



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT ALEVLENME İLE HASTANEYE YATAN KRONİK
OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARIN
BAKIŞ AÇISINDAN HEKİM İLE HASTA ARASINDAKİ
İLETİŞİMİN BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN
HÜLYA BULUT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. EROL OZAN

MANİSA

2017



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT ALEVLENME İLE HASTANEYE YATAN KRONİK
OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARIN
BAKIŞ AÇISINDAN HEKİM İLE HASTA ARASINDAKİ
İLETİŞİMİN BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN
HÜLYA BULUT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. EROL OZAN

JÜRİ ÜYELERİ

Doç. Dr. EROL OZAN

Prof. Dr. EROL ÖZMEN

Prof. Dr. MEHMET AKİF ERSOY

MANİSA

2017

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

30/10/2017

Hülya BULUT

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşarak yol gösteren, hazırladığım bu çalışma süresince bilgi ve deneyimi ile çalışmama destek veren değerli hocam, tez danışmanım, **Doç. Dr. Erol OZAN**'a,

Eğitimimde akademik gelişimime katkıda bulunan ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisini, desteğini ve yol göstericiliği ile yardımlarını esirgemeyen Ana Bilim Dalı Başkan'ı değerli hocam, **Prof. Dr. Erol ÖZMEN**'e,

Eğitim hayatıma önemli katkıları bulunan değerli hocam, **Doç. Dr. E.Oryal TAŞKIN**'a,

Tez çalışmam sırasında tüm sorularıma sıklımadan yanıt veren sabırlı, içten yaklaşımları ile bana yardımcı olan arkadaşım **Yrd. Doç.Dr. Naile ALANKAYA**'ya,

Tez çalışmam boyunca yardımlarını, katkılarını esirgemeyen verilerin değerlendirilmesinde sabırla bana yardımcı olan ve yol gösteren Kâtip Çelebi Üniversitesi **Araştırma Görevlisi İsmail AYVAZ**'a,

Eğitimim aşamasında desteklerini esirgemeyen, çalışmam için uygun koşulları sağlayarak bana destek veren **SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi** yönetimine,

Tezin temelini oluşturan, büyük bir sabırla soruları yanıtlayan hastalara,

Tez çalışmam süresince manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen yanımda olup bana destek olan tüm arkadaşlarıma,

Tüm eğitim ve öğretim hayatım boyunca arkamda olduklarını bildiğim bu günlere gelmemde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen annem **Sdıka BULUT**'a, babam **Ali BULUT**'a, kardeşim **Hakan BULUT**'a

En içten saygı ve sevgilerimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hülya BULUT

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR VE SİMGELER	xi
1. TEZ METNİ.....	1
1.1. Türkçe Özet.....	1
1.2. İngilizce Özet	2
2. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2.1. Araştırmanın Amacı	5
3. GENEL BİLGİLER	6
3.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	6
3.1.1. Tanımı	6
3.1.2. Görülme Sıklığı.....	6
3.1.3. Risk Faktörleri.....	7
3.1.4. Semptomları	8
3.1.5. Fizik Bulguları	8
3.1.6. Tanı	8
3.1.7. KOAH'da Alevlenmeler	9
3.1.7.1. Alevlenme tanımı	9
3.1.7.2. Alevlenme nedenleri	10
3.1.7.3. Alevlenmelerin önlenmesi	11
3.1.8. KOAH Tedavisi	11
3.1.8.1. Alevlenmede tedavi.....	12
3.1.9. Ekonomik Yük	12
3.1.10. KOAH ve İletişim	13
3.1.10.1. Hekimin hasta ile kuracağı iletişimi zorlaştıran etmenler.....	13
3.1.10.2. Hekimin hasta ile kuracağı iletişimi kolaylaştıran etmenler	14

3.1.11. KOAH’da Hasta Eğitimi	14
3.2. İletişim	15
3.2.1. Tanımı	15
3.2.2. İletişimin Amacı ve Önemi	16
3.2.3. İletişim Süreci ve Ögeleri.....	16
3.2.3.1. Kaynak (gönderici).....	17
3.2.3.2. Kod.....	17
3.2.3.3. Mesaj	17
3.2.3.4. Kanal (iletişim aracı).....	18
3.2.3.5. Alıcı veya hedef	18
3.2.3.6. Geri bildirim (feed-back; dönüt)	19
3.2.3.7. Gürültü	19
3.2.4. İletişim Türleri	19
3.2.4.1. Sözlü-yazılı-sözlü olmayan iletişim.....	19
3.2.4.1.1. Sözlü iletişim.....	19
3.2.4.1.2. Yazılı iletişim	19
3.2.4.1.3. Sözlü olmayan iletişim.....	19
3.2.4.2. Yüz yüze-uzaktan iletişim.....	19
3.2.4.2.1. Yüz yüze iletişim	20
3.2.4.2.2. Uzaktan/araçlı iletişim	20
3.2.4.3. Görsel-sessel iletişim	21
3.2.4.3.1. Görsel iletişim	21
3.2.4.3.2. Sessel iletişim.....	21
3.2.4.4. Terapötik iletişim	21
3.2.4.5. İletişim bağlamına göre iletişim türleri	21
3.2.4.5.1. İçsel iletişim	21
3.2.4.5.2. Kişiler arası iletişim	22
3.2.4.5.3. Grup iletişimi	23
3.2.4.5.4. Kamusal iletişim	23
3.2.4.5.5. Kitlesel iletişim	23
3.2.4.5.6. Örgütsel iletişim.....	23
3.2.4.5.7. Kültürlerarası iletişim.....	24

