büyük bir parçası tıbbi teknikleri uygulamak için gerekli olan çok sayıda bilgiyi öğrenmektir. Doktorların ğrenme sürecinin en önemli bölümü, daha deneyimli doktorların karar verme davranışlarını modellemek, karşılaşılan her vakanın yeni bilgilerini toplamak ve işlemek, bu sırada kullandıkları rutinleri öğrenmek ve böylece hastaların ihtiyaç duyduğu kararları almayı öğrenmek fonksiyonlarından oluşmaktadır. Klinik eğitimi doktorlara her yeni hastanın bilgisini edinmek ve işlemek, eğitim sırasında öğrenilmiş gerçekleri deneyimleme imkanı sunmaktadır. Hastaların hikayelerini dinleyip anlamının ve diğerlerine anlatmanın yolu, bazı katı kurallar ritüelini gerçekleştirmekle mümkün olmaktadır. Örneğin; hastaları vizite sırasında ziyaret eden uzman doktorlar, öğrenmek için yanlarında olan asistanlardan hasta ve tedavisi hakkında bilgiyi zetlemelerini ve bunu yaparken tıbbi terimleri kullanmalarını beklemektedir. Bu sayede asistan doktorlar öğrenilmiş ders kitabı olgularını kendileri deneyimleme, hastaların öykülerine ve tedavi yöntemlerine hakim olmanın yanında sağlık hizmetlerinde çalışma deneyimini edinmeye başlamış olmaktadır. Ayrıca bilinir ki klinik vakalarda bilgi paylaşımı çoğunlukla hikayeler veya şablonlar üzerinden anlatılmakta ve asistan doktorların belleğinde soyutlanmış gerçekler olarak daha uzun süre depolanmaktadır. Klinik deneyimler kazandıkça, görülen ve duyulan ayrıntıların ayırımını daha iyi yapabilen asistan doktorlar tecrübeli öğretmenler eşliğinde pratik yapma imkanı bulmaktadır. Sağlık kurumlarında bu durum sorunların yaşanmasına ve problemin çok büyük boyutlara ulaşmasına neden olabilmektedir. Kendilerine asistan doktorlar tarafından müdahale edilmesini istemeyen, onlara güven duymayan hastalar problem çıkarmakta ve bu durumdan şikayet etmektedirler. Hastalar arasında “Her geldiğimde başka doktor bakıyor!” sözünün sıkça kullanıldığı bilinmektedir. Hastanelerin de diğer eğitim kurumları gibi doktorluk yapacak kişilerin öğrenim gördüğü bir kurum olduğu unutulmamalıdır. Hastaların da bu konuda bilinçlenmesi gerekmektedir.

Doktor ve hasta iletişiminde ortaya çıkan problemler zlmediği sürece, sadece tarafların kendilerini değil toplumu da ilgilendiren sonuçların ortaya çıkması ihtimaldir.

Örneğin, hastanın sağlıkla ilgili doktor tarafından kendilerine sunulan önerileri kabul etmemesi tedavinin aksamasına neden olmakta, dolayısıyla doktorlar kendilerine düşen görevi yerine getirememektedir. İletişim kopukluğu nedeniyle hali hazırda karmaşık bir süreç olan tedavide, hastaların da etkili katılımı, yardımcı olması gerekmektedir. Doğru şekilde bilgi aktarımı yapılmadığı takdirde yanlış tedavinin uygulanması ya da eksik uygulama nedeniyle tedavinin iyileşme sağlamaması hem maddi hem manevi kayıplar verilmesine neden olmaktadır. Bu durum hem doktor hem de hastalar için zaman ve para kaybına yol açmaktadır. Her bireyin en temel gereksinimi olmasına rağmen sağlık hizmetleri fazlasıyla masraflı ve yüksek bütçeli harcamalara neden olan bir süreçtir. Sağlık harcamalarının iletişim problemi nedeniyle artması geniş bir bakış açısıyla toplumsal olarak taşınması imkansız bir yük haline gelebilmektedir.

Son olarak ülkemizde sağlık okuryazarlığı ve sağlık bilinci gelişmemiş hastaların doktor ile problem yaşadığı, çözümün de oldukça uzun zaman aldığı görülmektedir. Doktorların yoğun iş temposu ve hasta sayısının fazlalığından daha önce de bahsedilmiştir. Toplumumuzda “çok ilaç yazan doktor, iyi doktordur” anlayışı, en ufak rahatsızlıklar için bile doktora ya da sağlık kurumlarına başvurulmasına neden olmaktadır. Hatta doktorun tedavi önerisini ve ilaç düzenlemesini beklemeden kendi ilaç isimlerini vererek reçete yazılmasını isteyen hastalar da mevcuttur. Hastalar tarafından yapılan bu baskılar ve doktorun önerilerinin tam olarak anlaşılabilmesi gereksiz ilaç kullanımını arttırmaktadır.

Doktorun tanı koyma, tedavi belirleme ve ilaç düzenleme süreçlerinde hastalar ve hasta yakınları tarafından baskı altında kalması stres ve öfke seviyesinin yükselmesine, çatışma ve problemlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durumda doktorlar stresle başa çıkma becerilerini kullanarak durumu yönetebilmelidir.

2.3.3. Sağlık İletişiminde Stresle Başa Çıkma Becerileri

Stres hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. İster istemez her gün bireyleri strese sokacak bir durum yaşanmaktadır. En basit stres kaynağı gündelik hayatın gerekliliği olan trafik, işe geç kalma, gömlek ya da kravatına kahve dökülmesi ve benzeri olayları içermektedir. Bu kadar hayatın içinde ve küçük görünen olaylar bile bireylerin güne

stresli başlamasına ve o stres ile günün devamında baş etmelerine neden olmaktadır. Stresle başa çıkmak için bireylerin strese verdikleri yanıtları yani tepkilerini bilmesi önem taşımaktadır. Strese duygusal (affective), bilişsel (cognitive) ve bedensel (physical) tepkiler verilmektedir. Duygusal tepkilerin arasında huzursuzluk, üzüntü, öfke, keder, kaygı, ümitsizlik, hayal kırıklığı, gerginlik vb. duyguların yer aldığı söylenebilmektedir. Hatta bu duyguların ileri derecede hissedilmesi durumunda ağlama, bağırma eylemleri de duygusal tepkilere dahil edilmiştir. Bilişsel tepkiler; dikkat dağınıklığı, odaklanma güçlüğü, bellek sorunları, kararsızlık, takıntı ve fobiler olarak ortaya çıkmaktadır. Strese bağlı olarak bireyin zihinsel işlemleri yapmada sorun ya da gecikmeye neden olmaktadır. Bedensel tepkiler arasında da davranışların ön plana çıktığı görülmektedir. Stresin davranışsal göstergeleri arasında sosyal ilişkilerden kaçınma, saldırganlık, alkol tüketimi, sigara ya da zararlı madde kullanımı, beslenme bozuklukları (aşırı yemek yeme ya da iştahsızlık) verilebilmektedir.

Stres kavramı, ortaya çıktığı ya da diğer bir deyişle bireylerin normal dışı davranışlarının nedenlerinin araştırılmaya başladığı (yaklaşım olarak 17. Yüzyılın sonları) dönemlerde anlamsal açıdan çok daha fazla olgunun atfedildiği bir olgudur. Dönemin getirdiği sorunlar belki de günümüzün stres kaynakları ile karşılaşıldığında çok daha ciddi toplumsal olaylar olarak değerlendirilmektedir. Bu mantıkla 17. Yüzyılda felaket, elem, bela vb. karşılığı olan stresin, 18. ve 19. Yüzyıllarda anlamı baskı, güç, zorluk vb. sözcükler ile karşılık bulmuştur (Güçlü, 2001, s.92). Hayatta, diğer tüm alan ve olgularda olduğu gibi, zamanın etkisi ve gündelik yaşamın gelişmesiyle stres kavramının da tanımı değişime uğramıştır. Stres, bireyin hayatı boyunca içinde bulunduğu ve etkilendiği fiziksel ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar ya da diğer bir deyişle bireyin alışlagelmiş tutum ve davranışlarını değiştirmesini gerektirecek durumlar nedeniyle, hem bedenen hem de zihnen olağanın dışına çıkması, yeni duruma uyum sağlayabilmek adına psikolojik sınırlarının ötesinde gayret göstermesinin ortaya çıkardığı etkidir (Cüceloğlu, 1994, s.321). Stresin kaynağı, herhangi bir dış olay olabildiği gibi kişinin kendi kendine de stres kaynağı yaratması muhtemeldir. Bu noktada stresi ortaya çıkaran durum kişisel özelliklerdir. Kişi kendi zihinsel değerlendirmeleri sonucu strese girebilmekte, bazı önemsiz olayları büyüterek kendini olduğundan daha fazla sorunlu

görebilmektedir. Belki de içinde bulunulan çevre, iş ortamındaki baskı, karakter özellikleri bu durumu tetiklemektedir.

Çalışanların stres yaşaması genellikle işverenlerin tutumları, kurumun iç ve dış iletişimi, kurumdaki yatay iletişimin yetersiz olması, hiyerarşik durumların uç noktalara ulaşması, performans artışı için baskı ve zorlamalar, çalışanları strese sokabilmektedir. Bu gibi durumlarda iş yerindeki liderlerin durumu yönetmesi, gerektiğinde müdahalelerde bulunması yaşanan stresin azalmasına, çalışanların iş tatmini, memnuniyet ve performanslarına olumsuz etki etmemesine olanak sağlayabilmektedir.

Sağlık hizmeti vermek stresli olabilmektedir. Meslektaşların ve hizmet almaya gelen kişilerin aralarındaki konuşmalar sürekli değişmektedir. Stresin doktorluk mesleğine nasıl ve ne şekilde etki ettiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bunun yanında yapılan araştırmalar doktorların işyerinde stresle sık sık karşı karşıya kaldıklarını, mesleki eğitimin başlaması itibarıyla doktorluk mesleğinin zor bir alan olmasından dolayı strese fazlaca maruz kaldıkları ve bu durumun psikolojik sıkıntı ve stresin artmasına neden olduğunu göstermektedir (Fones, 2015, s.18). Doktorların bu denli stresli olması genel anlamıyla iletişim becerilerine ve sosyal iletişimlerine etki etmektedir.

Çalışanlar, iş stresinin kötü etkilerine oldukça duyarlıdır. Stresin tüm çalışma ortamlarında her zaman mevcut olduğu kabul edilmesi gereken bir doğrudur. Her işin kendine özgü zorlukları vardır. Özünde hizmet sağlamak kolay bir iş değildir. Bu nedenle diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla teknik ve ilişkisel beceri gerektirmektedir. Her işte stres olduğunu kabul etmek, olumsuz etkilerini azaltmak suretiyle stresi yönetmek adına atılmış ilk adımdır. Genel olarak, stres algılandığında meydana gelen psikolojik ve fizyolojik reaksiyonları takip etmek gerekmektedir. İşyerinde, karşılaşılan zorlukların üstesinden gelmek için gerekenlere sahip olan doktorların, stres ile daha etkili baş ettiği görülmektedir.

Şekil 4: İş Stresinin Göstergeleri

Psikolojik ve duygusal değişiklikler	Kötü konsantrasyon ve hafıza, Uykusuzluk hastalığı, yorgunluk, Anksiyete, depresyon, Suçluluk, inkar, Öfke, saldırganlık, sinirlilik, Kızgınlık, Kötü iştah, aşırı yeme
Davranışsal Değişiklikler	Kararsızlık, Değişime karşı direnç, işbirlikçi olmak, Sosyal çekilme ve izolasyon, Apati, kaçınma, Alkol ve uyuşturucu kullanımı
Fiziksel Değişiklikler	Göğüs ağrısı, çarpıntı, Nefes darlığı, Baş ağrısı, baş dönmesi, Bağırsak belirtileri, Kas gerilimi
Organizasyonel Problemler	Devamsızlık, Verimlilikte düşüş, İstifalar ve yeteneklerin zayıf tutulması

Doktorlarda stres bazı durumlarda uç noktalara kadar varabilmektedir. Sağlık kurumlarında stres, tükenmişlik, duygusal tükenme, hayal kırıklığı, kişisel başarı eksikliği, depresyon, anksiyete ve uyuşturucu ya da alkol bağımlılığı gibi sağlık meslektaşları arasında “zayıf” kabul edilebilecek durumlar yarattığı için önemlidir. Stres psikolojik ve duygusal değişiklikler, fiziksel belirtiler, davranış sorunları veya örgütsel sorunlar olarak kendini gösterebilmektedir (bkz. Şekil 4). Mesleki stres, hastaneler ve diğer sağlık kurumları için verimlilik ve performans açısından önem taşımaktadır. Çalışanların kuruma gösterdiği sadakat ve bağlılık, sonuçta tıbbi personelin işe alınmasını ve korunmasını etkileyebilmektedir. Stresli bir çalışma ortamı her zaman kötü moral ve motivasyona yol açacağından tercih edilmeyebilmektedir. Hiç kimse iç huzurun sağlanmadığı, sorunların yaşandığı bir kuruma başvuruda bulunmak istemez. Aynı durum hastalar için de geçerlidir. Sağlık personeli ve doktorlar arasında anlaşmazlık ve sorun yaşanan bir hastanede sağlık hizmetinin aksamadan ve eksiksiz uygulanması mümkün değildir. Çalışanların koordineli iş birliği ile tam bir hizmet sunulabilmektedir. Bu durumda hastalar da iş stresinden etkilenmektedir.

Kaynak: Fones, 2015, s.19.

Bazı doktorlar, özellikle duygusal veya psikolojik rahatsızlıkları için kendilerine yardım arama fikrine çok açık değillerdir. Aldıkları eğitim ve mesleki tecrübeleri

sonucunda artan kendine güvenleri buna müsaade etmemektedir. Halk arasında doktorun kendi hastalığını tedavi edebileceği, doktorların hasta olması beklenmediği gibi gerçekçi olmayan inanışlar da baskının artmasına ve stresin oluşmasına neden olabilmektedir. Psikolojik problemler için yardım istemek sadece doktorlar için değil, tüm insanlar için rahatsız edici bir süreçtir. Buna bağlı olarak yardımın gerektiği durumlarda doktorların stres yaşaması doğaldır. Yine de psikolojik durumların topluluk içinde sahip olduğu tehlikeli damgalama vardır. Bazıları durumun diğer meslektaşlar tarafından duyulmasından endişelenmekte, sürecin gizli kalmasını istese de bu gizliliğin eksik kalabileceğini ve diğer doktorlar tarafından duyulabileceğinden korkmaktadır. Bu da uygulamanın etkililiğini olumsuz etkilemektedir. Sorunlarını aktararak doğru şekilde yardım isteyebilmiş doktorların bile, tıbbi olarak tavsiye edilenleri eksiksiz yerine getirmede ve iş yoğunluğunun arasında iyileşmek için zaman ayırmada sıkıntısı olabilmektedir. Durum bütünüyle değerlendirildiğinde doktorlar kendilerine yardım etmek için neler yapabilir? Bu soruyu cevaplamaya yönelik ilk adım stresin fark edilmesidir.

Farkındalık; stres kaynaklarının ve kişinin farklı stres faktörlerine nasıl tepki verdiğinin bilinmesi durumudur. Bireyler, duyarlı oldukları stresin doğası ve yoğunluğuna bağlı olarak tepkilerinde farklılık göstermektedir. Bu da bireyleri ikinci aşama olan kabullenmeye yönlendirmektedir.

Kabul etme, kişinin kendi güvenlik açıklarıyla ilgili bilgilere ulaşmasını gerektirmekte ve bireyler için bu kolay bir iş değildir. Kişinin karakteri, olaylara verdiği tepkileri, tutum ve davranışları, eğitim düzeyi ve sosyal çevresi bazı mesajlar ortaya koymaktadır. Özellikle de kişinin karakteri hakkında bilgi sahibi olması, kendi eksikliklerinin ve zayıflıklarının bilincinde olması stres yaratan durumlara açıklık getirebilmektedir. Kişinin önce kendi zayıflıklarını kabul etmesi gerekmektedir. Doktorlar profesyonel açıdan her zaman en iyi olmak için durmadan çalışmaktadır. Diğer doktorlarla içinde buldukları rekabetçi ortam, daha fazla duygusal çaba gerektirdiğinden stres yaratabilmektedir. Önemli olan doktorların stres yaratan durumlar karşısında gösterdikleri tutum ve davranışlardır.

Tutum ve davranış, rekabet için gerekli olan ihtiyacın yanı sıra, bazı zihinsel tutumlar işyerinde stresin sürdürülmesine hizmet etmektedir. Doktorluk mesleğinin temel nitelikleri olan hastaların hizmet, fedakârlık ve ilk ihtiyaçlarının ortaya konulması gerektirmektedir. Bazı doktorlar, genişletilmiş çalışma saatlerine ve uzun randevu listelerine karşılık vermeye çalışırken benzer sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle, en geniş kapsamlı uzmanlık alanı olarak popülerlik, aslında, dengesiz ve stresli bir çalışmayı da beraberinde getirmektedir. Sağlık kurumlarında bazı doktorların adı, diğerlerinden daha fazla bilinmektedir. Bunu sonucunda hasta sayısı ve çalışma saatleri de artmaktadır. Sağlıklı bir iş-yaşam dengesi elde etmek için doktorlar önceliklerini belirlemelidir.

Bazı doktorlar için stresli bir mesleki yaşam, uzun süredir devam eden ve derinden benimsenmiş, kökleşmiş bir alışkanlık haline gelmiştir. Öyle ki, bazı kişilerin bu mesleği seçmekteki nedeni budur. Hayati kararlar alabilmek, sürekli bir çaba içerisinde olmak, kriz anlarına müdahale edebilmek bazı kişilere cazip gelmektedir. Gerçek şu ki, özellikle olumsuz etkilerin zaten ortaya çıkmaya başladığının fark edilmesiyle yaşamı kolaylaştırmak ve sağlık hizmetini doğru şekilde sunabilmek için stres ile başa çıkma önlemleri içeren seçimler yapılabilmektedir. İş stresini daha iyi yönetmek ve etkilerini kontrol etmek için gerekli adımları atmaya kararlı olmak bireye güç vermektedir. Değişim kolay bir süreç değildir ve hemen gerçekleşmeyebilmektedir. Ancak gerekli olan sabır, sebat ve bağlılık yaşamın her alanında stres ile başa çıkmada faydalı olacaktır.