3.2.4.5.8. Uluslararası iletişim	24
3.2.5. Kişiler arası iletişim	25
3.2.5.1. Kişiler arası etkili iletişim	25
3.2.5.1.1. Konuşmak	26
3.2.5.1.2. Dilin Önemi.....	26
3.2.5.1.3. Sesin kullanımı.....	26
3.2.5.1.4. Dinlemek	26
3.2.5.1.4.1. Dinleme çeşitleri	27
3.2.5.1.4.2. Dinlemede karşılaşılan engeller	28
3.2.5.2. Kişiler arası iletişimde sözsüz(sözlü olmayan) iletişim	29
3.2.5.2.1. Sözsüz iletişim türleri.....	29
3.2.5.2.1.1. Beden dili	30
3.2.5.2.1.1.1. Kişiler arası mesafeler ve selamlaşma	30
3.2.5.2.1.2. Dil benzeri sözsüz iletişim	31
3.2.5.2.1.3. Kılık kıyafet/giyinme	31
3.2.6. İş Hayatında İletişim	31
3.3. Sağlık Hizmetlerinde İletişim ve İletişimi Etkileyen Faktörler	32
3.3.1. Sağlık hizmetlerinde iletişim.....	32
3.3.1.1. Sağlık hizmetlerinde iletişim ve önemi.....	33
3.3.1.2. Sağlık hizmetlerinde iletişim süreci ve işleyişi	33
3.3.2. Sağlık profesyonellerinde temel iletişim becerileri	33
3.3.2.1. Sağlık profesyonellerinde sözlü iletişim becerileri	33
3.3.2.2. Sağlık profesyonellerinde sözsüz iletişim becerileri.....	33
3.3.2.3. Sağlık profesyonellerinde terapötik iletişim becerileri	34
3.3.3. Sağlık profesyonelleri ve yönetim arasındaki iletişim becerileri.....	34
3.3.4. Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişim becerileri.....	35
3.3.5. Hasta ve sağlık profesyonellerinin iletişimi	35
3.3.5.1. Hasta bireyler ile kurulan iletişimi engelleyen bazı etkenler	35
3.3.5.2. İletişim engellerini aşmak için sağlık profesyonellerinin dikkat etmesi gereken bazı hususlar	36
3.3.6. Hekim -Hasta İletişimi	37
3.3.6.1. Hekim-hasta arasındaki etkili iletişimin adımları	39

3.3.6.2. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen faktörler	40
3.3.6.2.1. Güven verme	41
3.3.6.2.2. Empatik davranma	41
3.3.7. İletişim Problemleri.....	42
3.3.7.1. Hekimden kaynaklanan durumlar	42
3.3.7.2. Hastadan kaynaklanan nedenler	43
3.3.7.3. Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar.....	44
3.3.7.4. Bilimsel ve teknik gelişim-teknoloji	44
3.3.8. Hastaların Genel Olarak Şikâyetleri.....	44
3.3.8.1. Yeterince bilgilendirilmeme.....	44
3.3.8.2. Zaman problemi	45
3.3.8.3. Dinleme eksikliği	45
3.3.8.4. Hekimin soru sormaması.....	46
3.3.8.5. Tıbbi dil kullanımı	46
3.3.8.6. Ayrımcılık (psikolojik, sanal veya gerçek)	46
3.3.9. Hekim-Hasta İletişim Modelleri	47
3.3.9.1. Asimetrik- simetrik- paralel iletişim modeli.....	47
3.3.9.1.1. Asimetrik iletişim.....	47
3.3.9.1.2. Simetrik iletişim.....	48
3.3.9.1.3. Paralel iletişim.....	48
3.3.9.2. Szasz ve Hollender hekim- hasta arasında etkileşim modelleri.....	48
3.3.9.2.1. Etkenlik-Edilgenlik temeline dayanan ilişki	48
3.3.9.2.2. Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki	48
3.3.9.2.3. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki	49
3.3.9.3. E.J. Emanuel ve L.L. Emanuel hekim-hasta iletişim modelleri.....	49
3.3.9.3.1. Paternalist/ataerkil karar alma modeli.....	49
3.3.9.3.2. Bilgilendirici model	50
3.3.9.3.3. Açıklayıcı model	50
3.3.9.3.4. Görüşmeye dayalı model.....	50
3.3.9.3.5. Paylaşılan karar verme modeli	50
3.3.10. İletişim Becerilerinin Geliştirilmesi Açısından Sağlık Konusunda Verilecek Eğitim.....	51

3.3.11. Hastaların Hekimlerini Değerlendirmede Hekimlerin İletişim Tarzı	51
3.3.12. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	52
3.3.12.1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık profesyonellerinin iletişimi.....	53
4. GEREÇ VE YÖNTEM	55
4.1. Araştırmanın Tipi	55
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	55
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
4.4. Araştırmanın Kapsamları ve Sınırlılıkları.....	56
4.5. Veri Toplama Formları	56
4.5.1. Sosyo-Demografik Özellikleri Tanıtan Anket Formu.....	56
4.5.2. Hekimlerin iletişim biçiminden memnuniyet ölçeği.....	57
4.6. Verilerin Toplanması	58
4.7. Verilerin Değerlendirilmesi	58
4.8. Hipotezler (Araştırmanın Bilimsel Dayanağı)	59
5. BULGULAR	60
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	60
5.2. Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğinin Dağılımları	68
5.2.1. Araştırmaya Katılan Hastaların “İlgilenme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları.....	68
5.2.2. Araştırmaya Katılan Hastaların “Konuşma ve Dinleme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları	72
5.2.3. Araştırmaya Katılan Hastaların “Bilgi Verme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları.....	74
5.2.4. Araştırmaya Katılan Hastaların “Beden Dili Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları.....	75
6. TARTIŞMA	76
6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi	76
6.2. Hasta-Hekim İlişkisinin Niteliğini Belirleyen Bulguların İncelenmesi	80
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
7.1. Sonuç.....	83

7.2. Öneriler	87
8. KAYNAKLAR	88
9. EKLER.....	105
Ek-1 Demografik Veriler	105
Ek-2 Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeği Anketi	106
Ek-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	108
Ek-4 KOAH Tanısı Konmuş Hastaların Total Sayısının Öğrenme İzin Yazısı	110
Ek-5 KOAH Tanısı Konmuş Hastaların Total Sayı Yazısı	111
Ek-6 Ölçek İzin Yazısı.....	112
Ek-7 Ölçek İzni.....	113
Ek-8 Enstitü Yönetim Kurulu Yazısı.....	114
Ek-9 Bilimsel Etik Kurul Karar Formu	115
EK-10 Araştırma İzin Yazısı	116
EK-11 Araştırma İzin Olur Yazısı.....	117
EK-12 Hastaneye Gelen Hastaların Sayısını Öğrenme İzin Yazısı.....	118
EK-13 İstatistik Veri Sonuçları	119
10. ÖZGEÇMİŞ.....	120
11. TURNİTİN ORJİNALLİK RAPORU	122

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1:	Ölüm Nedenlerinin Dağılımı, 2014-2015	7
Tablo 2:	KOAH 'da Risk Faktörler	7
Tablo 3:	Alevlenme Nedenleri.....	10
Tablo 4:	Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	60
Tablo 5:	Çalışmaya Katılan Hastaların İletişim Özelliklerine Göre Dağılımı	61
Tablo 6:	Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalığı ve Tedavisi ile İlgili Sorularını Hekime Sorma Durumuna Göre Dağılımı	61
Tablo 7:	Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalığı ve Tedavisi ile İlgili Sorularının Yanıtlarını Hekiminden Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	61
Tablo 8:	Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğinin Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarına Göre Dağılımları.....	62
Tablo 9:	Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırması.....	62
Tablo 10:	Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyet Gruplarına Göre Karşılaştırması.....	63
Tablo 11:	Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırması.....	63
Tablo 12:	Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Öğrenim Durumlarına Göre Karşılaştırması.....	63
Tablo 13:	Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırması.....	64
Tablo 14:	Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Maddi Durumlarına Göre Karşılaştırması.....	64

Tablo 15: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırması.....	65
Tablo 16: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Hastaneye Başvuru Sürelerine Göre Karşılaştırması	65
Tablo 17: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Serviste Takibini Yapan Hekimin Adını Bilme Durumuna Göre Karşılaştırması	66
Tablo 18: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Serviste Takibini Yapan Hekim ile Görüşme Süresine Göre Karşılaştırması.....	66
Tablo 19: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Hastalığı ve Tedavisi ile İlgili Soruları Hekime Sorma Durumunun Karşılaştırması.....	67
Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Hastalığı ve Tedavisi ile İlgili Sorularının Yanıtlarını Hekiminden Alma Durumunun Karşılaştırması.....	67
Tablo 21: Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğinin Alt Boyutlarının Birbiri Arasındaki Korelasyonları.....	68
Tablo 22: Araştırmaya Katılan Hastaların “İlgilenme Faktörü” ile İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı.....	69
Tablo 23: Araştırmaya Katılan Hastaların “Konuşma ve Dinleme Faktörü” ile İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı.....	72
Tablo 24: Araştırmaya Katılan Hastaların “Bilgi Verme Faktörü” ile İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı.....	74
Tablo 25: Araştırmaya Katılan Hastaların “Beden Dili Faktörü” ile İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı.....	75

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	KOAH Tanısı	9
Şekil 2.	İletişim Süreci Şeması	16
Şekil 3.	Kişiler Arası İletişim Sınıflaması	22
Şekil 4.	İlgilenme Faktörü İfadelerinin Yüzdelik Dağılımı	71
Şekil 5.	Konuşma ve Dinleme Faktörü İfadelerinin Yüzdelik Dağılımı	73
Şekil 6.	Bilgi Verme Faktörü İfadelerinin Yüzdelik Dağılımı	74
Şekil 7.	Beden Dili İfadelerinin Yüzdelik Dağılımı	75



KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Dr	: Doktor
FEV	: Forced Expiratory Volume /Zorlu Soluk Verme Hacmi
FEV1	: Zorlu Ekspirasyonun Birinci Saniyedeki Volüm
FVC	: Forced Vital Capacity /Zorlu Vital Kapasite
FEV1/FVC	: Zorlu Ekspirasyonun Birinci Saniyedeki Volümün Zorlu Vital Kapasiteye Oranı
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HİBMÖ	: Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeği
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
N	: Evren
n	: Örneklem
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KSSH	: Kronik Solunum Sistemi Hastalığı
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
SPSS	: Statistics Statistical Package for the Social Sciences / İstatistiksel Analiz
TTD	: Türk Toraks Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization /Dünya Sağlık Örgütü

1. TEZ METNİ

1.1. Türkçe Özet

Tezin Başlığı: Akut Alevlenme İle Hastaneye Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim İle Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Hülya BULUT

Danışmanı: Doç. Dr. Erol OZAN

Anabilim Dalı: Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı

Amaç: Akut alevlenme nedeniyle yatırılan KOAH'lı hastaların bakış açısından, hasta-hekim arasındaki iletişimin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Göğüs Hastanesinde 15 Temmuz-15 Aralık 2015 tarihleri arasında akut alevlenme nedeniyle yatan KOAH tanılı 400 hasta ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılan bu çalışma tek merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Yüzde, sayı, standart sapma, ortalama, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve verilerin normal dağılımlarına bakıldıktan sonra parametrik veya non-parametrik testler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %55,5'inin 56-65 yaş aralığında, %63,5'inin erkek ve hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri 5 üzerinden $3,78 \pm 0,79$ olarak hesaplanmıştır (Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeği genel puan ortalaması 5 üzerinden hesaplanmaktadır. Yapılan ölçümlerde 3,5'in eşik değer olarak kabul edilmiştir. Bu değer üzerindeki değerler pozitif, altındaki değerler negatif olarak değerlendirilmektedir).