Stresle başa çıkma ve olası çatışma durumlarını engellemek sadece çevresel koşulların etkili yönetimini değil, aynı zamanda kişinin kendisini tanımasını ve kontrol edebilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle sosyal ve duygusal öğrenme becerileri içinde yer alan ve bahsi geçen alanların (iletişim becerileri, problem çözme becerileri ve stresle başa çıkma) yanında kendilik değerini arttıran becerilerin de incelenmesi gerekmektedir. Çünkü kendilik değerini arttıran beceriler, kişilerin kendisi/ özü ile ilgili (self) değerlendirmeleri yapabilirliğinin tartışıldığı bir alandır.

2.3.4. Sağlık İletişiminde Kendilik Değerini Arttıran Beceriler

Bireylerin topluluk içinde edindikleri yer, karakterlerine ve tutumlarına bağlı olarak oluşmaktadır. Bir bireyin hayata bakışı sadece kendisinin değil, çevresindeki kişilerin de hayatını şekillendirmekte, yaşam kalitesini etkilemektedir. Tutumlar, olaylar karşısındaki tavırları ve davranışları ifade etmektedir. Bu mantıkla tutumlar kişilik özelliklerinden bağımsız düşünülememektedir. Bireyin iç değerlendirmesi, kendisine ve çevreye yönelik düşünce ve davranışlarından etkilenmekte, aynı zamanda birbirlerini etkilemektedir. Bir döngü olarak da açıklanabilecek bu durum birçok araştırmacı tarafından aydınlatılmaya çalışılmış, değerli sonuçlar elde edilerek kavram zenginleştirilmiştir. En basit haliyle kendilik değeri, çalıştığı işten memnun olan, sağlıklı ve hareketli bir bireyin bünyesinde barındırması gereken bir özellik olarak kabul edilmektedir.

Yapılan çalışmalar sonucunda İngilizce olarak geliştirilen bir kavram olan “self-esteem” kelimesine dilimizde kendilik değeri (Totan, 2011), benlik saygısı (Mızrak, 2015), öz saygı (Reçber, 2002) ve kendilik saygısı (Gürkan, 1990) başta olmak üzere birçok karşılık ortaya atılmıştır. Bu bölümde ‘self-esteem’ karşılığı olarak benlik saygısı kavramı kullanılmıştır.

Benlik saygısı kavramı genel olarak motivasyon ile ilişkilendirilmiştir. Benlik saygısının, hem birey hem de bireyin çevresindeki grubu gözeterak, gruplar içinde gerçekleşen kendi kendini doğrulama sürecinin bir sonucu olduğu söylenebilmektedir. Bireyin gündelik hayatın rutinlerini yerine getirirken üstlendiği sorumluluklar, birçok farklı rolün doğmasına neden olmaktadır. Rol kimliklerinin doğrulanması, bireyin değerlerine dayalı ve etkinlik temelli benlik saygısını artırmaktadır. Diğer bir deyişle, bireyin kendini doğrulaması ile oluşturulan özsaygı, aksi bir durum olduğunda ortaya çıkan olumsuz duyguların önüne geçmekte, böylece bireyin hayatın akışında geçirdiği değişim dönemlerinde yapısal düzenlemelerle sürekli etkileşim ve sürekliliği sağlamaktadır. Kendi kendini doğrulama yoluyla üretilen özsaygı arzusu, bireyleri, kimlikleri doğrulayan ilişkileri oluşturmak ve sürdürmek için motive ettiği için aynı zamanda çevrelerindeki grubu da dengelemektedir.

Benlik saygısı, genel olarak bireyin kendini olumlu değerlendirmesiyle ilgilidir (Rosenberg vd., 1995). İki ayrı boyutta değerlendirilmekte ve bu boyutlar yeterlilik ve değerden oluşmaktadır (Gecas , Schwalbe, 1983, s.77). Yetkinlik boyutu (etkinlik-temelli benlik saygısı), insanların kendilerini yetenekli ve etkili olarak görme derecesini ifade etmektedir. Değer boyutu (değere dayalı benlik saygısı), bireylerin değer insanı olduklarını hissetme derecesini ifade etmektedir.

Benlik saygısı ile ilgili çalışmalar farklı bakış açılarını değerlendirmiş, bu sayede değişik ve değerli sonuçlar elde ederek kavramı geliştirmeyi amaçlamışlardır. Bu çalışmaların bazılarında benlik saygısı bir sonuç olarak ele alınmış, nedenleri araştırılmıştır. Bazılarında benlik saygısı bir süreç olarak ele alınmış ve kişisel gelişimle birlikte kavramın da gelişimi irdelenmiştir. Bazılarında ise benlik saygısı bir neden olarak görülmüş, davranış ve tutumlara ne şekilde etki ettiği araştırılmıştır. Her durumda bireyin kendinden ve yaşantısından memnun olması, tatmin duygusunu geliştirmesi, geleceğe yeni hedefler koyarak umutla bakması için benlik saygısını kazanması ve geliştirmesi gerekmektedir.

Her birey için düşük öz saygının bir nedenini tanımlamak mümkün değildir. Buna rağmen, uzun bir süre boyunca birey kendine olan inançlarını oluşturmakta ve bu sürecin bir dizi farklı etken dolayısıyla şekillenmesi mümkün olabilmektedir. Düşük benlik saygısına neden olabilecek durumlar şunlardır:

- *Olumsuz çocukluk deneyimleri:* Çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimler, zorbalık, olumsuz aile ilişkileri veya okulda karşılaşılan zararlı olaylar benlik saygısını düşürebilmektedir.
- *Yaşamda karşılaşılan zor olaylar:* Yıpratıcı deneyimler, sevilen birinin ölümü, uzun süreli bir hastalık, işini kaybetmek veya uzun süre iş aramak benlik saygısını azaltabilmektedir.
- *Kişilik ve mizaç:* Kişiliğin olumsuz unsurları, her olayı olumsuz düşüncelerle ilişkilendirmek, çevredeki kişiler arasında bireyin kendini zayıf ve güçsüz hissetmesi benlik saygısının düşük olduğu bir imaj oluşturulmasına neden olabilmektedir.

- *Farklı hissetmek:* Diğer insanlarla birlikte iken kişinin kendini garip hissetmesi, yaşatlarının gerisinde olmak, diğerleri tarafından kabul görmemek, sosyal normlara uygun davranmamak kişinin kendini bulunduğu ortama ait hissetmesine engel olmaktadır.
- *Kişilerarası / sosyal ilişkiler:* Diğer insanların kendisine değer vermediğini hissetmek, olumsuz tavır veya davranışlarla karşılaşmak, başkalarının beklentilerine göre yaşadığını fark eden bireyler mutsuz olmakta ve bu durum da benlik saygısını olumsuz etkilemektedir.
- *Stres ve baskı:* Bireyin çok fazla stres altında olması içinde bulunduğu durum ile başa çıkmasını zorlaştırarak düşük benlik saygısına yol açabilmektedir.
- *Olumsuz düşünce kalıpları:* Bireyler yaşamları boyunca düşünmeyi ve düşünme yöntemlerini öğrenebilmekte veya geliştirebilmektedir. Bu öğrenme süreci yaşanırken, bireyler sürekli kıyaslama ile kendilerini diğerlerinden ayırmaya ya da farklılaşmaya çalışmaktadırlar. En basit örneği; kardeşlerin birbiri ile kıyaslanarak büyümesi ya da aileden başkaları ile rekabet etmelerine neden olacak durumlardır. Bu gibi küçük görünen ve herkes tarafından bilinen yanılığalar bireyin kendisine ve başkalarına karşı yüksek standartlar geliştirmesine, bu standartlara ulaşamadığında ise benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır.
- *Sosyal uzaklaşma ve yalnızlık:* Sınırlı sosyal teması bulunan veya sosyal ilişki kurmakta zorlanan bireylerin diğer insanlarla veya başkalarıyla ilişkilerini sürdürmesi zor ve zahmetli bir iş olarak görülmektedir. Bu kadar zahmete girmektense bireyler yalnız kalmayı tercih edebilmektedir. İlişki kurmakta zorlanan insanlar, kendi kişisel imajlarını da zayıflatmaktadır.
- *Travma, taciz ve psikolojik şiddete maruz kalma:* Fiziksel, cinsel veya psikolojik istismar ve zorbalık ile karşılaşan bireyler suçluluk duygusuna kapılmakta ve bu duygu düşük benlik saygısına yol açabilmektedir.

Benlik saygısının artması için bireyin kendi zayıflıklarına meydan okuması ve değişmeye istekli olması gerekmektedir. Kendi hakkında sahip olduğu olumsuz inançlar nedeniyle bu süreç zor ve farklı tekniklerin deneyimlenmesini gerektiren bir süreçtir. Ama imkansız değildir, özverili bir çabayla bireyin benlik saygısı arttırılabilmektedir. Bu

sırada kullanılabilir ipuçları bulunmaktadır. Bireyin hoşlandığı ve yapabileceği bir uğraş edinmesi, örneğin tablo boyamak, yeni bir dil öğrenmek ya da bir spor dalına başlamak gibi, yararlı olacaktır. Bireyin hoşuna giden ve iyi olduğu bir şeyi yapması benlik gelişiminde ve kendine güvenin inşasında yardımcı olabilmektedir. Bu uğraş bir sanatsal çalışma, bir gönüllü iş ya da bakım veya hobilerin gelişmesine yönelik bir şey olabilmektedir. Bu sayede birey kendine bir iş edinmiş, bu konudaki becerilerini geliştirme fırsatı bulmuş, daha da önemlisi o iş ile uğraşan diğer bireyler ile aidiyet duygusunu geliştirmiş olacaktır. Bu noktada uğraşılan işin, maaş getirecek bir uğraş ya da para kazanma aracı olarak değil yoğunlaşması kolay ve geliştirilebilecek bir hobi olarak görülmesi önemlidir. İş, kimlik, arkadaşlık, sürekli bir rutin bireyin düzen kurmasına ve dolayısıyla kendine güveninin gelişmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle benlik saygısı kavramından bahsederken sembolik etkileşim ve kimlik gelişiminden de bahsetmek gerekmektedir. Ervin ve Stryker (2001), benlik saygısı, kimlik duygusu ve kimlik bağlılığı (bireylerin sosyal yapı içindeki gömülü olmaları) arasındaki bağları tartışmaktadır. Bununla birlikte, benlik saygısının farklı kavramsallaştırmalar arasındaki bağlantıları belirsizliğini korumaktadır. Tıpkı, kavramın farklı alanlarda çalışılması fırsatının hala ihtimal dahilinde olması gibi. Pek çok kurumda çalışılmış olan benlik saygısı ve iş tatmini konusu, sağlık kurumlarında da her geçen gün önem kazanan ve uygulanan bir konudur.

Herhangi bir kurumun etkinliği, iş performansının ölçülmesine ve çoğunlukla orada çalışan personelin doğru güç uygulamalarına ve çabalarına bağlıdır. Motivasyon ve memnuniyetin gücü yüksek ise, kurumdaki mesleki, teknik ve sosyal yetenekler etkili bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Özellikle sağlık kurumlarında benlik saygısı yüksek doktorların iş doyumu düzeylerinin de yüksek olduğu, kendini gerçekleştirebilen çalışanların iş performanslarının arttığı düşünülmektedir. Aynı düşünceden hareketle Hindistan'da özel ve devlet hastanelerinde gerçekleştirdiği bir araştırmada (Kanojia, 2016, s.92); tıp mesleğinin ortak algısının aksine, özveri ve sosyal hizmetin bireyin kişisel motivasyon sağlaması için gerekli olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık sağlayıcılarının iş tatmini diğer mesleklerle benzerlik göstermekte ve bazı değişkenlere bağlı olarak gelişmektedir. Bir sağlık kuruluşunun düzgün işleyişi, sağlık uzmanları ve doktorların çalışma performansına önemli ölçüde etkilidir. Motivasyonu yüksek olan doktorlar

işlerini iyi yapmaktadır. Bunu yaparken de gerekli motivasyonu, işlerinden memnun olmaları ve tatmin duygusunun geliştirilebilir bir duygu olduğu konusundaki algılarından gelmektedir. Branşında uzmanlaşan doktorlar, modern ekipmanların kullanılabilirdiği, iyi çalışma koşullarının sağlandığı, tanınma olasılığına yardımcı işlerin verildiği ve meslekte ilerleme şansının mevcut olduğu sağlık kurumlarında kendilerini değerli hissetmektedir.

2.4. Sağlık İletişiminde Kişilerarası İletişim Tarafları

Sağlık iletişimi kişilerarası iletişim ile başlamaktadır. Kişinin sağlık ihtiyacı ortaya çıktığında, kişi sağlığını yitirip bir sağlık kurumuna hizmet almak için başvurduğunda karşılaştığı ilk kişiyle sağlık iletişiminin kişilerarası boyutunu başlatmış olmaktadır. Danışmadaki görevli, güvenlik görevlisi ya da sağlık çalışanlar (hasta bakıcılar, hemşireler) genellikle hasta ve yakınları ile ilk karşılaşan kişilerdir. Doktor ile hasta iletişimi daha sonra oluşmakta ve iletişimin kalitesine bağlı olarak gelişmektedir.

Sağlık alanında kişilerarası iletişimin etkin ve verimli hale getirilmesi, tarafların tedavi sürecine doğrudan etki etmektedir. Dolayısıyla tedavinin başarılı olup olmayacağı bu sürecin etkili yönetilmesi ile mümkündür. Genel olarak iletişimde kullanılan öğeler sağlık iletişiminde de yer almakta fakat roller değişmektedir. İletişim sürecindeki kaynak rolü, sağlık iletişiminde hastalar ya da hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmektedir. Hasta sağlık ihtiyacını anlatabilmek amacıyla genellikle yüz yüze ve sözlü iletişimi kullanmaktadır. Daha sonra da iletişimin yönünü doktordan aldığı geri bildirim ile şekillendirmek, iletişimin olumlu gelişmesi de bu geri bildirim ile belirlenmektedir. Bu noktada iletişim sürecine doktor tarafından da bakmak gerekmektedir. İletişim sürecinde kaynak olan doktorun mesaj içeriği tedavi süreci ve uygulamalarını kapsamaktadır. Kanal olarak doktorlar müdahale sırasında gereken araç ve gereçleri, tedavideki yöntem ve teknikleri kullanmaktadırlar. Dolayısıyla iletişim süreci hastaların tanı ve tedaviyi algılayıp, tedavi sürecine dahil olmaları ile döngüsünü tamamlamaktadır.

Genel anlamıyla sağlık iletişimi hastanın hastalık belirtileri göstermesi ile içsel iletişim gerçekleşmesi aracılığıyla başlamaktadır. Kişi kendinin sağlık açısından bir sorun yaşadığına ve hasta olduğuna karar vermesiyle, içsel/ kişisel iletişimi gerçekleştirmiş olmaktadır. Hasta olduğuna kara verme hem sosyal, hem fiziksel hem de psikolojik bir

süreçtir. Bu noktada birey yardıma ihtiyacı olduğuna karar vermekte ve yardım almak için sağlık kurumu ya da sağlık sağlayıcısı olarak doktorlar ile bağlantı kurmaktadır.

2.4.1. Hasta ve Doktor İletişimi

Hasta ve doktor arasındaki iletişim çoğu zaman pamuk ipliğine bağlıdır. Hastalar ve doktorların temelde birbirlerine güvenmeleri gerekmektedir. Güvendikleri varsayıldığında bile sorunların ortaya çıkması, kaynağın sadece karşılıklı geliştirilen duygular olmadığını, sorunların kaynağının iletişim yanlışları olduğunu göstermektedir. Doktorlar sık sık hastaların anlamakta güçlük çektikleri terimlerle, hastalar da belirtilerin vermiş olduğu rahatsızlık nedeniyle sadece şikâyet üzerine yoğunlaşan bir üslup kullanmaktadır. Bu karşılıklı tahammül seviyesinin azalmasına neden olan durum karşısında doktorlar, hastadan ziyade hastalığın belirtileri üzerinde konuşarak, bilinçli ya da bilinçsiz olarak, kişilerarası iletişimin gereği olan davranışlarda bulunmamaktadır. Sonuçta kendini birey olarak değersiz hisseden hastalar da doktora karşı benzer tavırları sergilediğinde problem yaşanması kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu nedenle doktor- hasta iletişimi çok karmaşık, hassas ve değişken yapıda bir süreci ifade etmektedir.

Atıcı, 2007 yılında yapmış olduğu çalışmasında hasta ve doktor arasındaki ilişkiye yönelik sınıflandırma ile hasta ve doktor ilişkisini belirleyen unsurları irdelemiş, sıralamış ve literatürde bulunan diğer çalışmaların verilerini açıklayarak aktarmıştır. Bu verilere göre;

1. Hasta- doktor arasında kurulan ilişki modeli: Hastanın pasif, hekimin aktif olması üzerine kurulu olan antik çağlardan süregelen sistemin yerini hastanın da karar alma sürecinde söz hakkı olan bir süreç gelmiş olsa da (Lazaro, 2000, s.354) hastanın sağlık, psikolojik ya da yaşa bağlı durumsal niteliklerine göre doktorun doğru ilişki modelini seçme sorumluluğu bulunmaktadır (Koptagel İlal, 2001).
2. İletişim: Hasta doktor iletişimin empatik seviyede tutulması ve dinleme, saygı, sorunların çözülmesine yönelik amaçsal bağlam içermesi hem iletişim doyumu hem teşhis ve tanı doğruluğu bağlamında önem arz etmektedir.
3. Bütüncül yaklaşım (hastanın biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmesi): Sağlık personelinin hastayı değerlendirmesinde hem biyolojik

durumunu, hem ruhsal halini hem de gelmiş olduğu kültürel art alanı anlaması tam ve doğru bir değerlendirme yapması için gereklilik arz etmektedir. (Koptagel İlal, 2001). Bunun için de hekimin iyi bir biçimde hastadan öykü alması bütüncül bir yaklaşımla değerlendirme yapmasında fayda sağlayacaktır (Koch , Turgut, 2004, s.64-9).