Sonuçlar: Hastaların meslekleri, yaşadığı yer, serviste takibini yapan hekimin adını bilme, serviste takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresi, hastaların hastalıkları ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime sorma ve sorularının yanıtlarını hekiminden alma ile ölçek arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarında özellikle konuşma ve beden dili; ilgilenme ve beden dili; ilgilenme ve konuşma faktörleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir. Çalışmamızda ölçeğin puan ortalaması, hastaların hekimleri ile iletişiminden memnun olduklarını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: KOAH, İletişim, Hasta- Hekim İletişimi, Hasta Memnuniyeti

1.2. İngilizce Özet

ABSTRACT

Thesis Title: Identifying the Communication between Physician and Patient from the Perspective of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Hospitalized for Acute Exacerbation

Student's Name and Surname: Hülya BULUT

Supervisor: Erol OZAN, Assoc. Prof.

Department: Department of Communications in Healthcare Services

Purpose: This study was conducted to determine the communication between physician and patient from the perspective of COPD patients hospitalized for acute exacerbation.

Material and Method: This single-center, descriptive and cross-sectional study was conducted by using face-to-face technique with 400 patients who were diagnosed with COPD and hospitalized for acute exacerbation at Chest Hospital between 15 July-15 December 2015. Data of the investigation were assessed by using parametric and nonparametric tests after examining percentage, standard deviation, mean, significance testing of the difference between two means and normal distribution.

Results: Patients that participated study; 55.5% aged 56-65 years, 63.5% were male and Level of satisfaction for communication by the physicians was calculated as 3.78 ± 0.79 out of 5 (Mean of overall score in Satisfaction Scale of Physicians' Communication is calculated on a 5-point scale. Threshold value is accepted to be 3.5 in measurements. Values above this value are considered positive and below are considered negative).

Conclusion: It was seen that there was a significant difference between Scale and the patient's jobs, residences, knowing the name of physician who were responsible for follow-up, duration of daily interview with the physician responsible for follow-up, ability to ask questions about the disease to the physician and receiving responses directly from the physician. In the results of study, there was a considerably high correlation between particularly conversation and body language, attention and body language, and attention and conversation factors. Point average of the scale in our study shows that the patients are satisfied with communication with their physicians.

Key Words: COPD, Communication, Patient-Physician Communication, Patient Satisfaction

2. GİRİŞ VE AMAÇ

Solunum sisteminin kronik hastalıkları, ölüm oranında artışa sebep olmaktadır. En sık görülen kronik solunum sistemi hastalığı(KSSH), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH)'dır. KOAH düşük seyirli, artan ve tam olarak geri dönüşümlü olmayan, fakat engellenebilir ve tedavi edilebilir bir kronik hastalıktır(WHO 2009; TTD 2010; Kaufman 2014). Alevlenmeler ve eşlik eden hastalıklar, KOAH'ın artmasına sebep olmaktadır(GOLD 2014). KOAH'ın en kötü tarafı, bronşlarda oluşan tıkanmanın bir daha düzelmemesi ve tedavi edilmediği durumlarda ise hastalığın sinsice ilerlemesidir. Hastada dispne, balgam, öksürük miktarı ve pürülansında artış görülmektedir. Bunların sonucunda ise hastanın tedavi yönteminde değişiklik yapılması gerekmektedir(GOLD 2011).

KOAH'da akut atak veya akut alevlenme, "hastanın nefes darlığı, öksürük ve/veya balgam miktarı ve pürülansında artış olan, 24-48 saatten uzun süren ve hastanın düzenli kullandığı tedavide değişiklik gerektiren akut başlangıçlı bir olay" olarak tanımlanabilir. Alevlenme bulgularına hırıltılı solunum, günlük aktivitede azalma, öksürükte şiddetlenme, ateş, halsizlik, uykusuzluk, depresyon, konfüzyon, mental fonksiyonlarda bozulma eşlik edebilir(Celli ve MacNee 2004; Rabe ve ark. 2007; GOLD 2009).

KOAH hastalarının çoğunluğu her yıl ortalama birkaç kez alevlenme geçirirler, alevlenme sayısı solunum yolu tıkanmasına bağlı olarak artmaktadır(Donaldson ve ark. 2002; TTD 2010). Hastanede uygulanan akut atak tedavisinde; atak nedeni, şiddeti ve yaşamı tehdit eden ataklar tespit edilir. Atağı önlemeye yönelik tedavi verilebilir (Yurt 2009).

KOAH tanısı alan ve tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınları hekim tarafından bilgilendirilmelidir. Hekim tarafından verilecek eğitimle, hastanın tedavisinin etkinliği artırılabilir(TTD 2010).

İletişim sürecinde kişiler arası etkileşim de iletişim önemlidir. Meslek sahiplerinin başarılı olmasında da iletişim becerileri önemlidir(Uyer 2000; Yılmaz ve ark. 2006). İletişimde başarılı olan bireyler; kendisine güvenen, saygılı, işbirliği ve paylaşmaya istekli, sorunlara çözüm arayan niteliklere sahip kişilerdir. Fikirlerini savunmada inatçı davranan, başkalarının görüşlerini doğru bulmayan, güvensiz ve korku içinde yaşayan kişiler genellikle iletişim kuramazlar. Etkili bir iletişim için kişiler arasında amaç birliğinin oluşturulması gereklidir(Bilen 2009). Etkili iletişim, kişilerarası düşünce ve duygu alış verişinde mesajların net olarak algılanmasıdır(Ersanlı ve Balcı 1998). Etkili iletişim becerileri, insan ilişkilerinde ve meslek alanlarında kişiler arası ilişkileri kolaylaştırır(Korkut 2005).