4. Güven: hekimin hastası ile bir güven ortamı oluşturması için hekimden hastasına karşı dürüst olması ve mahremiyetini saklı tutması beklenmektedir (Atıcı, 2003, s.36).
5. Hekimden kaynaklanan durumlar: Hekimin hastalarını tedavi etmesinin yanında bir araştırmacı ya da idareci yanının olması gibi durumlarda hastanın güvenini kötüye kullanmaması gerekmektedir (Atıcı, 2003, s.36). Ayrıca hekimden kaynaklanan durumlara hekimin yaşı, cinsiyeti, mesleğine duyduğu sevgi, kişiliği, iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi gibi etmenler de hekimden kaynaklanan durumların kaynağını oluşturmaktadır (Aslan vd.,1997), (Karlıdağ vd.,2000).
6. Hastadan ve hastalıktan kaynaklanan durumlar: Hastalık durumunun etkisi altında olan bireylerin doktordan beklentileri artmakta, hastalığı nedeni ile red, öfke, endişe, korku gibi psikolojik durumlar hastalığın beraberinde gelebilmekte hasta doktora karşı güvensizlik duyabilmekte ya da ondan fazlaca ilgi bekleyebilmektedir (Öz, 2001, s.61).
7. Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar: bireylerin devletin desteğine en fazla ihtiyaç duydukları hastalık dönemlerinde hastalara karşı adaletli yaklaşım ve eşit hizmet görme hakkı hastalar için geri dönüşü olmayan hayati öneme sahiptir (Atıcı, 2006, s.111).
8. Bilimsel ve teknik gelişim, teknoloji: Bilimsel ve teknolojik gelişmeler neticesinde tanılarının bilgisayar üzerinden yapılması hastaların sadece hastalık adlarıyla anılmasına sebep olmaktadır (Atıcı, 2003, s.52). Oysaki hekimin temel görevlerinden bir tanesi de hastayı anlamak ve dinlemek olmalıdır (Özlü, 2003).
9. Tıp etiği eğitimi: Tıp etiği eğitimi aracılığı ile hastanın ve hekimin haklarına dair bir kavrayış kazanılırken (Doyal, Gillon, 1998, s.316), doktor adaylarının hastaların beklentilerine dair bilgi sahibi olması sağlanır (McNair, 1999).

Hasta ve doktor iletişiminin kalitesini ve geliştirilmesini konu alan çalışmaların ortak noktası, tarafların birbiri ile sempatik ve empatik bir bağlantı kurabilmesinden geçtiğini göstermektedir. Hatalı kurulan ve devam ettirilen iletişimin sorunlara neden olduğunda bahsedilmiştir. Hastaların genellikle sağlıklı iletişim kuran sempatik doktorlarla daha iyi anlaşma, anlamadıkları durumları doktora çekinmeden sorma eğiliminde oldukları düşünülmektedir. Doktorun samimi ve yardımcı olmaya hevesli davranışları hastalar üzerinde olumlu tepkiler vermesine neden olan bir empati yaratmaktadır. Bazı doktorların bu olumlu tutumu mizah kullanarak sağladıkları, bazı doktorların ise mizahı kullanmaların olumsuz etki yarattığı söylenebilmektedir. Bireylerin, karakter farklılıkları, içinde buldukları sıkıntılı ve endişe verici durum sağlık iletişiminin zor bir süreç olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Sağlık kurumlarında iş akışının yoğunluğu, doktorların hasta ile ilgilenme görevlerinin dışında uzun saatler çalışmalarını ve toplantılar yapmalarını gerektiren idari görevleri, hastanın sağlık durumuyla ilgili yardım istediği müdahale durumlarında tahammülünün azalmasına neden olmakta, dolayısıyla hastanın anlamadığı bir noktayı doktora sorma isteği doktorların rahatsız olmasına ve sinirlenmesine yol açabilmektedir. Önemli olanın tedavi sürecinin verimliliği olduğu unutulmamalıdır. Stresli bir ortamda iletişim kurmaya çalışan iki taraf yani hasta ve doktora, tedavi sürecinin önemini hatırlatma rolü ikincil taraflara yani hasta yakınlarına düşmektedir. Hasta yakınları öncelikle doktorların müdahale etmelerine olanak vermeli, daha sonra bilgi paylaşmalarını istemelidir. Aksi durumda iletişimin kopması ve sorunlar çıkması kaçınılmazdır.

2.4.2. Hasta Yakını ve Doktor İletişimi

Sağlıklı bir iletişim kurulabilmesi ve sağlık iletişiminin doğru şekilde başlayıp sürmesi için sağlık sağlayıcıları tarafından hastaya gösterilen ilgi ve hoşgörünün hasta yakınlarına da gösterilmesi gerekmektedir. Hasta yakınları en az hastanın kendisi kadar anlayış ve empatik davranışa ihtiyaç duymaktadırlar. Bu noktada sağlık sağlayıcıları empati becerilerini etkili kullanılmalı, karşısındaki kişilerin duygularını anlamaya çalışmalıdır. Her insan yaradılışlarının gereği olarak sağlık konusunda yardım ve desteğe ihtiyaç duyabilir, sağlık hizmeti almak için çeşitli kurumlara başvurabilirler. Bu bilince

sahip olarak sağlık profesyonelleri hasta ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurabilmektedir.

Hastanın kendisi tedavi altına alındığında, hasta yakınları için endişeli ve stres altında bir bekleme süreci başlamış olur. Hasta yakınları sağlık sağlayıcıları tarafında düzenli olarak bilgilendirilse de ortada bir bilinmeyen vardır. Örneğin; hasta yakınları hastalarına yoğun bakımda, ameliyat öncesinde ya da sırasında ameliyathanede neler yaşandığı, durumlarının nasıl olduğunu, tedavi sürecinin ne şekilde ilerleyeceğini bilmek isterler. Bu noktada sağlık profesyonellerinin bilgi alışverişi sürecini en iyi bir şekilde yönetmeleri ve hasta yakınlarını tatmin edici bir biçimde bilgilendirmeleri gerekmektedir. Bu sayede hekime karşı güven duygusu gelişmekte, hasta yakınlarının endişe ve stres seviyesi azalmaktadır.

Sağlık kurumlarında iyi bir iletişim ortamının sağlanabilmesi için iletişimin her iki tarafına yani sağlık sağlayıcıları ve hasta yakınlarına bazı sorumluluklar düşmektedir. Hasta yakınları ile olası çatışmaların önüne geçilmesi için sağlık profesyonelleri yapılan işlemleri, tıbbi terimlerden uzak ve anlaşılır bir şekilde ifade etmelidir. Karşılarındaki kişini içinde bulunduğu duygu durumu, farklı meslek ve demografik özelliklere sahip olduğu unutulmamalıdır. Hasta yakınları ise; önceliğin hastanın sağlığına kavuşması olduğunu unutmamalıdır. Sağlık sağlayıcılarının gerekli işlemi yapmalarına olanak tanıyan ve gereksiz olarak yetkin olmadıkları alanlara girmekten kaçınmaları gerekmektedir.

2.4.3. Sağlık Profesyonellerinin İletişimi

Sağlık kurumlarında karşılaşılan çok kültürlülük kaynaklı problemlerin zme ulaştırılması için şu uygulamalar faydalı olacaktır (Temel, 2008, ss.95-98):

- Kültürlerarası bakım yaklaşımı üzerine eğitim programları sağlık personellerine verilmelidir. Kültürel farklılıklara yönelik verilen dersler ve eğitimler öğrencilerin çok kültürlülüğe yönelik bir kavrayış geliştirmesine araç olmasının yanında onlara farklılıklara karşı geliştirecekleri davranışlara yönelik modeller de sunabilecektir.

- Kültürel özelliklerin ortaya çıkması, bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda etnik grupların karakteristik özelliklerinin çalışılmasını gerektirmektedir (Fry, Degazon, 2002). Kültürel farklılıklara yönelik yapılan her türlü çalışmanın yaygınlaştırılması sağlık personelinin karşılaşacağı farklı kültürlerden gelen hastaların genel özelliklerini tanımada bir yol gösterici nitelik taşır. Bu bağlamda bilgi akışının sağlanması sağlık personelinin önyargılarından, etnosentrik eğilimlerinden ve kalıp yargılarından sıyrılmasına katkı sağlayan araç niteliğine bürünecektir.

Sağlık personelinin iletişim becerilerini arttırmaya yönelik faaliyetlerin önemli bir kısmını akademik eğitimleri sırasında gerçekleştirmek özellikle önem arz etmektedir. Sağlık alanındaki öğrencilerin öğrenim gördükleri süreçte iletişim becerilerine yönelik dersler, eğitimler ve seminerlerden faydalanması profesyonel yaşantılarında onların bu bilgileri uygulamasına katkı sağlayacaktır. Örneğin, Bingöl ve Demir'in (2011) Amasya Sağlık Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, öğrencilerin akademik başarı düzeyleri ile iletişim becerisi algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmanın öneriler kısmında ortaya konan bazı maddeler de sağlık iletişimine yönelik yol gösterici niteliktedir. Bunlar:

- Sağlık alanında görev yapacak kişilere henüz öğrencilik sürecinde hasta ile yüz yüze etkileşime geçmeden önce etkili iletişim tekniklerine yönelik uygulamalı eğitimler verilmesi
- Eğitim programlarında özel durumu olan ya da özellikli olarak sağlık hizmeti alması gereken kişiler ile iletişime yönelik (kanseri hasta ile iletişim, ameliyat süreci iletişimi, yoğun bakım hastası ile iletişim, doğum süreci iletişimi, psikiyatri hastası ile iletişim, yaşlı hasta ile iletişim, öfkeli hasta ve hasta yakını ile iletişim, kötü haber verme sırasında iletişim becerileri vb.) çeşitli eğitimlerin sunulması,
- Sağlık öğrencilerine uygulamalı klinik eğitimler öncesi iletişim konulu drama eğitimi verilmesi ve bu eğitim içeriğinde sağlık alanında çalışacak öğrencilere iletişim sorunlarını konu alan senaryo yazdırılması ve bu senaryonun gruplar arası tartışılması (Bingöl , Demir, 2011, s.158) olarak sıralanmıştır.

Belirli bir konuda uzmanlaşarak sağlık sağlayıcı rollerini gerçekleştiren ebeler üzerinde empatik iletişim becerileri üzerine yapılan bir çalışmada (Akgöz , Karavuş, 2005), iletişim becerileri yüksek olan ebelerin mesleki gelişmelerine daha istekli ve yaptıkları işten tatmin oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Bu noktada her meslekte olduğu gibi mesleği sevmenin işin etkinliğine yönelik performansı arttıracak bir ön koşul olarak gözümüze çarpsa da, sağlık alanında mesleği sevmenin önemi daha da çarpıcı hale gelmektedir. Çalışmanın öneriler kısmında Akgöz ve Karavuş iletişim becerilerine yönelik öneriler de getirmektedir. Bunlardan bir tanesi, empatik iletişimin iki yönlü hareketli bir süreç olduğu, hastaların da iletişimin başarısında doğrudan etken olduğu için hedef kitle olan hastalara ve genel olarak topluma yönelik iletişim eğitimi ve iletişime yönelik araştırmaların teşvik edilmesi üzerinedir. Bu bağlamda bakıldığında gerçekten de hastaların sağlık personeli tarafından anlaşılmasının yanında hastanın kendini de ifade edebilmesi oldukça önem arz etmektedir. Çünkü kendini doğru ifade edemeyen bir hastaya karşı sağlık personelinin herhangi bir çabası verimli bir sonuca ulaşmaktan yoksun kalacaktır. Doğum için başvuran gebeler ve empatik iletişim beklentileri üzerine yapılmış olan bir başka çalışmaya göre (Seyhan vd., 2014), gebelerin ebeler tarafından karşılanmasını bekledikleri empatik iletişim özelliklerinin başında saygı görme gelmektedir. Bu beklentiye güler yüzlülük, ilgili davranma, güvenilirlik ve karşısındakini iyi dinleme takip etmektedir. Sağlık profesyonelleri yaşlı hastalar ile iletişim kurarken (Akgün, 2012, ss.53-55),

- Görme güçlüğü olan yaşlı hastalar için, odaya girdiğinde ismini vermeli, yaptığı müdahaleleri sesli olarak ifade etmeli, yazılı bilgiyi hastanın soru sormasına fırsat vererek açıklamalı, odadan çıkarken haber vermelidir (Üstün vd.,2005).
- İşitme güçlüğü olan yaşlı hastalar için, ortamdaki diğer sesler kapatılmalı (televizyon vb), ağızdaki maske çıkarılarak konuşulmalı, hızlı konuşulmamalı, sözsüz iletişim etkili kullanılmalı (beden dili vb), hasta eğer söylenenleri anlamakta zorlanır ise farklı kelimeler ile tekrar edilmeli ve sık sık geribildirim alınmalıdır. (Üstün vd., 2005).
- Dil problemi (ses, konuşma ve lisan güçlükleri) olan yaşlı hastalar için, mümkün olduğunca yavaş ve akıcı bir biçimde konuşulmalı, tıbbi terimler kullanılmamalı,

açık direktifler verilmeli, tek seferde çok fazla bilgi verilmemeli, hastada karışıklığına yol açabilecek örneklerden kaçınılmalıdır (Bal, 2013, s.113).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME BECERİLERİ: DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Bir doktorun genel olarak iletişim veya kişilerarası iletişim becerileri, doğru tanıyı kolaylaştırmak, uygun şekilde tavsiyede bulunmak, tedavi talimatları vermek ve hastalarla sağlık konusunda ilişki kurmak için bilgi toplayabilme yeteneğini kapsamaktadır. Bu beceriler, tıp eğitiminde öğrenilen teknik bilgilerin pratikte uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Yine de sadece eğitim sürecinde edinilen bilgiler, hasta ile sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması için gerekli olan sonucu ve hasta memnuniyetini sağlamak için yeterli değildir. Doktorların, çalışma ortamında meslektaşlarından ve günlük rutinlerinde karşılaştıkları kişiler aracılığıyla öğrenme süreçleri devam etmektedir.

Sağlık iletişiminde doktor - hasta - hasta yakını üçgeninde sosyal ve duygusal öğrenmenin etkileri tartışılmaktadır. İletişim temelli sorunlardan kaçınmaya çalışan doktorların, bu sorunlara açıklık getiremedikçe ve çözemediklerinde sıkıntı çektikleri ve bu durumun iş memnuniyetini ve performanslarını etkilediği düşünülmektedir. Bu araştırmada doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerileri hakkında bilgi sahibi olunması hedeflenmiştir.

3.1. Yöntem

Doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin ölçümlendiği bu araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmaktadır. Doktorların katılımıyla sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ölçeği doktorlar ile birebir görüşülerek uygulanmıştır. Bu sayede sağlık kurumunda kişilerarası ilişkilerin işleyişine dair gözlem yapabilme, klinikte sıra bekleyen hastaların davranışları hakkında fikir sahibi olabilme, olası sorunların ve tartışmaların çıkış noktasına ait ipuçlarını arama fırsatı bulunmuştur. Anketin uygulanmasında maddelerin doğru şekilde cevaplanması adına elektronik posta ile katılımcılara ulaştırılması uygun görülmemiştir. Anketlerin katılımcılar ile bire bir görüşülerek uygulanması sonucunda elde edilen bu bilgiler anket uygulaması sonucunda

toplanan verinin çözümlenmesi ve bulguların anlamlı şekilde analizinin yapılmasında kolaylık sağlamıştır.

3.2. Amaç

Son yıllarda her alanda önemli hale gelen iletişimin sağlık alanında da kişilerarası ilişkilerde önem kazanması alanla ilgili birçok çalışmaya konu olmasına neden olmuştur. Sağlık iletişiminde, iletişim sürecine en çok etki eden karakter doktorlardır. Hasta ve doktor arasındaki, hasta yakını ve doktor arasındaki iletişimin kalitesi genel anlamıyla tüm sağlık alanındaki iletişimin kalitesini de etkilemektedir. Sağlıklı iletişim kurabilmek için doktorların mesleklerinde kişiler ile daha fazla etkileşimde bulunmaları, hasta ve hasta yakınları ile ilgilenmeleri gerekmektedir. İletişimde başarıyı yakalayabilmek için yapılan hataların bulunması ve en doğru şekilde iletişim kurmak için denemelerin devam etmesi gerekmektedir. Başka bir deyişle kişiler daha fazla pratik yaparak ya da çevresindeki kişilerin davranışlarını gözlemleyerek iletişim kurmayı öğrenmektedirler. Öğrenilebilen her davranış gibi iletişim davranışının da farklı kişi ve ortamlarda tekrarlanması esastır. Bu mantıkla doktorların diğer meslektaşları ile aynı ortamda bulunarak hasta ile iletişim kurmayı öğrenebileceği varsayılmaktadır. Bunun için de yeterli beceriye sahip olup olmadıkları ortaya çıkmalıdır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Araştırma, tarama modelinde (survey) gerçekleştirilmiştir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan İç Hastalıkları Anabilim Dalı doktorlarının sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ve iletişim becerileri betimlenmiştir. Bu aşama araştırmanın durum saptamasına yöneliktir. Elde edilen bulgular alanda yapılmış yayın ve çalışmalarla anlamlandırılmıştır. Literatür taraması ve anket uygulaması araştırmanın temel teknikleridir. Literatür taraması kısmında Türkçe ve yabancı kaynaklar, arama motoruna (Google Scholar, Scopus vb.) sağlık iletişimi ve iletişim konulu anahtar kelimelerin yazılması ile internet üzerinden tarama yapılması ile başlanmış, ulaşılan yayınların referansları taban alınarak taramanın genişletilmesi sağlanmıştır. Araştırma survey/tarama deseni ile nicel bir araştırma olarak uygulanmıştır. Ayrıca katılımcıların sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin kişisel özellikleri ile görevlerine, cinsiyetine,

tecrübelerine, çalışma yıllarına, çalıştıkları alt birime göre değişip değişmediği ilişki olarak aranmıştır. Bu durumun performansa etkisi olup olmadığı tartışılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç hastalıkları Anabilim Dalı doktorları (uzman, akademisyen ve asistanlar dahil) oluşturmaktadır. Araştırmanın İç hastalıkları Anabilim dalı ile sınırlanmasının nedenleri arasında bürokratik sürecin gerekliliği ve hastane genelinde en kalabalık kadroya sahip anabilim dalı olması bulunmaktadır. İç hastalıkları altında birçok alt birimin (endokrinoloji, gastroenteroloji, geriatri, hematoloji, immünoloji, nefroloji, onkoloji, romatoloji ve sosyal tıp) bulunması da etkenlerden biridir. Ayrıca, uzun süreli hastalıkların tedavileri ile ilgilenen bir bölüm olması nedeniyle doktor- hasta ve hasta yakını iletişimine dair örnekler bakımından da zengindir. Bugün Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin 5. ve 6. Katlarında iki farklı klinikte sağlık hizmeti veren İç hastalıkları anabilim dalı altında 141 doktor, 150 hemşire, 6 diyetisyen 45 sağlık ve 131 idari personel görev yapmaktadır. Anabilim dalının doktor ve asistanlarına anket uygulaması yapılması planlandığından araştırmanın evreni 141'dir. Bu sayı içerisinde 39 profesör, 13 doçent, 8 uzman ve 81 asistan doktor görev yapmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflendiğinden örneklem alınmamıştır. Araştırmada belirlenen süre ve diğer sınırlılıklar nedeniyle evrenin tamamına ulaşılmamıştır. Araştırmaya katılım gönüllü olduğundan doktorlara istekleri sorulmuş, olumlu cevap verenler anketi cevaplamışlardır.

3.5. Veri toplama aracı ve analizi

Araştırmanın kuramsal kısmını literatür taraması sonucu elde edilen veriler oluşturmaktadır. Ayrıca sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ile doktorlara tıp eğitimleri sırasında verilen eğitimin etkinliğini ölçmek amacıyla anket uygulanması yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyet, çalıştıkları birim, yaş ve toplam çalışma yılı bilgilerini içeren kişisel bilgilerinin alındığı ilk kısımdan sonra Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği ile veriler toplanmıştır. Kabakçı'nın Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği, literatürde sosyal ve duygusal öğrenmenin stresle başa çıkma, problem çözme, çatışma yönetimi, benlik saygısı, sosyal beceriler vb. becerilerle ilişkisi

üzerinde durmaktadır. Ölçek, her bir alt boyutu ile 4 farklı ölçek arasında korelasyon katsayıları hesaplanarak oluşturulmuştur (Kabakçı ve Korkut, 2010). Ölçek maddelerinin alt boyutlarına göre dağılımı aşağıdaki gibidir.

Tablo 5: Alt Boyutlar ve Faktör Maddeleri

Alt Boyutlar	Faktör Maddeleri	Madde Sayısı
İletişim Becerileri	1,9,14,17,22,28,31,32,37	9
Problem Çözme Becerileri	6,7,10,11,12,16,23,25,29,30,35	11
Stresle Başa Çıkma Becerileri	2,3,5,13,18,19,21,26,27,34	10
Kendilik Değerini Arttıran Beceriler	4,8,15,20,24,33,36,38,39,40	10
TOPLAM		40

Kaynak: Kocakulah, Ad, 2015, s.243.

Verilerin elde edilmesinden sonra bilimsel yöntemlerin türleri, bu yöntemi uygulamadaki ciddiyet ve teknik olanaklar frekans dağılımı ve yüzdeler şeklinde belirtildikten sonra, ilgili grafikler elde edilerek aralarında karşılaştırmalar yapılmıştır. Veri türlerine göre uygun olan çözümlenmeleri yapıp, yanılma payı % 5 olarak alınmıştır. Çözümlenmelerde IBM Uyumlu SPSS 23.0, Windows ve Microsoft Excel yazılımları kullanılmıştır.

3.6. Verilerin Çözümlemesi

SDÖBÖ – Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği, öncelikle ortaokuldaki öğrencileri, daha sonra da üniversite dönemindeki öğrenciler ve yetişkinler üzerinde uygulanmıştır (Kocakulah , Ad, 2015). Toplamda 40 maddeden oluşan ve Likert tipi ile dört dereceli bir ölçektir. Bu dereceler sırasıyla;

- 1- Hiç uygun değil
- 2- Pek uygun değil

- 3- Oldukça uygun,
- 4- Tamamen uygun

Bu araştırmada doktorlardan ölçeekte verilen maddelere göre, her bir durumun kendisine ne kadar uyduğunu 1-4 arasında derecelyerek göstermeleri istenmiştir. Ölçeğin dört alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; problem çözme becerileri, iletişim becerileri, kendilik değerini artıran beceriler ve stresle başa ıkma becerileridir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 40, en yüksek toplam puan 160' tır. Bu mantıkla 40 puan en düşük ve üzerinde çalışılması gerekli, 100 puan orta ve normal seviye, 160 puan en yüksek düzey olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıları anketi seçenekleri ile doldurduktan sonra yapılan değerlendirmede ölçekten en düşük puanı alınması, sosyal ve duygusal öğrenme becerileri açısından yetersizliği, orta seviye puanı alması sosyal ve duygusal öğrenmenin ideal ve geliştirilebilir olduğunu ve yüksek puan alınması ise sosyal ve duygusal öğrenme becerileri açısından yeterliliğin oldukça fazla olduğunu ifade etmektedir.

3.7. Bulgular ve Yorum

Bir ölçme aracında ilk bakılması gerekenler geçerlilik ve güvenilirliktir. Ölçek güvenilirliği ve geçerliliği, ölçeğin kalitesini ve kullanışlılığını gösteren iki teknik özelliktir. Kullanılan ölçeğin uygunluğunu değerlendirirken bu özellikleri incelemek gerekmektedir. Bu bölüm, bu iki karmaşık fikrin basitleştirilmiş bir açıklamasını sunmaktadır. Ayrıca elde edilen verilerin yorumlarını içermektedir. Güvenilirlik, bir ölçme aracının güvenilir veya tutarlı bir şekilde cevaplanıp cevaplanmadığını ölçtüğünü ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle bir kişi anketi tekrar yaptığında, benzer bir anket puanına mı, yoksa farklı bir puan mı alacağını göstermektedir. Ölçeği tekrarlayan bir kişi için benzer puanlar veren bir ölçme aracının, bu özelliği güvenilir bir şekilde ölçüm yaptığı söylenebilmektedir. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ölçeğinde toplamda 40 maddeyi içeren güvenilirlik değerlendirmesinin sonucunda ölçeğin tamamının güvenilirliği ,928 bulunmuştur.

Tablo 6: Güvenilirlik Analizi - Cronbach's Alfa Değeri

Cronbach's Alfa Değeri	Madde Sayısı
,928	40

Cronbach's alpha, ölçeğin iç tutarlılık ölçüsüdür, yani, bir dizi ögenin grupla ne kadar yakından ilişkili olduğunu açıklamaktadır. Ölçek güvenilirliği ölçüsü olarak kabul edilmektedir. İç tutarlılığın ölçülmesine ek olarak, söz konusu ölçeğin tek ya da çok boyutlu olduğuna dair ek analizler yapılabilmektedir. Ölçekte yer alan dört alt boyutun geçerlilik analizi sonuçları problem çözme becerilerinde ,858; stresle başa çıkma becerilerinde ,528; iletişim becerilerinde ,837 ve kendilik değerini artırma becerileri boyutunda ,884 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Alt Boyutların Güvenilirlik Analizi

Problem Çözme Becerileri	
Cronbach's Alfa	Madde Sayısı
,858	11

Stresle Başa Çıkma Becerileri	
Cronbach's Alfa	Madde Sayısı
,528	10

Kendilik Değerini Arttıran Beceriler	
Cronbach's Alfa	Madde Sayısı
,884	10

İletişim Becerileri	
Cronbach's Alfa	Madde Sayısı
,837	9

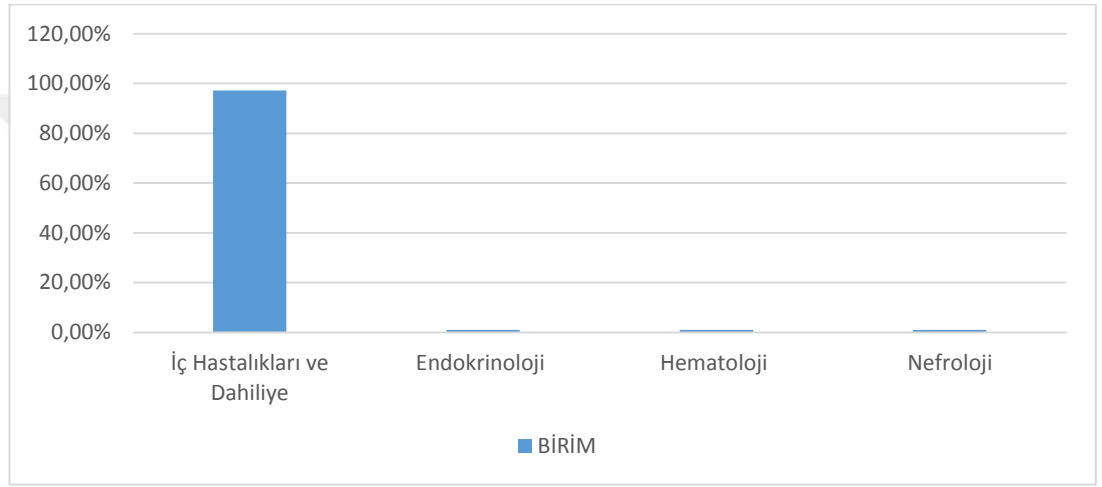
Kabakçı ve Korkut Owen (2010) tarafından geliştirilen “Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği” ortaokul seviyesindeki öğrencilerin eğitim ve akademik açıdan öğrenme becerilerini ölçmek için kullanılmıştır. Daha sonra Kocakulah ve Ad tarafından (2015) Marmara Bölgesi’ndeki bir eğitim fakültesinde toplam sekiz farklı bölümden 514 öğretmen adayı ile ölçeğin yeni mezun öğretmen adayları ve yetişkinler üzerinde geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Kocakulah ve Ad tarafından ölçeğin geneline ait Cronbach-alpha güvenilirlik katsayısı ,890 olarak bulunmuştur. Her

bir faktörün Cronbach-alpha güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla, iletişim becerileri .683, problem çözme becerileri .810, stresle başa çıkma becerileri .615 ve kendilik değerini arttıran beceriler .874 olarak belirlenmiştir ve bulunan güvenilirlik katsayıları güvenilirliği için yeterli bulunmuştur. Bu doktora tezinde doktorlar üzerinde yapılan araştırmada alt boyutların iç tutarlılık katsayıları yaklaşık değerlerde, genel geçerliliği daha yüksek çıkmıştır. Cronbach Alfa değerinin 0.5'ten büyük olduğu durumlar kabul edilemez, 0.6 – 0.5 arasındaki değerler zayıf, 0.6-0.7 arasındaki değerler sorgulanabilir, 0.7 – 0.8 arasındaki değerler kabul edilebilir, 0.8 – 0.9 arasındaki değerler iyi ve 0.9'dan büyük olduğu durumlarda mükemmel kabul edilmektedir. Bu araştırmada kullanılan anketin geçerlilik değeri 0.92 olduğundan sonuçları mükemmel kabul edilebilmektedir. Ölçek hem bireysel hem de grup olarak uygulanabilecek nitelikte olup maddeleri cevaplama süresi en az 8 en çok 15 dakika olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yakın zamanda (2015) gerçekleştirilmiş ve yetişkinler üzerinde yapılmış geçerlilik analizi birçok etmen dolayısıyla güncelliğini korumaktadır. Ölçeğin yabancı dilden çevrilmiş değil, Türkçe geliştirilmiş ve olduğu gibi uygulanabiliyor olması dil geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

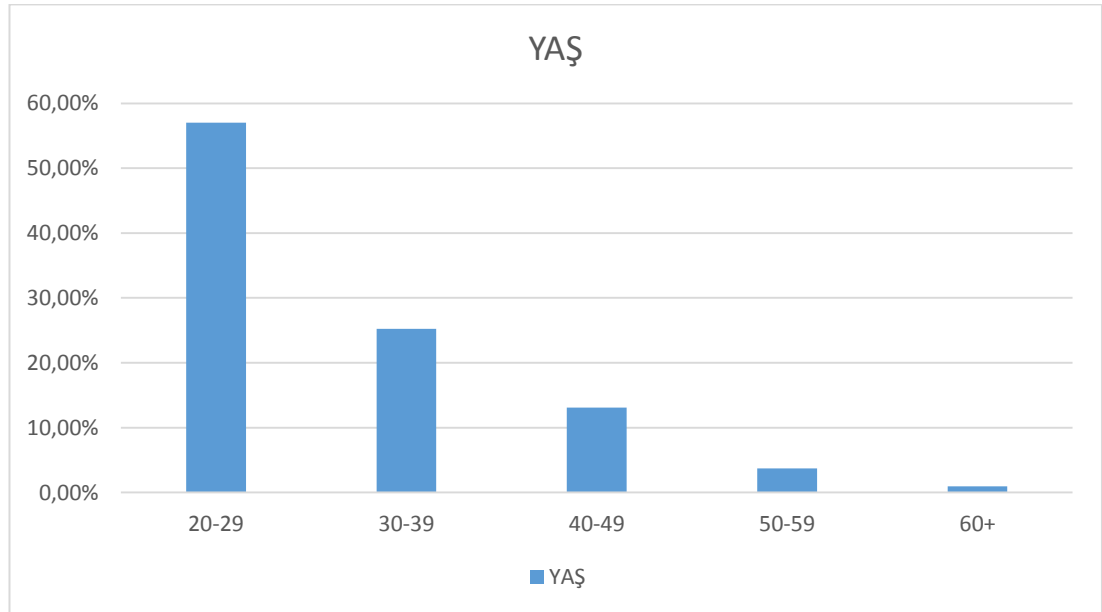
Yapılan araştırmada toplamda 141 kişiden oluşan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş fakat katılımın gönüllü olması, iş yoğunluğundan doktorların katılım sağlayamaması ve acil durumlarda anket uygulaması için yapılan görüşmenin yarıda kalması ve katılımcıya tekrar ulaşamaması nedenleriyle 107 kişi anket sorularını cevaplamıştır. Katılımcılara çalıştıkları birim sorulmuştur. İç hastalıkları biriminin altında 9 alt birimin bulunması nedeniyle istenen bu bilgiyle, birimler arasındaki sosyal ve duygusal öğrenme becerilerine ve doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerileri seviyelerine açıklık getirebileceği düşünülmüştür. Fakat katılımcıların çalıştıkları birimin sorulduğu kısma “iç hastalıkları”, “tıp fakültesi” ve “ege üniversitesi” olarak cevap vermeleri nedeniyle çalıştıkları birimin değişkenlik özelliği ortadan kalkmıştır. Katılımcılardan yaklaşık %97'si çalıştıkları birimi iç hastalıkları olarak cevaplamıştır. Bu nedenle katılımcıların tamamı İç Hastalıkları Anabilim Dalı olarak ele alınmıştır. Aynı zamanda katılımcılardan toplam yaşları sorulmuş, fakat elde edilen veriler değerlendirildiğinde yaş aralıkları konusunda katılımcılar arasında eşit bir dağılım olmadığından değişken olarak değerlendirilmemiştir. 20- 29 yaş arası katılımcılar toplam sayının %57 'sini oluştururken, 60 yaş üzeri olduğunu belirten sadece bir katılımcı

bulunmaktadır. Buldukları birimde toplam çalışma yılının sorulduğu kısımda verilen cevaplar toplandığında 4-6 yıl arası çalışanlar ile 7-9 yıl arası çalışanlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıksa da bu yılların birbirine yakınlığı nedeniyle yoruma dahil edilmemiştir. Buna rağmen; yaş, birim ve çalışma yılı değişkenleri ve boyutlar arasında anlamlı bir ilişki kurulamaması nedeniyle araştırma bulgularına dahil edilmediğine ait grafikler kanıt niteliğindedir ve aşağıda verilmiştir.

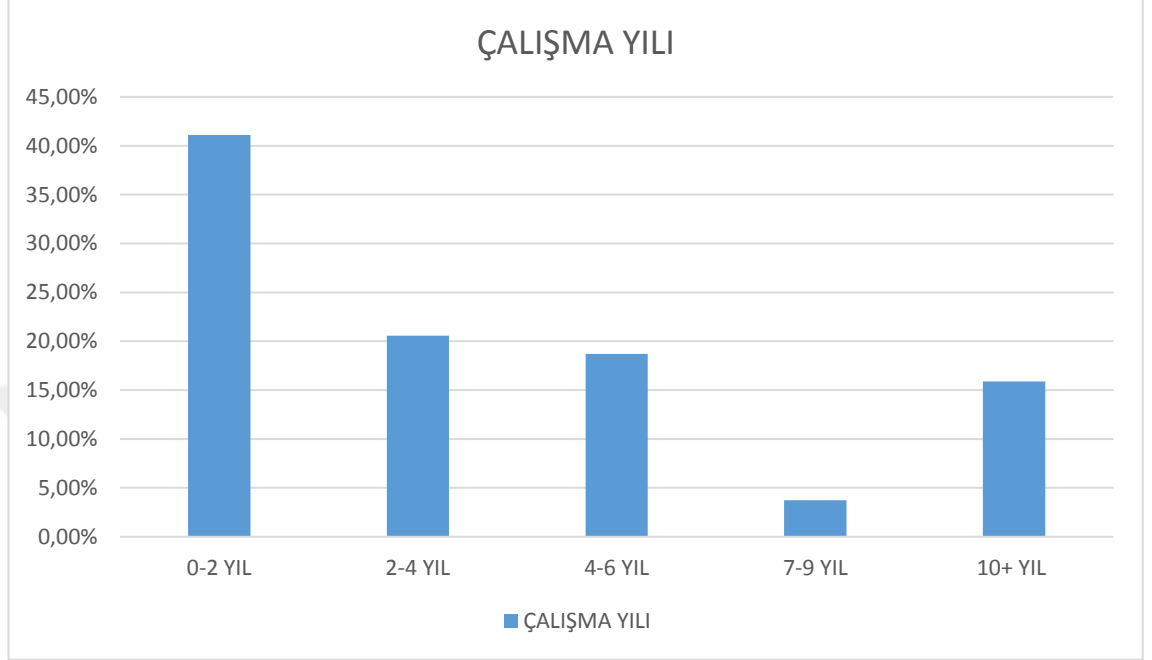
Grafik 1: Katılımcıların Çalıştıkları Birimler



Grafik 2: Katılımcıların Yaş Aralığı



Grafik 3: Katılımcıların Toplam Çalışma Yılları



Ölçek verilerine göre cinsiyet kısmına verilen cevaplara bağlı olarak, cinsiyet değişkeni olarak kabul edilmiştir. Bu kısımdaki cevaplarda normal dağılım gözetildiğinden fark testi uygulanabilmiştir. Aşağıda katılımcıların cinsiyete göre dağılımları verilmektedir. Katılımcıların %56.07'si kadın, %43.93'ü erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyet başta olmak üzere diğer demografik verilerin, tek değişkene göre sıklık değerleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 8: Demografik Verilerin Sıklık (Frequency) Değerleri

BİRİM					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli yüzde	Birikmiş yüzde
Değerler	İÇ HASTALIKLARI/ DAHİLİYE	104	97,2	97,2	97,2
	ENDOKRİNOLOJİ	1	,9	,9	98,1
	HEMATOLOJİ	1	,9	,9	99,1
	NEFROLOJİ	1	,9	,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	
CİNSİYET					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikmiş Yüzde
Değerler	KADIN	60	56,1	56,1	56,1
	ERKEK	47	43,9	43,9	100,0
	Toplam	107	100,0	100,0	
YAŞ					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli yüzde	Birikmiş yüzde
Değerler	20-29	61	57,0	57,0	57,0
	30-39	27	25,2	25,2	82,2
	40-49	14	13,1	13,1	95,3
	50-59	4	3,7	3,7	99,1
	60+	1	,9	,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	
YIL					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli yüzde	Birikmiş yüzde
Değerler	0-2 YIL	44	41,1	41,1	41,1
	2-4 YIL	22	20,6	20,6	61,7
	4-6 YIL	20	18,7	18,7	80,4
	7-9 YIL	4	3,7	3,7	84,1
	10+ YIL	17	15,9	15,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Sonuç olarak demografik değişkenlerden cinsiyet verileri alt boyutlar ile karşılaştırılmış, aralarında anlamlı ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu sayede Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında çalışan doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerileri hakkında açıklamalarda bulunulmuştur.