Etkili iletişim kurabilen sağlık profesyonelleri iletişim problemlerini uygun şekilde çözer ve alternatifler önerebilir(McNeill ve ark. 2008). Sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşlarına başvuran kişiler arasındaki iletişim sürecinde; empati, saygınlık, eşitlik, verimlilik ve yeterlilik gibi yeteneklere sahip olunması gereklidir (Keçeci ve Taşocak 2009). Sağlık profesyonellerinin etkili iletişim kurmaları gerekmektedir. İletişim becerilerinin iyi olması şarttır. İletişimleri yüz yüze ve sözlü olmalıdır. Anlaşılmayan yerler için geri bildirimde bulunmalıdır(Gültekin 2012).

Kişiler arası iletişim içeriğinde hasta-hekim ilişkisi de bulunmaktadır. Kişiler arası iletişimin hizmet ettiği amaçlar; bilgi alış-verişi, problem çözme, ilişkileri devam ettirme, insanların fikirlerini kendi kararı ile kabul etmelerini sağlamaktır(Atıcı 2007).

Kronik hastalıklarda hasta-hekim iletişiminde dikkat çeken nokta hekiminden memnun olan hasta, hekimin tedavi önerilerini uygulamaktadır(Kenny 2010). İyi bir hasta-hekim ilişkisinin özellikle kronik hastalıklar için önemli olduğu ve etkili olduğu, bu hastaların yeterli düzeyde bilgilendirildiklerinde ve karar alma sürecine dâhil edildiklerinde hastalıklarıyla ilgili olumlu davranış gösterdikleri, hekim önerisine uymada daha dikkatli oldukları görülmektedir(Beck ve 2002).

Hekimler hastalar ile konuşmalarına rağmen etkili iletişim içine girmemektedirler (Özkan 2011). Yapılan araştırmalar sonucunda hastaların büyük bir çoğunluğunun hekim ile karşılıklı iletişimden memnun olmadığı, bu memnuniyetsizliğin nedeninin

de teknik yetersizlikten ziyade etkisiz iletişimden kaynaklandığı görülmüştür(Ataç 2009).

Hastaların hekimleriyle kuracakları etkin bir iletişim, yaşamları boyunca sürecek hastalıklarıyla ilgili tıbbi önerileri kavrama, benimseme ve doğru uygulamalarını sağlamak suretiyle, hastalığın gidiş ve sonlanışını olumlu yönde etkileyecektir.

Hastalığı konusunda ayrıntılı bir şekilde eğitim verilen hastanın, hastaneye gelme sıklığı azalacaktır. Bu da ancak hekimlerin hastaları ile kuracakları etkili iletişim sayesinde olacaktır. Hasta ile kurulan iyi bir iletişim sayesinde hasta hastalığı hakkında ayrıntılı olarak bilgilenecektir. Hasta dikkat etmesi gereken konularda daha özenli davranacaktır. Bunların sonucunda hasta kendi sağlığı konusunda üzerine düşen görevi en iyi şekilde yerine getirmiş olacaktır. Hekimi tarafından yeterli bilgilendirilen hastanın hastaneye yatışları azalacaktır. Hastane yatışlarının azalması ile de hastalığın neden olduğu mali yük düşecektir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bireyin yaşamını etkileyen önemli bir hastalık olan KOAH ile yaşayan hastalar, akut alevlenme dönemlerinde hastaneye yatırılmaktadır. Bu çalışma; hastane ortamında hasta-hekim ilişkilerinde iletişimi güçlendirmeye, yaşanan iletişim sorunlarının nedenlerini öğrenmeye ve çözümüne yönelik öneriler geliştirmeye katkı sağlayacaktır. Bunun sonucunda da hasta memnuniyetinin ve tedavideki başarının artması beklenmektedir. *“Akut Alevlenme Nedeniyle Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim İle Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesi”* amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Hastanın bakış açısıyla hekimlerin kendileriyle kurdukları iletişimin belirlenmesi, akut alevlenme nedeniyle yatırılan KOAH hastalarının ihtiyaç, istek, önceliklerini ve beklentilerini ortaya koyarak, hekim-hasta ilişkilerinin geliştirilmesi üzerinde çalışılacak noktalara işaret edecektir.

3. GENEL BİLGİLER

3.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

3.1.1. Tanımı

Solunum sisteminin kronik hastalıkları kişilerde ölüm oranında artışa sebep olmaktadır(WHO 2009; TTD 2010; Kaufman 2014). KOAH, en sık görülen kronik solunum sistemi hastalığıdır(WHO 2009).

KOAH zararlı gaz ve parçacıklara karşı havayolları ve akciğerlerin artmış kronik ilerleyici özellikteki kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Alevlenmeler ve eşlik eden hastalıklar hastalığın şiddetine katkıda bulunur(GOLD 2014).

3.1.2. Görülme Sıklığı

KOAH hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sosyo-ekonomik sorundur. Ayrıca önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmasına rağmen yeterince tanı konulamayan ve tedavi edilemeyen KOAH'ın sıklığı tüm dünya ülkelerinde çoğalmaktadır. 2020 yılında ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı alacağı tahmin edilmektedir, başka bir tahmin de 2030 yılında ölüm nedenleri arasında dördüncü sırayı alacağıdır(GOLD 2014; Sanchez-Salcedo ve ark. 2014). Bu hastalığın en kötü yanı, bronşlarda oluşan tıkanmanın bir daha düzelmemesi ve tedavi edilmez ise hastalığın sinsice ilerlemesidir. Hastada dispne, öksürük, balgam, miktarı ve pürülansında artış görülmektedir. Bunların sonucunda ise hastanın tedavisinde değişiklik gerekmektedir(GOLD 2011).

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) sonuçlarına bakıldığında, Türkiye'de 2014-2015 yıllarında en çok görülen ölüm nedenleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu sonuçlara göre 2015 yılında solunum sistemi hastalıkları yüzde 11,1 ile en sık görülen üçüncü ölüm nedenidir(TÜİK 2015).

Tablo 1: Ölüm Nedenlerinin Dağılımı, 2014 – 2015

	2014 (r)		2015	
	n	%	n	%
Toplam	383 639	100,0	392 429	100,0
Dolaşım sistemi hastalıkları	153 646	40,0	157 965	40,3
İyi huylu ve kötü huylu tümörler (malign ve benign neoplazmlar)	78 074	20,4	78661	20,0
Solunum sistemi hastalıkları				
Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	40 638	10,6	43 566	11,0
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	19 424	5,1	19 728	5,0
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	16 616	4,3	19 035	4,9
Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.)	20 160	5,3	17 696	4,5
	55 081	14,4	55 778	14,2

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(r) 2014 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle revize edilmiştir.

3.1.3. Risk Faktörleri

KOAH, genetik yatkınlık ve çevresel etkilere maruz kalınması sonucu oluşan bir hastalıktır(Hooper ve ark. 2012). KOAH'dan %80-90 oranında sigara sorumludur (Umut 2008). Haftada 40 saatten fazla ve 5 yıldan uzun süreli sigara dumanına maruz kalanlarda KOAH gelişme riskinin %50 oranında arttığı tespit edilmiştir. Kişiler sigara içmeseler dahi sigara dumanından uzak durmaları gerekmektedir(Yin ve ark. 2007).

Dünya genelinde üç milyar kişi ısınmak ve/veya yemek yapmak amacıyla organik kökenli atıklardan elde edilen yakıt ya da kömür kullanmaktadır(Salvi ve Barnes 2009). Organik kökenli atıklardan elde edilen yakıtlar ev içi hava kirliliğine ve sigara içmeyen kadınlarda KOAH'a sebep olabilir. Kişisel faktörler içindeki Alfa-1 antitripsin eksikliği ülkemizde pek görülmezken, daha çok Kuzey Avrupalılarda görülmektedir. Tablo 2'de KOAH'a neden olan risk faktörleri verilmiştir(Umut 2008).

Tablo 2: KOAH 'da Risk Faktörleri

KOAH'da Risk Faktörleri	
Çevresel Faktörler	Kişisel Faktörler
<ul style="list-style-type: none">• Sigara• Mesleki toz ve kimyasal maddeler• Ev içi ve dışı hava kirliliği• Enfeksiyonlar• Kötü sosyo-ekonomik koşullar	<ul style="list-style-type: none">• Genetik faktörler (Alfa-1 antitripsin eksikliği)• Bronş aşırı duyarlılığı• Düşük doğum ağırlığı

3.1.4. Semptomları

Kronik öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı, yorulma sonrası nefes darlığı yakınmaları ve/veya risk faktörlerine maruz kalma öyküsü olanlarda KOAH düşünülmelidir. Risk faktörü taşıyan kişilerde belirtiler mutlaka araştırılmalıdır.

Öksürük başlangıçta hafiftir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte her gün, sıklıkla gün boyu ve ataklar sırasında şiddetlenir. Balgam genellikle beyaz-gri, koyu kıvamlı ve yapışkandır. Balgam hastalığın başlangıcında azdır, hastalığın kronikleşmesiyle birlikte miktarı ve koyuluğu artar. KOAH'da ataklar sırasında hırıltılı solunum sesleri duyulabilir. Hastalık ilerlediğinde oksijen azlığı geliştiğinden dolayı siyanoz(eller, ayaklar ve yüzde morarmalar) görülebilir(TTD 2010).

3.1.5. Fizik Bulguları

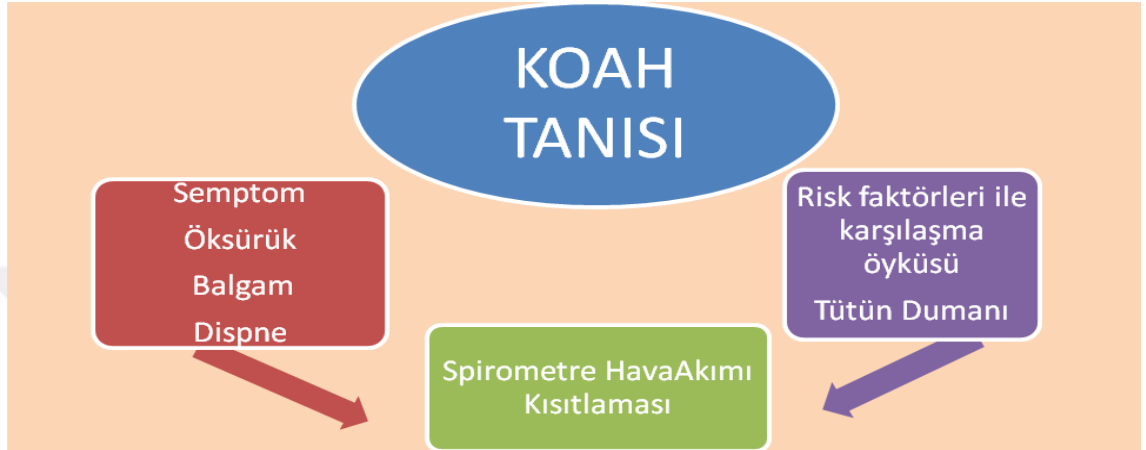
Hastalığın erken evrelerinde fizik muayene normal olabilir. İleri dönemlerde hastalık ilerlediği için daha çok karakteristik bulgular görülür(Tetikurt 2005). KOAH hastasının muayenesinde nefes darlığı, hiperinflasyon ve solunum kas yorgunluğu değerlendirilir. Nefes darlığı olan hastalar da giyinme, muayene odasına girme gibi önemsiz aktivitelerde de takipne ve solunum sıkıntısı görülür. Bu hastalar konuşurken zorlanırlar ve uzun cümle kuramazlar. KOAH hastalarında istirahat halinde solunum hızı genellikle normalin üzerindedir. Solunum hızı hastalığın artması ile doğru orantılıdır. Hiperkapni olan hastalarda solunum hızı dakikada 25 ve üzeridir(Altın 2003).