Bağımsız gruplar için t testi, iki gruba ait olan ortalamalar arasında farklı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan bir istatistiksel analiz yöntemidir. Temel varsayımları; grupların birbirinden bağımsız olmaları (örneğin kadınlar ve erkekler, sigara içenler içmeyenler gibi), gruplardan elde edilen ölçümlerin en az eşit aralıklı ölçek düzeyinde ölçülmüş olmaları ve her bir grupta ölçümlerin normal dağılım gösteriyor olmalıdır. Bu araştırmada bağımsız değişken cinsiyet olduğuna göre, cinsiyetin sosyal ve duygusal öğrenmedeki alt boyutlarına göre anlamlı ilişkide olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 9: Grup İstatistikleri

Grup İstatistikleri					
	CİNSİYET	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Ort. Hatası
İLETİŞİM	KADIN	60	2,9463	,48389	,06247
	ERKEK	47	2,9645	,56137	,08188
PROBLEM	KADIN	60	3,0076	,36567	,04721
	ERKEK	47	3,1818	,47842	,06979
STRES	KADIN	60	2,4400	,33759	,04358
	ERKEK	47	2,4723	,36457	,05318
KENDİLİK	KADIN	60	2,9150	,48322	,06238
	ERKEK	47	3,0702	,53402	,07790

Bu tabloda ölçeğin alt gruplarına kadın ve erkek katılımcılar tarafından verilen cevapların grup istatistiği gösterilmektedir. Her maddenin katılımcılar tarafından 4 alternatif ile değerlendirildiğinden bahsedilmiştir. 2 değeri “pek uygun değil” ve 3 değeri “oldukça uygun” anlamına gelmektedir. Bu tabloya göre kadınlar ve iletişim, problem çözme, stresle başa çıkma ve kendilik değerini artırma becerileri alt boyutlarında çoğunlukla 3’e yakın yani oldukça uygun kategorisinde cevaplar vermişlerdir. Erkekler

ise en yüksek puanı problem çözme becerilerinde vermişlerdir. Bu durumda katılımcıların genel olarak en yüksek puanı problem çözme becerilerinden aldığı, katılımcılardan çoğunun kadınlar olmasına rağmen erkeklerin problem çözme becerilerinin kadınlardan daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 10: Korelasyon Değerleri

Korelasyon Değerleri					
		İLETİŞİM	PROBLEM	STRES	KENDİLİK
İLETİŞİM	Pearson Korelasyon	1	,801**	,441**	,752**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	Toplam Sayı	107	107	107	107
PROBLEM	Pearson Korelasyon	,801**	1	,403**	,727**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	Toplam Sayı	107	107	107	107
STRES	Pearson Korelasyon	,441**	,403**	1	,492**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	Toplam Sayı	107	107	107	107
KENDİLİK	Pearson Korelasyon	,752**	,727**	,492**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	Toplam Sayı	107	107	107	107
(**. Korelasyon değeri 0.01 (2-tailed) değeri ile anlamlıdır.					

Değişkenler ve boyutlar arasında anlamlı ilişki olup olmadığının anlaşılması için korelasyon katsayılarına bakmak gerekmektedir. İlişki düzeyi 0-0,29 arasında ise zayıf, 0,30- 0,64 arasında ise orta, 0,65 – 0,84 arasında ise kuvvetli/ yüksek ve 0,85 – 1 arasında ise çok kuvvetli / çok yüksek ilişki olduğu söylenebilmektedir. Yukarıdaki tabloda Sig.2 - Tailed kolonunda eksi (-) değerli bir sonuç çıkmadığından verilen cevapların alt boyutlarda olumlu olduğu görülmüştür.

Anlamlı ilişki olup olmadığı konusunda çıkan sonuç 0,05'ten küçük olması gerekmektedir. Bu sayı elde edilen verinin %95 güvenilir, %5 hata payı olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmada ($p,000<0.01$) olarak bulunmuştur. Sonuçlar;

korelasyon değeri 0.01'den küçük olduğu için anlamlı ve ilişkilidir. Aynı zamanda %99 güvenilir ve %1 hata payı kabul edilmektedir.

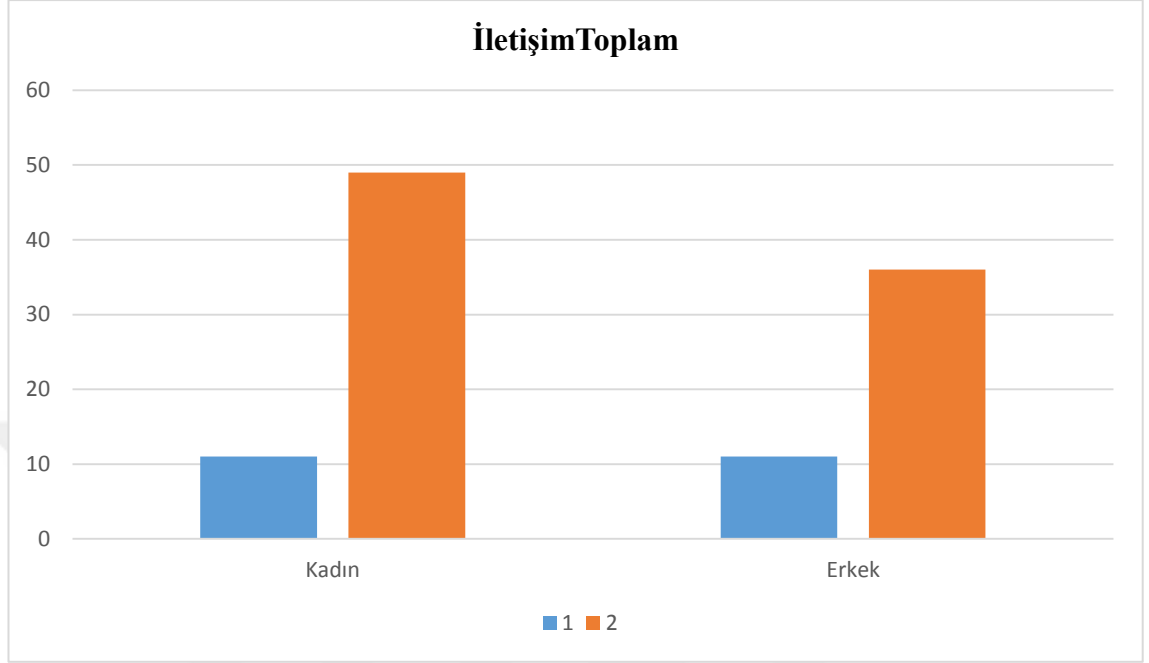
Araştırmada, daha önce de bahsedildiği gibi, toplam 40 maddeden en fazla 160, en düşük 40 puan alınabilmektedir. En düşük puana yaklaşıldıkça sosyal ve duygusal öğrenmenin düştüğü, en yüksek puana varıldığında da sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin kişisel ve mesleki gelişim için oldukça yeterli kabul edilmektedir. Orta seviye 100 puan olarak belirlenmiştir. Bu mantıkla, araştırma sonuçlarında seviyenin, olası sorunları ortadan kaldırabilmek ve gelişim sağlanabilmesi için 100 puandan düşük olmaması beklenmektedir.

Tablo 11: Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Düzeyleri

Tanımlayıcı İstatistikler					
	Toplam Sayı	En düşük	En Yüksek	Ortalama	Std. Sapma
Toplam	107	91,00	153,00	114,8879	15,22493
Geçerli Madde Sayısı	107				

Bu tabloya göre, İç Hastalıklarında çalışan doktorların aldıkları en düşük puan 91, en yüksek puan ise 153'tür. Bu sonuçları farklı değişkenlerle kıyaslamadan genellemek, örneğin; mesleki tecrübe arttıkça sosyal ve duygusal öğrenme seviyesi artar demek doğru olmaz. Bu genellemeyi yapabilmek için yaş aralığında normal bir dağılım gözetmek gerekmektedir. Ege Üniversitesi İç hastalıkları Anabilim Dalı doktorlarının sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ortalaması 114,8 bulunmuştur. Genel olarak bu sonuç, doktorların sosyal ve duygusal öğrenme becerileri yüksek ve gelişim gösterebilecekleri anlamına gelmektedir.

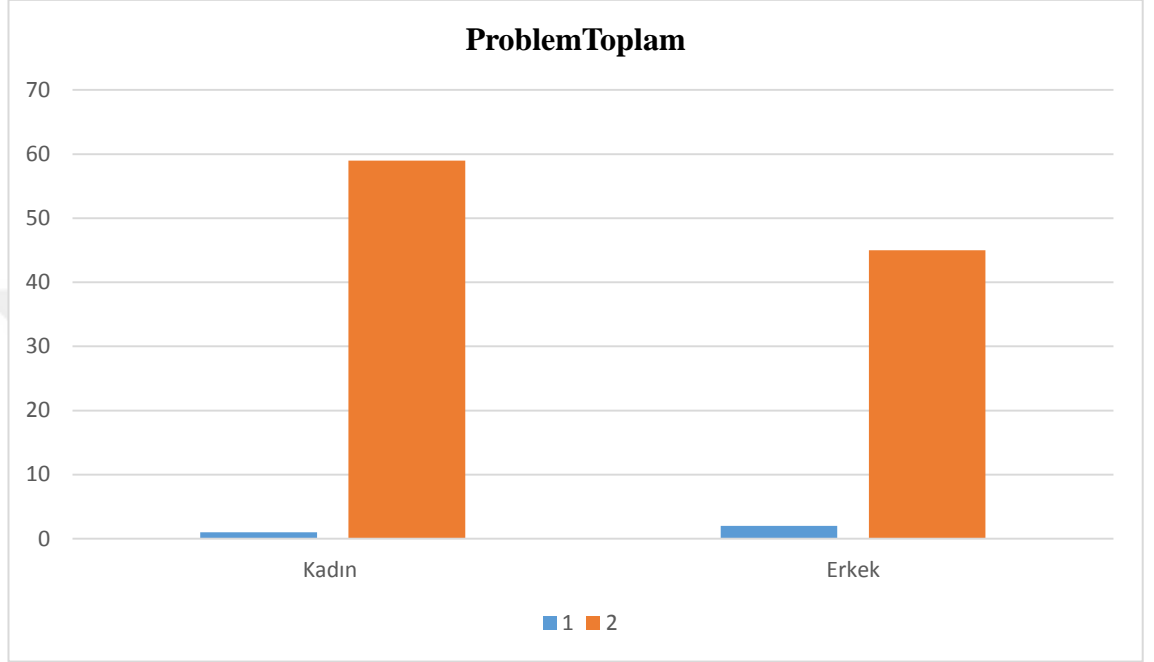
Grafik 5: İletişim Becerileri Boyutu



İletişim becerileri alt boyutunda toplamda 9 madde bulunmakta ve her maddeden en az 1 en çok 4 puan alınabilmektedir. Bu durumda iletişim becerilerinden en az 9, en çok 36 puan alınmaktadır. Bu puan aralığında 9- 22 arası puana 1, 23-36 puana 2 değeri verilerek toplam 2'ye bölünmüştür. Böylece kadın ve erkeklerin o alt boyutta seviyelerinin düşük ya da yüksek olduğu görülebilecektir. Yukarıdaki grafikte iletişim becerileri boyutunda kadın ve erkeklerin düzeyi verilmektedir. Bu grafiğe göre kadınların iletişim becerilerinin erkeklerden daha yüksek olduğu söylenebilmektedir. Kadınların konuşma ve dinleme becerilerini erkeklerden daha etkin kullanmaları, sosyal hayatlarında erkeklere kıyasla daha fazla iletişim kurmaları bu sonucun nedenleri arasında kabul edilebilmektedir. Özellikle meslek hayatlarının başlarında olan sağlık profesyonelleri hastalara daha fazla zaman ayırmakta ve iletişime daha yatkın bir tutum içinde olmaktadır. Günlük çalışma tempoları ve rutinleri, sorumluluk ve yetkileri arttıkça hastalara ayırabilecekleri zaman azalmakta, dolayısıyla iletişim kalitesi bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Sağlık kurumuna başvuran her kişinin hasta olmaması, hastalık şüphesi ile sağlık kurumuna gelmesi, sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerini kullanmaları ile gerekli bilgiyi sağlamalarını kolaylaştırmaktadır. Tıbbi müdahale dışında

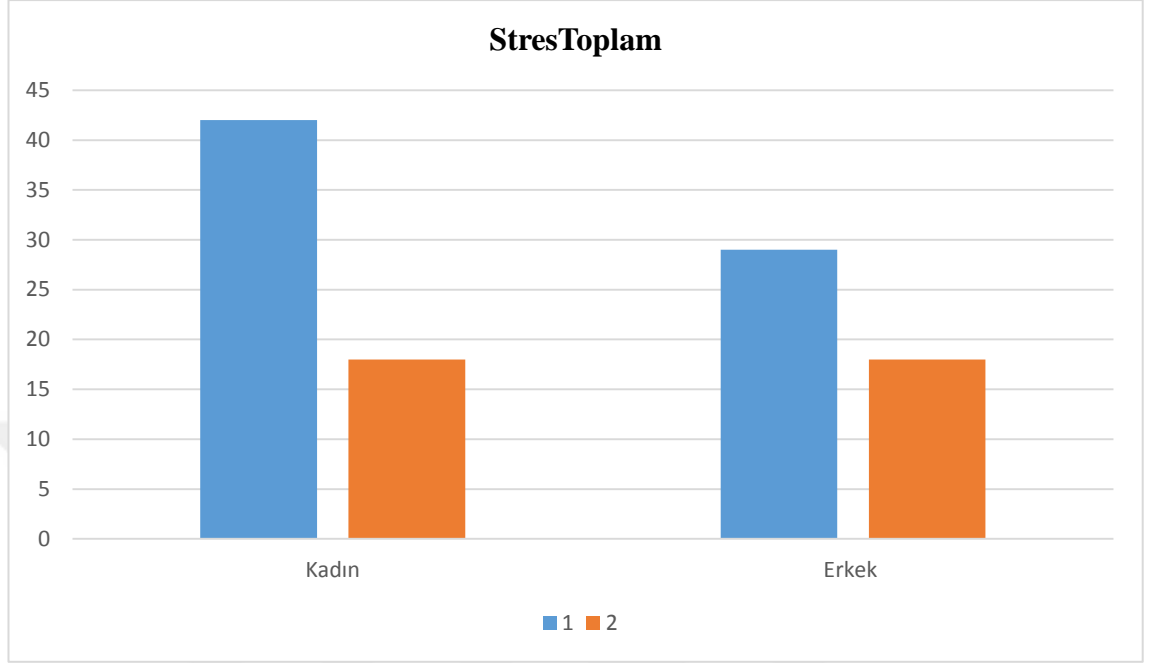
kişilerarası iletişim becerileri ile de doktorlar hasta ya da diğer kişilere müdahale edebilmektedir.