3.1.6. Tanı

Akciğer grafisi, pnömoni ve pnömotoraksa bağlı KOAH akut ataklar tanının konulmasında önemlidir. Fakat akciğer grafisi KOAH tanısı için yeterli değildir. KOAH'ın başlangıcında akciğer grafisi normal görülebilirken, ileri dönemlerinde aşırı havalanma bulguları görülür(Umut 2008 ve TTD 2010).

Kırk yaş üzeri bir hastada KOAH belirtilerinden herhangi birinin varlığında KOAH düşünülmeli ve solunum fonksiyon testleri(SFT) yapılmalıdır. Kesin tanı için SFT zorunludur. SFT hastalığın tanısında, şiddetinin belirlenmesinde ve izlenmesinde

kullanılır(Qaseem ve ark.2011;GOLD 2014). KOAH düşünölen hastada bronkodilatör sonrası 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacmin(FEV1), zorlu vital kapasiteye(FVC) oranı; FEV1/FVC<%70 ise hastada hava akımı kısıtlamasının varlığı doğrulanır ve hasta KOAH olarak değeriendirilir(Celli ve ark. 1995; Rennard ve Daughton 1997; Albert ve ark. 2012; GOLD 2014).



Şekil 1: KOAH tanısı(GOLD 2006)

3.1.7. KOAH'da Alevlenmeler

3.1.7.1. Alevlenme tanımı

GOLD(2011) alevlenmeyi hastanın solunum yollarında görölen belirtilerin (dispne, balgam miktarında ve pürülansında artış) her zamanki durumuna göre artma ve hastanın tedavisinde değışiklik gerektiren kötüleşme olarak tanımlamaktadır.

KOAH'da akut atak veya akut alevlenme "hastanın nefes darlığı, öksürük ve/veya balgam miktarı ve pürülansında artış olan, 24-48 saatten uzun süren ve hastanın düzenli kullandığı tedavide değışiklik gerektiren akut başlangıçlı bir olay" olarak tanımlanabilir. Alevlenme bulgularına hırıltılı solunum, günlük aktivitede azalma, öksürükte şiddetlenme, ateş, halsizlik, uykusuzluk, depresyon, konfüzyon, mental fonksiyonlarda bozulma eşlik edebilir(Celli ve MacNee 2004; Rabe ve ark. 2007; GOLD 2009).

KOAH hastalarının çoğunluğu her yıl ortalama birkaç kez alevlenme geçirirler, alevlenme sayısı hava yolu tıkanmasına bağılı olarak artmaktadır(Donaldson ve ark.

2002; TTD 2010). Sıcak aylarda hastaneye yatış oranı %4,6 iken, soğuk aylarda bu oran %8,4'e çıkmaktadır. Kışın soğuk havanın etkisiyle alevlenme artmaktadır. Alevlenmeler özellikle Kasım-Şubat ayları arasında daha ağır görülmektedir, hastanın iyileşmesi kışın uzun sürmektedir(9 -10 gün)(Donaldson ve ark.2012).

3.1.7.2. Alevlenme nedenleri

Alevlenme nedenleri Tablo 3'de gösterilmiştir. Alevlenme tedavisinin etkinliği açısından nedeni saptamak önemlidir. Şiddetli alevlenmelerin yaklaşık %30'unda neden bulunamaz(Rodriguez-Roisin 2000; Sapey ve Stockley 2006; Rabe ve ark. 2007).

Tablo 3: Alevlenme Nedenleri

Primer Nedenler	<ul style="list-style-type: none">• Trakeobronşial enfeksiyonlar• Çevresel maruziyet(iç ve dış ortam hava kirliliği)
Sekonder Nedenler	<ul style="list-style-type: none">• Pnömoni• Sağ ve/veya sol kalp yetmezliği, aritmi• Pulmoner emboli(postmortem%28-51)• Pnömotoraks• Oksijenin yetersiz kullanımı• İlaçlar(hipnotik, trankilizan, diüretik vb)• Gastroözofageal reflü ve/veya aspirasyon• Metabolik hastalıklar(diabetes mellitus, elektrolit dengesizlikleri vb.)• İyi beslenememe• Miyopati ve/veya solunum kasları güçsüzlüğü• Diğer hastalıklar(gastrointestinal kanama vb)• Son dönem solunum hastalığı(solunum kas yorgunluğu, vb)

Alevlenmeler sistemik ve hava yolu inflamasyonu ile bağlantılıdır. Bakteriyel veya viral enfeksiyonlarla artabileceği gibi, çevresel faktörlerle de artabilir. Alevlenmeler mortaliteyi ve kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır. Ayrıca, yeni atak gelişimini ve akciğer fonksiyonlarındaki kaybı artırmakta, kas kitlesinde azalmaya katkı sağlamaktadır. Alevlenmeler fiziksel aktivitede kısıtlamaya ve ruhsal durumun etkilenmesine(depresyon, anksiyete) neden olduğundan yaşam kalitesini de bozmaktadır. Buna bağlı olarak iş kayıpları ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple alevlenmelerin önlenmesi gerekmektedir(Araz ve ark. 2013).