Grafik 6: Problem Çözme Becerileri Boyutu



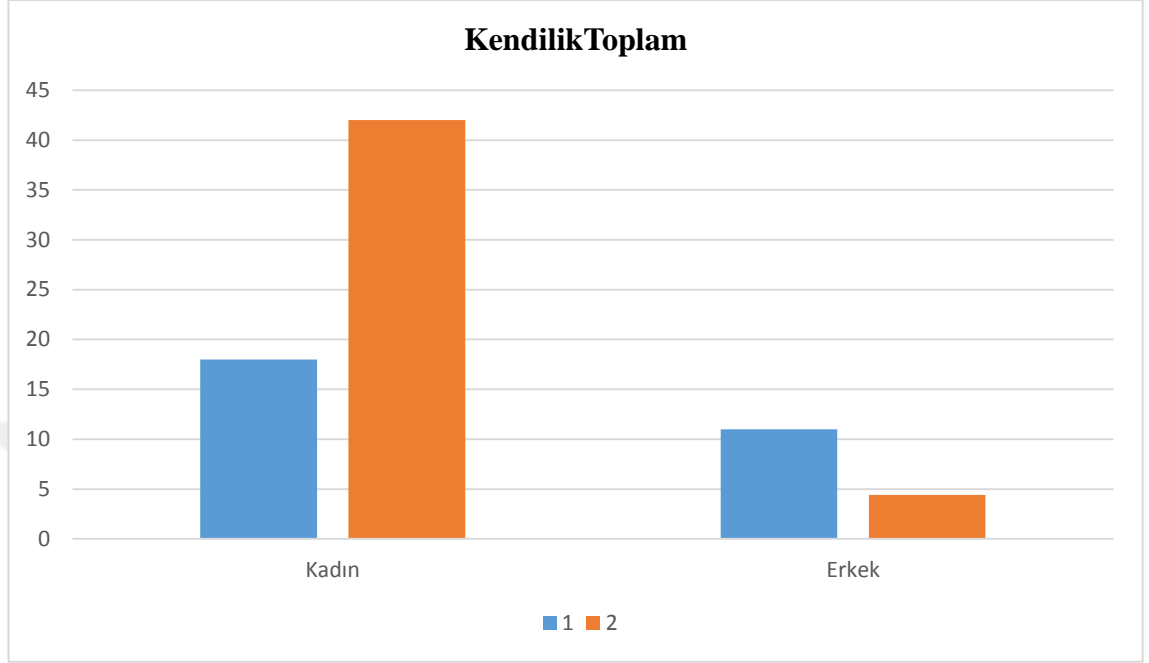
Problem çözme becerileri alt boyutunda toplamda 11 madde bulunmakta ve her maddeden en az 1 en çok 4 puan alınabilmektedir. Bu durumda problem çözme becerilerinden en az 11, en çok 44 puan alınmaktadır. Bu puan aralığında 11- 26 arası puana 1, 27- 44 puana 2 değeri verilerek toplam 2'ye bölünmüştür. Böylece kadın ve erkeklerin o alt boyutta seviyelerinin düşük ya da yüksek olduğu görülebilecektir. Yukarıdaki grafikte problem çözme becerileri boyutunda kadın ve erkeklerin düzeyi verilmektedir. Görülmektedir ki, kadınların ilk puan kategorisinde yani 11-26 arasında puan alan katılımcısı çok azdır. Erkeklerde alt puan kategorisinde kadınlara kıyasla daha fazla kişi bulunmaktadır. Genel anlamda da kadınların problem çözme becerilerinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Medyada kadın doktorun şiddete maruz kaldığı ya da tartışma yaşadığına dair haberlere sıkça rastlanmaması, kadın doktorların erkeklerden daha az tartışma yaşadığını düşündürmektedir. Elde edilen bulgulara bakıldığında, kadınların problemlerle başa çıkma, tartışmaya varmadan problemin çözümünü sağlayabildikleri söylenebilmektedir.

Grafik 7: Stresle Başa Çıkma Becerileri Boyutu



Stresle başa çıkma becerileri alt boyutunda toplamda 10 madde bulunmakta ve her maddeden en az 1 en çok 4 puan alınabilmektedir. Bu durumda stresle başa çıkma becerilerinden en az 10, en çok 40 puan alınmaktadır. Bu puan aralığında 10- 25 arası puana 1, 26 - 40 puana 2 değeri verilerek toplam 2'ye bölünmüştür. Böylece kadın ve erkeklerin o alt boyutta seviyelerinin düşük ya da yüksek olduğu görülebilecektir. Yukarıdaki grafikte stresle başa çıkma becerileri boyutunda kadın ve erkeklerin düzeyi verilmektedir. Grafığe göre, kadınların stresle başa çıkma becerilerinden aldıkları puan erkeklerden daha düşüktür. Bunun nedeni kadınların daha detaylı düşünmeleri ve olası problemleri de detaylı düşünerek ve ayrıntıları dikkate alarak çözme çabalarıdır. Bu nedenle erkeklere kıyasla daha fazla stres kaynağına maruz kalmakta, dolayısıyla stresle başa çıkmaları da güçleşmektedir. Kadın doktorlar erkek doktorlara kıyasla stresle başa çıkmak için daha fazla emek vermekte, duygusal anlamda daha fazla zorlanmaktadırlar.

Grafik 8: Kendilik Değerini Arttıran Beceriler Boyutu



Son olarak kendilik değerini arttıran becerileri alt boyutunda toplamda 10 madde bulunmakta ve her maddeden en az 1 en çok 4 puan alınabilmektedir. Bu durumda stresle başa çıkma becerilerinden en az 10, en çok 40 puan alınmaktadır. Bu puan aralığında 10-25 arası puana 1, 26 - 40 puana 2 değeri verilerek toplam 2'ye bölünmüştür. Böylece kadın ve erkeklerin o alt boyutta seviyelerinin düşük ya da yüksek olduğu görülebilecektir. Yukarıdaki grafikte kendilik değerini arttıran beceriler boyutunda kadın ve erkeklerin düzeyi verilmektedir. Bu grafiğe göre; 60 kadın katılımcılardan 42'si, 47 erkek katılımcıdan 36'sı yüksek puan kategorisinde, yani bu alt boyuttan 26-40 arasında puan almıştır. Kadınların kendilik değerini arttıran becerileri gerçekleştirme oranı erkeklerden daha fazladır. Diğer bir değişle kadınlar çalışma ortamında daha rahat hissetmesini sağlayan, sağlık kurumunu benimsemelerini sağlayan durumları daha fazla gerçekleştirebilmektedir. Hem mesleki hem de kişisel gelişimlerini devam ettirebildikleri çalışma ortamında kadınlar daha değerli hissetmekte ve bu durum iş performanslarını olumlu etkilediği düşünölmektedir. Kendini gerçekleştirme seviyesi arttıkça yapılan işten memnuniyet de artmaktadır. Bu bakış açısıyla doktorların gelişimlerini sürdürebilmeleri için kendilik değerlerini arttıracakları becerileri kullanacakları imkanlara sahip olmaları gerekmektedir.

Tablo 12: Kendilik Değerini Arttıran Becerilerin Değerleri

Cinsiyet ve Alt Boyut Karşılaştırması				
		kenditop		Toplam
		1,00	2,00	
CİNSİYET	KADIN	18	42	60
	ERKEK	11	36	47
Toplam		29	78	107

Araştırmanın planlama sürecinde, kullanılan sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ölçeği ile elde edilecek verileri yorumlamaya yol göstermesi amacıyla hipotezler belirlenmiş, bu hipotezlerin denenmesi planlanmıştır. Bu hipotezlerden ilki doktorlar diğer sektörlerde çalışanlardan daha fazla kişilerarası iletişime maruz kalıp kalmadığını irdelenmektedir. Yapılan yüz yüze görüşmelerde, ölçeğin cevaplanma süreci öncesinde ve sonrasında bir araya gelinen doktorlardan öğrenildiği üzere, her bir doktor günde onlarca hatta bazı günler yüzlerce hasta ile ilgilenmek durumunda kalmaktadırlar. Araştırmanın belki de en etkili sınırlılığı bu yoğun iş temposudur. Bu yoğunluk doktorun muayene sırasında hasta ya da yakını ile kurmayı amaçladığı iletişimin kalitesini ve etkileşimin süresini kısaltmaktadır. Yine de hipotezin tam olarak doğrulanması için diğer hizmet sektörlerinde de araştırma yapılması gerekmektedir. Buna rağmen ilk verilerde doktorların fazla sayıda insana yardım etmek, sağlık hizmeti vermek durumunda olması iletişime fazla maruz kalmasına neden olmaktadır. Bir diğer hipotezde doktorların çalışma ve sosyal hayatta iletişim becerileri iş performansları ile bağlantısı aranmıştır. Bu duruma ölçek verilerinden ve gözlemden edinilen bilgiler ile karşılık verilebilmektedir. Doktorların kendini gerçekleştirme becerileri, benlik saygısı ile ilgili olduğunda, iş ortamında kendini gerçekleştirebilen doktorların daha fazla iş tatmin yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Kendilik değerini arttıran becerilere sahip doktorlar çalışma hayatında daha az problem yaşamaktadır. Benzer şekilde duygularının farkında olan ve duygularını sağlıklı şekilde ifade edebilen doktorlar, yaptıkları işten daha fazla tatmin olmaktadır. Kendilik değerini arttıran, kendini birey olarak gerçekleştirebilen doktorların yaptıkları işten aldıkları zevk daha fazladır. Böylelikle sağlık hizmeti verirken karşısındaki kişiler ile daha samimi bir iletişim başlatma imkanı bulabilmektedir.

Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ile iletişim becerileri arasında ilişki bulunmaktadır. Sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinden biri de iletişim becerileridir. İletişimin alt boyut olması sosyal ve duygusal öğrenme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. İletişim becerisi geliştikçe bireyin problem çözme, stresle başa çıkma becerileri de artmaktadır. Mesleki ve sosyal çevresindekiler ile doğru ve kaliteli iletişim kuran doktorların iletişim engelleri ya da aksaklıkları nedeniyle çatışma yaşamaları olası değildir. İletişim çatışmaları sosyal ve duygusal öğrenme becerileri gelişimi ile azalmaktadır.



3.8. Sonuç ve Öneriler

Hayat boyu öğrenme, bireylerin iş dünyasındaki başarı stratejisinin önemli bir parçası olarak görülmektedir. İş yerinde 21. yüzyıl gelişmelerinin bütünleşmiş olarak dahil edilebilmesi için öncelikle insan kaynağının geliştirilmesi gerekmektedir. İletişim becerilerini desteklemenin yararlarını yapılan çalışmalar ortaya serse de kurumların çalışan eğitimleri ve performans yönetimine gösterdiği önem her geçen gün artmaktadır. Özellikle hizmet sektöründe çalışanların becerilerini hızlı tempolu teknolojiye dayalı dinamikler arasında güncel tutmasına yardımcı olmak için iletişime verilen değerin daha fazla alanda ele alınması gerekmektedir.

21. Yüzyılda gerek iş hayatında gerekse sosyal hayatta kişilerarası iletişimi destekleyen becerilerin gerekliliğindeki artış ya da bazı kaynaklarda “yumuşak beceriler” olarak ifade edilebilen becerilere gösterilen ilginin artmasıyla birlikte birçok iş alanında yenilikler yapılmaktadır. Yumuşak beceriler, iletişim temelli ve bireylerin karşılıklı etkileşimini esas alan becerilerdir. Özellikle sağlık hizmetleri alanında insani niteliklerin iletişim becerileri içinde önemli bir yeri vardır. İçinde bulunduğumuz dijital dönemde biraz hayalperest bir yaklaşımla öğrenmeyi ve iletişim becerilerini birleştirmek farklı yollar aramaktadır. Son zamanlarda öğrenme uzmanları, sosyal ve duygusal öğrenmenin önemini, yetenekli ve verimli çalışanlar oluşturmak için temel olarak kabul etmişlerdir. Günümüzde içinde bulunulan koşullar her alanda olduğu gibi sağlık alanında da değişimler yaşanmasına, gelişim sağlanması için diğer alanla ilişkili çalışmalar yapılmasına ihtiyacı arttırmaktadır. Bu nedenle sağlığın disiplinler arası bir kavram olarak ele alınması, olası sorunları farklı yaklaşımlar ile çözüme ulaştırmak gelişimi sağlamaktadır.

Bireylerin ana kaynağını oluşturduğu sağlık alanında sorunların yaşandığı ve çözümü için yaklaşımlar denendiği bilinmektedir. Sağlık kurumlarında bireylerin etkileşimi ile kurulan iletişim sağlık iletişimidir. Sağlık kurumuna bilgi ve hizmet almak için gelen bireylerin ilk karşılaştıkları sağlık personeli ile başlayan, doktor ya da diğer sağlık sağlayıcıları ile devam eden iletişim, karşılıklı niyetin açıkça belirtilmesi ile kaliteli şekilde devam edebilmektedir. Her birey birbirinden farklıdır. Farklı isteklere, karakter özelliklerine sahiptir. Dolayısıyla bazı durum ya da koşullara tahammül seviyeleri de farklılık göstermektedir. Sağlığını kaybetmiş bir kişinin beklenti ve endişe içinde

olduğunun farkında olarak hareket eden sağlık profesyonellerinin iletişim sorunu yaşamasının, duygusal tepkileri takip etmeyen sağlık profesyonellerine kıyasla daha az olması düşünülmektedir. Duyguların kişilerarası iletişimdeki yeri ve etkisi göz önüne alındığında, sağlık iletişiminde duygusal okuryazar olmak önemlidir.

Sağlık iletişiminde doktor, hasta ve hasta yakını iletişimin taraflarını oluşturmaktadır. İyi bir iletişim becerisine sahip olmak, doktorların hastalar ile etkili ilişkisi kurması için gereklidir. Bununla doğru orantılı olarak, birçok lisans ve doktora sonrası tıp eğitimi ve diğer medikal eğitim programlarında, etkili iletişim becerilerinin temel bir gereksinim olduğu anlaşıldığından içerik tekrar değerlendirilerek değişime uğramıştır. Hasta merkezli iletişimi kurabilen doktorlara diğer bir deyişle hastalarına zaman harcayan ve onları dinleyen doktorlara gelen talep artışı, tıpta gerek ilaç gerekse insan kaynağı olarak tüketimin artmasıyla birlikte, doktor hasta ilişkisine yönelik sağlık hizmetinin önemi artmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda sağlığın pazarlama boyutunda söz edilebilmektedir. Doktor - hasta ilişkisinin ve tıpta iletişimin öneminin bilinmesi, disiplinler arası çalışmalara fırsat yaratmaktadır.

Bahsedilmesi gereken bir diğer konu da güvendir. Güven, herhangi bir ikili ilişkinin temelidir. Doktor – hasta ilişkileri de karşılıklı dürüstlük ve güven üzerine kurulmalıdır. Araştırmalar, hasta güveni ile doktor davranışlarının hastalarda güven yaratması üzerinde durmakta, bu noktada genellikle bakım verme, tıbbi konularda yeterlilik ve diğer dikkati çeken durumlar öne çıkmıştır. Hastalar, tedavi ve sağlığın geri kazanılması için gerekli uygulamaların aktarımında bazı noktaları kapsamlı bir şekilde açıklamak için zaman ayıran, hastalara bolca soru soran, kendilerine sorulan sorulara da açık ve net cevaplar veren doktorları istemektedir. Hastaları soru sormaya ve proaktif bakımlarına dahil etmeye teşvik eden doktorlar tercih edilmektedir. Hastalar ile zaman geçiren, mizahı kullanan, hastalarıyla gülebilen, hastaların kendilerini rahat ve güvende hissetmelerini sağlayan, hastalarının endişelerini ve tedavi sürecine ilişkin görüşlerini açıkça ifade etmeye teşvik eden doktorların iletişim temelli sorunları yaşama olasılığının düşük olduğu düşünülmektedir. Doktorların bu becerileri geliştirmesi mesleki tecrübelerinin gelişmesi ile mümkün olabilmektedir.

Hastalar ve sağlık kurumundaki diğer insanlar ile etkileşim kurulması iletişim becerilerini kullanmaya ve geliştirmeye, aynı zamanda da tutum ve davranışların da değişim göstermesine neden olabilmektedir. Özellikle hayati tehlikesi fazla olan ya da tedavi sürecinin diğer hastalıklara kıyasla daha uzun zaman ve çaba gerektiren hastalıklardan Őikayetçi kişiler ile geçirilen zaman, kişilerarası iletişimin, stres yönetimi ve problem çözmeye becerilerinin gelişmesine olanak sağlamaktadır. Doktorlar işlerinin normal işleyişi içinde sürekli karar almakta ve problemlere çözüme önermek durumunda kalmaktadır. Hatta ölüm – kalım durumlarına bile müdahale etme gücüne sahip olmaları özgüvenlerinin yükselmesine, bazı durumlarda empatik davranmalarını güçleştirmektedir. Normalde kişiler bir eylemi ne kadar uzun süre gerçekleştirirse, o eylem bir rutinmiş gibi görünmeye başlamaktadır. Durum hastalarda farklıdır. Hastalar için karşılaştıkları her durum ilktir. Bu nedenle panik olmaları ve endişeli davranmaları kaçınılmazdır. Çatışmaların birçoğu da bu zıtlıktan kaynaklanmakta, çözüme yine iletişim ile mümkün olabilmektedir. Zor durumlardan en az zararla çıkabilmek, kişilerin karakter özelliği değil öğrenilebilen bir durumdur. Doktorlar için öğrenme süreci sadece lisans ya da uzmanlık seviyesinde değil, hasta ya da diğer sağlık çalışanları ile etkileşimlerin gerçekleştiği sürece devam etmektedir. Bu öğrenmelerin en etkili olanı da sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinden geçmektedir.

Sosyal ve duygusal öğrenme sağlık profesyonellerinin kişisel ve mesleki gelişimlerine yardım eden bir kavramdır. Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri; iletişim becerileri, problem çözmeye becerileri, stresle başa çıkma becerileri ve kendilik değerini arttıran becerileri kapsamaktadır. Sağlık alanında özellikle karar verme durumlarında yaşanan stres ile baş etmesi gereken doktorlar, seçimlerini detaylı bir düşünme sürecinden sonra vermek durumundadır. Yapılan seçimlerin sonuçları diğer alanlardakinden daha ciddi olabilmektedir. Sorumlu karar verme, yapıcı seçimlerin nasıl yapılacağını öğrenmeyi gerektirmektedir. Farklı ortamlarda kişisel davranış ve sosyal etkileşimler öğrenme eylemine yön vermektedir. Etik durumlar, tıbbi standartlar, güvenlik kaygıları, riskli davranışlar için doğru davranış kalıpları içerisinde doktorlar kendilerini ve başkalarının sağlığını ve geniş bir bakış açısıyla toplumun refahını göz önünde bulundurmalıdır. Sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin ve alt boyutlarının gelişmesi, çeşitli eylemlerin sonuçlarını öngörme, mevcut durumun gerçekçi bir değerlendirmesini

yapma yeteneğini de geliştirmektedir. Bu nedenle sosyal ve duygusal becerilerini geliştiren bir kişinin ikili ilişkilerde sorun yaşamadan, kaliteli iletişim kurabilmesi mümkün olabilmektedir.

Bu doktora tezinde iletişimin farklı ve genişletilmiş bir sürümü olarak sağlık iletişiminin sosyal ve duygusal öğrenme beceriler üzerinden değerlendirmesi yapılmıştır. Sağlık alanında iletişim becerileri, yasal yaptırımlar sonucu tıp eğitiminin içine dahil edilse de pratikte iletişimi etkili kullanmak doktorların hem sosyal hem de mesleki hayatlarını kolaylaştırmaktadır. Karşılıklı sözel ve sözsüz öğelerin kullanıldığı muayene ve tanı koyma sürecinde belki de dürüst ve insan beyanına dayalı bilgilere ulaşmak, sadece hastanın hayat kalitesini değil, aynı zamanda doktor- hasta ve hasta yakını üçgeninde kurulan iletişimin kalitesini de doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Sağlık alanında finansal destek sağlayanlar, ortak paydaşlar, meslek danışmanları ve kurum yöneticileri gibi süreçlere müdahale eden kişilerin ortak noktası iletişimin geliştirilebilmesi için sosyal beceriler gerektirdiği yönündedir. Bu durum da sosyal ve duygusal öğrenmenin günümüz ekonomisinde artan bir değer olduğunun ve öneminin artış göstermeye devam edeceğinin göstergesidir.

Eğitim alanında kullanılmaya başlayan sosyal ve duygusal öğrenme becerileri çocukluk ve ergenlik döneminde değil, aynı zamanda yetişkinlik döneminde de kişisel gelişime yardımcı olmaktadır. Öğrenmeyi kişiselleştirebilen yetişkinler, birbiriyle etkileşime girebilmekte, işbirliğini etkin şekilde kullanabilmekte, yüz yüze iletişimi kurup sürdürebilmekte, dolayısıyla öğrenme eyleminin alanını genişletebilmektedir. Sosyal ve duygusal öğrenme, kurum ve organizasyonlarda eğitim yöneticileri ve idari yöneticileri teşvik etmek için, sosyal ve etkileşimli yetenekleri olan gelişmiş öğrenme ortamları kurulmasını sağlamaktadır. Sosyal ve duygusal öğrenme yoluyla geliştirilen becerilerden bazıları işbirliği, iletişim, stresle başa çıkma ve problem çözmede ustalaşmaktır. Geleneksel becerilere sahip olan sosyal ve duygusal yeterlilik, çalışanların hızla gelişen dijital ekonomide başarılı olmalarını sağlamaktadır.

Sosyal ve duygusal öğrenme becerileri ölçeğinin uygulanabilirliği bu doktora tezinin araştırma aracı olarak kullanılmasıyla test edilmiştir. Yine de geliştirilebilecek bir yapıya sahip olan ölçekte, evren ve örneklem değiştirildiğinde maddelerin içeriği de değiştirilebilir. Ölçekte yer alan maddeler örneklemin yaş düzeyine ve dil becerilerine

bağlı olarak geliştirilebilir ve tekrar uygulanabilir. Ayrıca literatüre yetişkinler ile ilgili daha fazla çalışmaların eklenmesi, kavramın eğitim alanında değil diğer tüm alanlarda yer alması için gelecekte sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin farklı alan ve gruplarda çalışılmasına fırsat vermektedir.

Alan yazınında gelecek çalışmalara konu olabilecek ve detaylı araştırmalar ile birçok farklı bulgunun elde edilebileceği diğer bir konu da sağlık okuryazarlığıdır. Kişilerin sağlık okuryazarlığı kapasitesi, tıpkı karakterleri gibi eşsiz ve birbirinden farklıdır. Sağlık Okuryazarlığı kapasitesinden kasıt, bir kişinin herhangi bir konuda bir şey yapması veya başarması gereken potansiyel olarak ifade edilmektedir. Bunun yanında sağlık okuryazarlığı becerileri, insanların sağlık durumlarındaki potansiyellerini gerçekleştirmek için kullandıkları becerileridir. Bu becerileri, sağlık bilgisi ve hizmetlerini anlamlandırmak ya da başkalarına sağlık bilgisi ve hizmetleri sağlamak için uygulanan sistemler bütünüdür. Tüm sistemler gibi birçok farklı noktanın ve parçanın birleşmesi ile oluşan sağlık okuryazarlığı, ilerleyen zamanlarda sağlık ile ilgili disiplinler arası çalışmalara daha fazla konu olacağı düşünülmektedir. Sağlık alanında bilgi vermek amacından hareketle bilgiyi bulmak ve çoğaltmak, toplumun bilgilendirilme süreci, doğru şekilde anlama ve anlatma, hasta / hasta yakınlarının sağlık bilgisi ve hizmetleri hakkında karar vermesine yardımcı olmak sağlık kurumları için büyük önem taşımaktadır. Sağlık kurumlarında da toplum tarafından sağlık bilgisine erişmede engel olarak algılanan durumları ortadan kaldırmak, sağlık okuryazarlığı engellerini çözümlenmek kurumsal bir yaklaşım ile sağlanabilmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarının da dikkatini toplumun sağlık okuryazarlığını geliştirme amaçlı çalışmalara vermesi gerekmektedir. Tüm bu çalışmalar toplumun hem genel iletişim hem de sağlık konularındaki bilincin gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akgöz, S. Karavuş M. (2005) Çanakkale İli Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Ebelerin Empatik İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Med. Ethics* 13:14-19.
- Akgün E. (2006) *Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi Yöntemi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, İzmir.
- Akgün, M. (2012) Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda İletişim Güçlükleri ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;9 (2): 51-56.
- Akkoyun, F. (1995). *Transaksiyonel Analize Giriş*. Ankara. (İkinci Baskı: 1998. Transaksiyonel Analiz: Psikolojide İşlemsel Çözümleme yaklaşımı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.)
- Ajzen, I. (1991) The Theory of Planned Behaviour, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Armstrong, T. (2003). *The multiple intelligences of reading and writing – Making the words come alive*, Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria, Virginia, USA.
- Arıkanlı, A., Ulubaş, B. (2004) *Yönetim; Yönetim Fonksiyonları ve Yönetim Davranışları*, TMO Ders Notları, Ankara.
- Aslan H.S., Aslan R.O., Alparslan Z.N., Gürkan S.M., Ünal M. (1997) Hekimlerde Tükenmede Cinsiyetle İlişkili Etkenler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 22(2): 132-6.

- Atıcı E. (2003) Malign Tümör Hastalarında Etik İkilemler: Hukukun Ulaşamadığı İnce Ayrıntılar. *Medikal Etik (Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk-Mediko Legal)* Cilt 4, İstanbul: Yüce Yayım, : 52-63.
- Atıcı E. (2006) Sağlık Kaynaklarının Dağıtımını ile İlgili Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*; 14(2): 111-115.
- Atıcı, E. (2007) Hasta – Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 33 (2) 91-96.
- Ayaz, F. , Ayaz, H. (2017) Sağlık İletişimi ve Medyayı Konu Alan Lisansüstü Tezlere Yönelik Bir Analiz, *Atatürk İletişim Dergisi*, 14, 147-171.
- Bacanlı, H.(1998) *Eğitim Psikolojisi*, Asal Yayıncılık, Ankara.
- Bal, G. C. (2013) Sağlık Kurumlarında İletişim Doyumu Üzerine Bir Alan Çalışması, *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi (The Journal of Social and Economic Research)* 25(13), 107-125.
- Baltaş, Z. (2000) *Sağlık Psikolojisi*. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bandura, A. (1982) Self- Efficacy Mechanism In Human Agency, *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bar-on, R., Parker, J. (2000) *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Başaran, İ.E. (2008) *Örgütsel Davranış İnsanın Üretim Gücü*, Siyasal Kitabevi, Ankara.

- Becerikli, S.Y. (2013) Türkiye’de Sağlık İletişimi Üzerine Yazılan Lisansüstü Tezlerin Bibliyometrik Analizi: Eleştirel Bir Bakış, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt.12, Sayı.2, 25-36.
- Berglas, S. (2002) ‘The very real dangers of executive coaching’, *Harvard Business Review*, June, 3–8.
- Berne, E. (1961) *Transactional Analysis in Psychotherapy*, Souvenir Press Ltd.
- Berry, D. (2007) *Health Communication Theory and Practice*. Open University Press, NewYork, USA.
- Bingöl, G. Demir A. (2011) Amasya Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri, *Göztepe Tıp Dergisi* 26(4):152-159.
- Bulduk, S., Yurt, S. , Dinçer, Y. , Ardıç, E. (2015) Sağlık Davranışı Modelleri, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1): 28-34.
- Bulduklı, Y. 2010. *Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri Üzerine Ampirik Bir Çalışma*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Araştırma Yöntemleri Bilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya.
- CASEL (2003) “*An Education Leader’s Guide to Evidence-Based Social and Emotional Learning (SEL) Programs*, The Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL)”. www.casel.org.
- CASEL Guide (2013) *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*. www.casel.org.
- Casson, H. N. (2006) *İnsan Yönetme Sanatı*, (Çev. Özcan Ünlü), Hayat Yayıncılık, İstanbul.
- Cast, A.D. , Burke, P.J. (2002) A Theory of Self-Esteem, *Social Forces*, 80(3), 1041-1068.

- Ceyhan, A. A. (1993) *Ana-babaların empatik eğilim düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
- Champion, V.L. and Skinner, C.S. (2008) *The Health Belief Model. Health Behaviour and Health Education; Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass, San Francisco, 45-65.
- Cirhinlioğlu, Z. (2016) *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yayıncılık, 6. Baskı, Ankara.
- Cohen, J. (2001) *Social and Emotional Education: Core Concepts*. içinde J. Cohen (Edit.). *Caring classrooms and intelligent schools: The social emotional education of young children*. New York: Teachers College Pres.
- Conner, M. , Armitage, C.J. (1998) Extending The Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues For Future Research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429-1464.
- Conner, M. , Norman, P. (2005) *Predicting Health Behaviour*, McGraw Hill House, Open University Press, USA.
- Cox, C.L. (1982) *An Interaction Model of Client Health Behaviour: Formulation and Test*, PHD Thesis, The University of Rochester, New York, USA.
- Cox, C.L. (2003). A model of health behavior to guide studies of childhood cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 30,92–99.
- Cüceloğlu, D. (1994) *İnsan ve Davranışı; Psikolojinin Temel Kavramları*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Cüceloğlu, D. (2005) *İnsan ve Davranışı*, Remzi Kitabevi, 14. Baskı, İstanbul.
- Çam, S. , Tümkaya, S. (2007) Kişilerarası Problem Çözme Envanterinin (KPÇE) Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 28(3), 95-111.

- Çapan, B.E. , Owen, F.K. (2017) Çocukların Kendilik Değerini Geliştirmede Kendilik Değeri Geliştirme Programı ve Sosyal ve Duygusal Eğitim Programlarının Etkililiği, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(62), 756-769.
- Çınarlı, İ. (2008) *Sağlık İletişimi ve Medya*, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Deavey, M.C. , Fajen, B. (2006) Learning to Control Collisions: The Role of Perceptual Attunement and Action Boundaries, *Journal of Experimental Psychology Human Perception and Performance*, 32(2): 300-13.
- Demirel, Ö., (2002) *Eğitimde Çoklu Zeka-Kuram ve Uygulama*, Pegem Akademi, Ankara.
- Demirel, Ö., (2000) *Planlamadan Uygulamaya Öğrenme Sanatı*, Pegem A Yayıncılık, Ankara.
- Doyal L, Gillon R. (1998) Medical ethics and law as”a core subject in medical education. *BMJ*; 316: 1623-4.
- Dökmen, Ü. (1988) Empatinin Yeni Bir Modele Dayanılarak Ölçülmesi ve Psikodrama İle Geliştirilmesi, *A.Ü.Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1-2); 155-190.
- Dökmen, Ü. (2006) *İletişim Çalışmaları ve Empati*, Sistem Yayıncılık, 35. Baskı, İstanbul.
- Elias, M. J. (2004) The Connection Between Social- Emotional Learning and Learning Disabilities: Implications for Intervention, *Learning Disability Quarterly*, 27 (1), 53-63.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Graczyk, P. A., , Weissberg,R. P. (2003). Implementation, sustainability, and scaling up of social–emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review*, 32, 303–319.
- Erdoğan, İ. (2011) *İletişimi Anlamak*. Pozitif Matbaacılık, 4. Baskı, Ankara.

- Erdoğan, İ.,(2007) *İşletmelerde Davranış*, Dönence Basım ve Yayın, İstanbul.
- Eren, E.,(1991) *Yönetim Psikolojisi*, İ.İ.E.20.Yıl Yayını No:2, İstanbul.
- Ervin, L., Stryker, S. (2001) *Theorizing the Relationship Between Self-Esteem and Identity*, In T. Owens, S. Stryker, N. Goodman (Eds), *Extending Self-Esteem Theory and Research: Sociological and Psychological Currents*, P. 29-55, Cambridge University Press, Cambridge.
- Fishbein, M. (1967) *Attitude and The Prediction of Behaviour*. In m. Fishbein (Ed.), *Readings in Attitude Theory and Measurement (477-492)*, New York, NY:John Wiley,Sons.
- Fones, C.(2015) *Workplace Stress Mangement for Doctors*, *SMA News*, Executive Series, 18-20.
- Fry S., Degazon C.E. (2002). *Ethical and cultural influences. Foundations of Community Health Nursing,Community Oriented Practice*. Editor: Marcia Stanhope, Jeanette Lancaster, First Ed., Mosby, USA.
- Gecas, V. , Schwalbe, M.L. (1983) *Beyond The Looking Glass Self: Social Strucutre and Efficiacy – Based Self- Esteem*, *Social Psychology Quarterly*, 46(2), 77-88.
- Glanz, K. , Rimmel, B.K. (2005) *Theory At a Glance: A Guide Health Promotion Practice*, Bethasda MA: National Enstitute for Health, US Department for Health and Human Sciences.
- Goleman D. (1995) *Emotional Intelligence*, Bantam Books.
- Goleman, D.,(2003) *İşbaşında Duygusal Zeka*, Varlık Yayınları, İstanbul.
- Gottwald, M. , Goodman-Brown, J. (2012) *A Guide To Practical Health Promotion*, Open University Press, 1st edition. USA.

- Gözüm, S. , Çapık, C. (2014) Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnik, H., et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6/7), 466-474.
- Güçlü, N. (2001) Stres Yönetimi, *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Gürel, E. , Tat, M. (2010) Çoklu Zeka Kuramı: Tekli Zeka Anlayışından Çoklu Zeka Yaklaşımına, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 336-356.
- Gürkan, H.K. (1990) *Üniversite Öğrencilerinde Kendilik Saygısı ile Depresyon ve Anksiyete İlişkilerinin Karşılaştırılması*, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Gürüz D. , Eğinli, A.T. (2014) *İletişim Becerileri: Anlamak, Anlatmak, Anlaşmak*, Nobel Yayınları, 4. Baskı, Ankara.
- Harvard Business Review, (2009) *İnsanları Yönetmek*, Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası, Çev. Gündüz Bulut, Acar Matbaacılık, İstanbul
- Haney, M.Ö, Erdoğan, S.(2013) Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli: Çocukların Beslenme Alışkanlıklarını Belirlemek için Bir Rehber, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(4), 218-223.
- İrfan, E., (2008) *İletişimi Anlamak*, Pozitif matbaacılık, 3.baskı, İstanbul.
- İzğören, A. Ş., (2011) *İş yaşamında 100 Kanguru*, Elma Yayınevi, 29. Basım, İstanbul.

- Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B. , Youngstrom, E. (2001) Emotion Knowledge As A Predictor Of Social Behavior And Academic Competance In Children At Risk. *Psychological Science*, 12(1), 18-23.
- Izard, C., Woodburn, E. M., Finlon, K. J., Krauthamer-Ewing, E. S., Grossman.S. R., Seidenfeld, A. (2011). Emotion Knowledge, Emotion Utilization, And Emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 44-52.
- Kabakçı, Ö. F. (2006). *İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerin Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kabakçı, Ö. F. ve Korkut-Owen, F. (2010). Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 35 (157), 152-166.
- Kabakçı, Ö. F. ve Totan, T. (2012). Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerilerinin Çok Boyutlu Yaşam Doyumuna ve Umuda Etkisi. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*, 6 (1), 40-61.
- Kabakçı, Ö. F., Totan, T. (2013) Effects of social and emotional learning skills on life satisfaction and hope, *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*, 6(1), 40-61.
- Kanayo U, Reema P. (2004) Theory of Planned Behaviour: An analysis of moderator interactions. *British Journal of Health Psychology.*, 9(1): 25-39.
- Kanojia, V. (2016) Level of Job Satisfaction and Self- Esteem Among Doctors of Private and Government Hospitals, *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), N:84, 90-97.
- Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. (2000) Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 11(1): 49-57.
- Kasl, S. , Cobb, S. (1966) *Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role behavior*, Archives of Environmental Health: An International Journal, 12:2, 246-266, Online Yayın Tarihi: 30.04.2013.

- Koptagel- İlal, G. (2001) *Davranış Bilimleri ve Tıpsal Psikoloji*, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Kreps, G.L. (2003) *Trends and Dimensions in Health Communication Research*, <http://doi.org/10.5771/1615-634x-2003-3-4-353>, Erişim: 25.04.2018.
- Kocakulah, M.S. , Ad, N.K. (2015) Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeğinin Üniversite Öğrencileri İçin Uygulanabilirliğinin Belirlenmesi, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 241-247.
- Koch E, Turgut T. (2004) Hasta-hekim ilişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*;15(1): 64-9.
- Koçel, T., (2001) *İşletme Yöneticiliği*, 8. Baskı, Beta Basın Yayın, İstanbul.
- Kodish E, Singe PA, Siegler M.(1997) *Ethical Issues*. In: De Vita V, Hellman S, Rosenberg SA (ed). *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 5th edition. New York: Lippincott-Raven Publishers;. 2973-82.
- Konrad, S., Hendl, C., (2005) *Duygusal Zeka Sayesinde Başarılı bir Hayat, Duygularla Güçlenmek*, Çev. Meral Taştan, Hayat Yayıncılık, İstanbul.
- Korkut, F. (1997) Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerilerini Değerlendirmeleri. *IV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi bildirileri*, (ss.208-218). 10-12 Eylül 1997, Anadolu Üniversitesi. Eskişehir.
- Kuzu, B. (1997) *Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat*, Filiz Yayınevi, İstanbul.
- Lazaro J. (2000) *Doctors ' Status: Changes in The Past Millenium*. *Lancet*; 354: 17.
- Lazarus, R. (1994) Stresle Başa Çıkma Tarzınız: Dostunuz ya da Düşmanınız (Çev. N. Rugancı). Stresle Başa çıkma. Olumlu bir yaklaşım (Ed. N. Şahin), *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*: 2, s. 59-63.
- LeDoux, J. (1989) Indebility of Subcortical Emotional Memories, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1, 238-43.

- Lewicki R.J., Hiam, A. (2006) *Mastering Business Negotiation: A Working Guide to Making Deals and Resolving Conflict*, Jossey-Bass Pub., USA.
- Mathews, B.,(2006) *Engaging Education Developing Emotional Literacy, Equity and Coeducation*, Open University Press.
- Matthews, G., Roberts, R. D. , Zeidner, M. (2004) Seven myths about emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15(3), 179-196.
- Mayer, J., Caruso, D., , Salovey, P. (2000) Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., , Barsade, S. G. (2008) Human Abilities: Emotional Intelligence *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mayer, J. D. , Salovey, P. (1997) *What is Emotional Intelligence?* In P. Salovey , D. Sluyter (Eds). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books
- McNair, F., (2011) *Yöneticiler için Altın Kurallar*, Çev. Eda Aksan, Crea yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul.
- MacNair T. (1999) Medical ethics. *BMJ*; 319(Suppl. 2): 7214.
- Mızrak, F.(2015) *Pozitif Psikoloji ve Sosyal Karşılaştırma Teorisinden Yararlanarak Geliştirilen Benlik Saygısı Geliştirme Modelinin Benlik Saygısına Etkisi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fatih Üniversitesi, İstanbul.
- Oğuzlar, A. (2007) İşsizliğe Etki Eden Değişkenlerin Medyan Parlatma Tekniğiyle Analizi, *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(1), 103-117.
- Okay, A. (2016) *Sağlık İletişimi*, Derin Kitabevi, İstanbul.
- Olakitan, O. O. (2014) Emotional Intelligence and Perceived Leadership Behaviour Effectiveness In Organizations, *International Journal of Humanities and Social Science*, Vol. 4, No.2.

- Orwell, G.(2008) *Bin Dokuz Yüz Seksen Dört*, Çev. Nuran Akgören, İstanbul: Can Yayınları.
- Özdemir Yaylacı G., (2006) *Kariyer Yaşamında Duygusal Zeka ve İletişim Yeteneği*, Hayat Yayınları, İstanbul.
- Öz, F (1998) Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilimleri, Empatik Becerileri ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 32-38.
- Öz, F. (2001) Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12(1): 61-8.
- Özer, K. A.,(2011) *İletişimsizlik Becerisi*, Sistem yayıncılık,10. Baskı, İstanbul.
- Özmen, E. (2013) *Sağlık Hizmetlerinde İletişim*, Medimagazin İnternet Sayfası, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/erol-ozmen/tr-saglik-hizmetlerinde-iletisim-72-47-3442.html>, Erişim Tarihi: 25.10.2017.
- Özlü T. (2003) *Hekiminizi nasıl alırdınız?*, Kaktüs Yayınları, İstanbul.
- Palancı, M., Kandemir, M., Dündar, H., Özpolat, A. (2008) "Duygusal Okuryazarlık Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması", *International Journal of Social Sciences*, Vol:11, No:1.
- Peker, Ö., Aytürk, N., (1996) *Yönetim Becerileri*, Yargı Yayınevi, Ankara.
- Pellegrini, D.S. , Urbain, E.S. (1986) An Evaluation of Interpersonal Cognitive Problem Solving Training with Children, *Children Psychology and Psychiatry*, 26(1), 17-41.
- Peltier, B. (2001) *The Psychology of Executive Coaching: Theory and Application*, New York, NY, Brunner-Routledge.
- Prochaska J, Di Clemente C (1983). 'Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), S. 390.

- Prochaska, J.O. (1984) *Systems Of Psychotherapy: A Transteoretical Analysis*. (2nd Edition) Pasific Grove, California: Brooks- Cole.
- Prochaska, J.O , Norcross, J.C. (2018) *Systems Of Psychotherapy: A Transteoretical Analysis*. (9th Edition) Oxford University Press, Sheridan Books, New York, NY, USA.
- Prochaska, J.J., Velicer, W.F. , Prochaska, J.O., Delucchi, K. , Hall, S.M. (2006) Comparing Intervention Outcomes in Smokers Treated for Single Versus Multiple Behavioral Risks, *Health Psychology*, 25(3), 380-388.
- Ramelet, A.S. , Fonjallaz, B. , Rapin, J. , Gueniat, C. , Hofer, M. (2014) Impact of a Teleusing Service on Satisfaction and Health Outcomes of Children with Inflammatory Rheumatic Diseases and Their Families: A Crossover Randomized Trial Study Protocol, *BMC Pediatrics*, 14(151), <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/151>, Erişim Tarihi: 20.03.2018.
- Ratzan, S. (1998) Preface, *Journal of Health Communication*, Supplemental Issue, Vol.3, Issue. 1.
- Reçber, B. (2002) *Bir Özsaygı Geliştirme Programının Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Ergenlerin Özsaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Redding CA, Rossi JS, Rossi, SR, Velicer WF, Prochaska JO.(2000) Health behaviour models. *The International Electronic Journal of Health Education*, No:3(Special Issue): 180-93.
- Rimal,R.N. , Lapinski, M.K. (2009) Why Health Communication is Important in Public Health, *Bulletin of the World Health Organization*, 84(4), 247.

- Rimmer, B.K. , Glanz, K. (2005) *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. 2nd Edition, Washington DC. Department of Health, National Institutes of Health, National Cancer Institute, USA.
- Robertson, R. (2008) *Using Information to Promote Healthy Behaviours*, King's Fund, 11–13 Cavendish Square, London.
- Robinson, C.H. , Thomas, S.P. (2004) The Interaction Model of Client Health Behavior as a Conceptual Guide in The Explanation of Children Health Behaviours, *Public Health Nursing*, 21(1), 73-84.
- Rosenberg, M. , Schooler, C. , Schoenbach, C. , Rosenberg, F. (1995) Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem, *American Sociological Review*, 60(1), 1004-1018.
- Saban, A., (2005) *Öğrenme Öğretme Süreci*, Pegem A Yayıncılık, Ankara.
- Sabırcan, F. 2012. *Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki Rolü: Türkiye'de Son 15 yılda Yapılmış Olan Kampanyalardan Örnekler Çerçevesinde Bir Değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı: İstanbul.
- Saklofske, D.H., Austin, E.J., , Minsky, P.S. (2003) Factor Structure and Validity of a Trait Emotional Intelligence Measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 707-721.
- Salovey, P. , Mayer, J. D. (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Schutte, N., Malouff, J., Hall, L., Haggerty, D., Cooper, J., Golden, C., , Dornheim, L. (1998) Development and Validation of a Measure of Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.

- Senemoğlu, N. (2005) *Gelişim, Öğrenme ve Öğretim – Kuramdan Uygulamaya*, Pegem Akademi, İstanbul.
- Seward, J. P., , Seward, G. H. (1980) *Sex differences: Mental and Temperamental*. Lexington: Lexington Books.
- Seyhan, Ç. Ak, A. Polat, Y. Filiz, F. Künduro, F. Mızrak, F. Yurday, H. Gülbahar, B. Han, E. (2014) Doğum İçin Başvuran Gebelerin Empatik İletişim Beklentilerinin Ebeler Tarafından Karşılanma Durumu. *Genel Tıp Dergisi*;24:7-14.
- Soltis, J.F. , Phillips, D.C. (2009) *Perspectives on Learning*, 5th Edition, Teachers College Press, Colombia University, New York, USA.
- Spitz, R. (1945) Hospitalism: Genesis of psychiatric conditions in early childhood, *Psychanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Sportsman S, Hamilton P. (2007) Conflict management styles in the health profession,. *J Prof Nurs*, 23(3):157-166.
- Stanislav, V.K. , Cobb,S. (2013) Health Behavior, Illness ehavior and Sick Role Behaviour, *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.
- Steiner, C. (1979) *Healing Alcoholism*, Grove Press.
- Steiner, C. (1997) *Achieving Emotional Literacy*, Avon Books.
- Steiner, C. Perry, P. (1997) *Achieving Emotional Literacy*. London: Bloomsbury.
- Sutton, S. (1994) *The Past Predicts The Future: Interpreting Behaviour- Behaviour Relationships in Social Psychological Models of Health Behavior, Social Psychology and Health: European Perspectives*, Altershot, UK: Avebury, 71-88.

- Şimşek, Ö.F. (2007) *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş – Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*, Ekinoks Yayınevi, İstanbul.
- Şimşek, Z.(2013) Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 343-358.
- Tang, W.M. , Soong, C.Y. , Lim, W.C. (2013) Patient Satisfaction with Nursing Care: A Descriptive Study Using Interaction Model of Client Health Behaviour, *International Journal of Nursing Science*, 3(2), 51-56.
- Tatar, A., Tok, S., Saltukoğlu, G., (2011) Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zeka Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt 21, Sayı 4, 325-338.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011) *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Bakanlık Yayın No: 814, ISBN: 978-975-590-361-3, Ankara.
- Temel, A. (2008) Kültürlerarası (Çok kültürlü) Hemşirelik Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 2.
- Thompson, C. (2003) *Clinical Experience as Evidence in Evidence-based Practice*, Wiley Online Library, 43(3), 230-237.
- Totan, T. (2011) *Problem Çözme Becerileri Eğitim Programının İlköğretim 6. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Üzerine Etkisi*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Totan, T. , Kabakçı, Ö.F. (2010) İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinde Sosyal Duygusal Öğrenme Becerilerinin Zorbalığı Yordama Gücü, *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 575- 600.
- Türnüklü, A. (2004) Okullarda sosyal ve duygusal öğrenme (Social and emotional learning in schools), *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 37(10), 136-152.

- Uçan, G., Çalım, S. İ., Yıldırım, Ş. (2015). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık İletişimi Alanındaki Rol ve Fonksiyonları, *CBU-SBED Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(4), 91-100.
- Ulrich, D., Smallwood, N., Sweetman, K. (2009) *Liderlik Kodu*, Bayrak yayıncılık, İstanbul.
- Uzuntaş, A. (2013). Etkili iletişim: Anlayabilmek ve Anlatabilmek. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 21 (1), 11-20.
- Üstün B, Akgün E, Parlak N. (2005) *Çatışma Çözümü*. İçinde: Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir, 218-224.
- Vural, Ç.,(2010) Etkili iletişim yöntemleri, Etap yayınevi, İstanbul.
- Wagner, D., Bear, M. (2009) Patient Satisfaction with Nursing Care: A Concept Analysis within A Nursing Framework, *Journal of Advanged Nursing*, 65, 692-701.
- Weare, K. (2003) *Developing the Emotionally Literate School*. London: Paul Chapman.
- Wilson, M. C., Lado, A. A. (1994) Human Resource Systems and Sustained Competitive Advantage: A Competency Based Perspective, *Academy of Management Review*, Volume:19(4).
- Yaylacı, G. Ö., (2008) *Kariyer Yaşamında Duygusal Zeka ve İletişim Yeteneği*, Hayat Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul.
- Yorburg, B. (1974) *Sexual Identity*. New York: John Wiley and Sons.
- Zeus, P. , Skiffington, S. (2002), *The Coaching at Work Toolkit: A Complete Guide to Techniques and Practices*, Sydney: McGraw-Hill Australia.

Zins, J.E., Weissberg, R.P., Wang, M.C. , Walberg, H.J. (2004) *Building Academic Success on Social and Emotional Learning : What Does the Research Say?*, Teachers College Press, New York, NY.



EK: SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME BECERİLERİ ÖLÇEĞİ

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi MİRAY BEŞBUDAK tarafından yürütülen “SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME BECERİLERİ: DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bu ölçek, katılımcıların Sosyal Duygusal Öğrenme Becerilerini belirlemeye yöneliktir. Ölçekte 40 adet madde yer almaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak size uygun seçeneğin altındaki parantezin içine bir çarpı (x) işareti koyunuz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Boş seçenek bırakmayınız ve birden fazla işaretleme yapmayınız. Duyarlılığınız için teşekkürler.

Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Arş. Gör. Miray BEŞBUDAK

Cinsiyet:

K E

Yaş:

Toplam Çalışma Yılı:

		Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Oldukça uygun	Tamamen uygun
1	Birisiyle konuşurken gözlerine bakarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Sakinleşmek için derin nefes alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3	İş arkadaşlarım ile sorun yaşarsam ve benimle alay ederlerse görmezden gelirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

4	Dış görünüşümden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Sıkıldığım zamanlarda duygularımı bir kâğıda yazarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Bir arkadaşımın sorununu çözerken hem onun hem kendimin yararını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Problemimi çözeceğim zaman önce problemle ilgili bilgi toplamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendime güvenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Duygularımı kelimelere dökebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Bir problemim olunca önce problemin ne olduğunu anlamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Başkalarıyla aynı fikirde olmadığımı onları kırmadan söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Sorunumu çözmek için bulduğum çözümlerden en uygun olanı seçip uygulayabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Eleştirileri kırılmadan kabul edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Arkadaşlarıma beğendiğim yönlerini söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Bir problemim olduğunda bunu adım adım çözmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
17	İnsanlara yaklaşip bir sohbet başlatabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Çok bunaldığımda spor yaparak rahatlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Bir isteğime hayır denildiğinde bunu anlayışla karşılarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Kendimi güçlü ve sağlıklı hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)

21	Sakinleşmek için içimden 10'a kadar sayarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Söylediklerimi daha iyi anlatmak için ellerimi kullanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Karar vereceğim zaman, her seçeneğin olumlu ve olumsuz sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Kendi özelliklerimle gurur duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Sorun yaşayan iki kişinin uzlaşmalarına taraf tutmadan aracı olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kitap okuyarak rahatlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Çalışma ortamında arkadaşım beni çileden çıkardığında bunu şakaya vururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Konuşurken, yüz ifademle anlattıklarımı desteklerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Karşılaştığım problemlere uygun çözüm yolları bulabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Problem çözerken bütün seçenekleri dikkate alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Birisini dinlerken onun ne hissettiğini anlamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Bir sorunun olunca benzer sorunları olanlarla konuşurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Başarılarımdan gurur duyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Gergin olduğumda kendimi sakinleştirebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Bir konuda başarısız olursam, aynısını tekrar yaşamamak için bu olaydan ders çıkarırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
36	İsteklerimi ve ihtiyaçlarımı rahatça ifade edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

37	Bir sıkıntım olduğunda başkalarına danışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Kendimi seviyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Birçok olumlu özelliğim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Hatalarım, eksiklerim olsa da değerli bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)

Yorum ya da düşünceleriniz:

.....

.....

.....

.....

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında İzmir’de doğmuştur. 2003 yılında Özel Deniz Koleji’nden, 2007 yılında şeref öğrencisi olarak İzmir Ekonomi Üniversitesi MYO Halkla İlişkiler programından, 2010 yılında şeref öğrencisi olarak İzmir Ekonomi Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Reklamcılık bölümünden mezun olmuştur. 2012 yılında Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Kişilerarası İletişim yüksek lisans programını, “İşletmelerde Liderin Zeka Yönetimi Yetkinliklerinin Kurum içi İletişime Yansıtılması” başlıklı tezini sunarak tamamlamıştır. 2013 yılında başladığı ve “Sağlık İletişiminde Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri: Doktorlar Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı doktora tezini tamamlamak üzeredir. 2017 yılından itibaren Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Kişilerarası İletişim Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

ÖZET

Sağlık iletişimin her geçen gün öneminin artmasıyla dikkat çeken bir kavramdır. İletişimin tarafları arasında sağlık profesyonelleri ve hastalar bulunmaktadır. Hasta yakınlarının da ek olarak dahil edildiği süreç tamamen iletişim temelli sorunların yaşandığı bir ortamdır. Bu durumda doktorlara fazladan çaba harcama ve hasta yakınlarının da ihtiyacını karşılama sorumluluğu düşmektedir.

Hasta ve hasta yakınının içinde bulunduğu duygusal durumu fark edemeyen doktorlar genellikle çatışma ve hatta tartışma yaşamaktadır. İletişimin doğru şekilde başlatılmadığı benzer durumlarda ilerleyen zamanlarda iletişim kalitesini yükseltmek oldukça zordur. Doktorların bu noktada iletişim becerilerini kullanmaları, hastayı en uygun ve etkili şekilde tedavi sürecine dahil etmeleri, belirli noktalarda çıkabilecek sorunlar ile baş etmeleri ve tüm bunları gerçekleştirirken kendi karakter ve kişilik özelliklerinden ödün vermemesi gerekmektedir. Hem fiziksel hem de bilişsel olarak mevcut yoğunluk ile baş etmeye çalışan doktorların stresli olduğu zamanlarda iletişim stratejilerini gözden geçirmeleri gerekmektedir. Mesleki bilginin yanında sosyal becerilerini de ön plana çıkarmaları gerekmektedir.

Bu doktora tezinde doktorların yoğun ve yorucu iş tempoları içerisinde kendilerini mutlu ve umutlu hissetmeleri, etkili ve doğru iletişim kurabilmeleri, olası problemlere hızlı çözümler getirebilmeleri ve hayatın bir parçası olan stres ile baş etmeleri gerekmektedir. Tüm bunları gerçekleştirirken de hastaların sağlık durumlarını iyileştirmek, tedavi düzenlemek, sağlığı korumak için bilgi paylaşmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Bu görevleri yerine getirmek için doktorların davranış ve tutumlarında değişikliğe gitmesi, bu değişikliğin de sosyal ve duygusal öğrenme becerilerinin aktif kullanılması ile gerçekleştirilebileceği düşüncesiyle Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı doktorlarına Sosyal ve Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği uygulanmıştır.

ABSTRACT

Health communication is a concept that gets attention with increasing importance of communication nowadays. Among the health communication partners are health professionals and patients. The process in which the patient's relatives are also included is an environment in which communication-based problems are experienced. Indeed, doctors do not have to spend extra effort and the responsibility of the patients' relatives to understand and satisfy their needs.

Doctors who are not aware of the emotional state of the patient and the patient relatives are usually in conflict and even discussion. In a similar situation where communication can not be initiated correctly, it is difficult to improve communication quality in the continuing processes. Doctors should use communication skills to involve the patient in the most appropriate and effective treatment process, to deal with problems that may occur at certain points, and not to compromise on their character and personality while performing all these. Doctors who are both physically and cognitively dealing with the current density need to look at communication strategies at times when they are stressed. In addition to their professional knowledge, they need to bring their social skills to the front.

In this phd thesis, doctors need to feel happy and hopeful in their busy and exhausting working routine, to communicate effectively and correctly, to get quick solutions to possible problems and to manage the stress which is a part of life. While doing all of this, patients have some responsibilities too such as improving their health, arranging treatment, and sharing information to protect and develop their health. During this development, social and emotional learning has positive influence. The Social and Emotional Learning Skills Scale was administered to doctors of the Department of Internal Medicine of the Ege University Faculty of Medicine with the thought that the behavior and attitudes of the doctors would be changed in order to fulfill these duties and that these changes could be achieved through the active use of social and emotional learning skills.