3.1.7.3. Alevlenmelerin önlenmesi

Alevlenme sebebiyle hastaneye yatırılan hastalar, tekrar alevlenme görülmesi açısından risk altındadır(Holguin ve ark. 2005). Hastanede uygulanan akut atak tedavisinde, atak nedeni, şiddeti ve yaşamı tehdit eden ataklar tespit edilir. Atağı önlemeye yönelik tedavi verilir(Yurt 2009). İnhaler kortikosteroidler, uzun etkili bronkodilatörler, fosfodiesteraz inhibitörleri, pulmoner rehabilitasyon, uzun süreli antibiyotik kullanımı ile alevlenmelerin azaldığı saptanmıştır(Hurst ve ark. 2010b; Albert ve ark. 2011).

3.1.8. KOAH Tedavisi

KOAH tedavisinde amaçlar;

- Hastalığın ilerlemesini önlemek,
- Semptomları gidermek,
- Egzersiz toleransını artırmak,
- Sağlık durumunu iyileştirmek,
- Komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek,
- Alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmek,
- Mortaliteyi azaltmaktır.

Bu amaçları gerçekleştirmek için önerilen tedavi programı şöyledir:

- Sigaranın bırakılması,
- Çevresel, mesleki toz ve kimyasal maddelerin önlenmesi,
- Stabil KOAH tedavisi,
- Alevlenmelerin tedavisi,

KOAH'da farmakolojik tedavi semptomlarının giderilmesi, alevlenme sayısı ve derecesinin azaltılması ve egzersiz intoleransının azaltılması için önemlidir(GOLD 2014).

3.1.8.1. Alevlenmede tedavi

Sigaranın bırakılması, influenza, pnömokok aşılması, uzun etkili bronkodilatör tedavisi, inhale kortikosteroid, fosfodiesteraz-4 inhibitörleri gibi tedaviler atak sayısını ve hastaneye yatışı azaltabilir(GOLD 2011).

Tedavi de:

- **Bronkodilatör:** İnhaler veya nebulize kısa etkili bronkodilatör alevlenmelerin ana tedavisidir.
- **Kortikosteroid:** Akut ataklarda ve atakların önlenmesinde sistemik kortikosteroid tedavisi etkilidir.
- **Antibiyotikler:** Nefes darlığında, balgam miktarında artış ve pürülan balgam varsa antibiyotik başlanmalıdır.
- **Oksijen Tedavisi:** Hipoksemi geliştirse oksijen tedavisi uygulanır.
- Sağlıklı beslenme sağlanır.
- Düzenli egzersiz programlarıyla yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlanır.
- Dispnenin önlenmesi,
- Aşılama ile enfeksiyonlardan korunma da erken tanı sonrasında hastalara verilecek hizmetlerdendir.
- Hafif ataklarda evde takip yapılabilir.

KOAH'ın şiddetli olması, alevlenmelerin başlangıçtaki ilaç tedavisine yanıt vermemesi, istirahat halinde ani nefes darlığı gelişmesi ya da yaşamsal bulgularda değişiklik gibi belirtilerin yoğunluğunda belirgin bir artış durumlarında hastaların hastaneye yatışları artmaktadır(Umut 2002; Atasever ve Erdinç 2003; Kıyan ve Kuran 2012; KOAH 2014).

3.1.9. Ekonomik Yük

KOAH çoğunlukla, kendisine eşlik eden hastalıklarla birlikte dir. KOAH maliyeti yüksek kronik bir hastalıktır(Mannino ve Buist 2007). KOAH ilerledikçe, alevlenmeler ve hastaneye yatış arttığından dolayı maliyet artmaktadır(Hurst ve ark. 2010a). KOAH alevlenmeleri doğrudan maliyetin yaklaşık %60'ını oluşturmaktadır.

KOAH'ın sebep olduğu ekonomik maliyet günümüzde 2,1 trilyon US \$ civarındadır ve bu maliyetin 2030 yılına kadar 4,8 trilyon \$'a yükseleceği tahmin edilmektedir (Bloom ve ark. 2011).

3.1.10. KOAH ve İletişim

3.1.10.1. Hekimin hasta ile kuracağı iletişimi zorlaştıran etmenler

KOAH'lı hastalar dispne durumlarında kısmi ya da tam hareketsiz olurlar. Egzersiz toleransı azaldığından bağımlılık durumları artmıştır. Bunun sonucunda hastanın depresyonu daha da ağırlaşmıştır. Bu süreç hastanın iletişim güçlüğüne neden olmaktadır(Basia ve ark. 2001). Kömürcüoğlu ve ark.(2000)'nin çalışmasında yatarak tedavi alan KOAH hastaların 1/3'ünde depresyonun daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Hastanın ailesi ve sağlık çalışanları ile iletişiminin bozulduğunu görmüşlerdir.

Korkmaz ve Tel(2010)'in çalışmalarında; KOAH'lı bireylerin ilerleyici fiziksel güç kaybı, sosyal etkinlikler, mesleğini yürütme güçlüğü, yakın çevresiyle ve sağlık ekibi üyeleriyle iletişim sorunları yaşamasının, hastanın benlik saygısı ve öz güveninin azalmasına neden olduğunu görmüşlerdir.

KOAH'lı hastalar bireysel bakım gücünün azalması, sosyal aktiviteler için enerjinin tükenmesi ve iş kaybına bağlı olarak yaşam şeklinde birçok değişiklik yapmak zorunda kalabilirler. KOAH'lı hastalarda sıklıkla anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, inkâr ve bağımlılık görülür. Yaşanan bu duygular hastaların kendileriyle, yakınlarıyla ve özellikle tedavi yönetiminde sağlık profesyonelleriyle olan iletişimini olumsuz etkilemektedir(Weilitz ve Sciver 1996; Smeltzer ve Bare 2000).

Knauff ve ark.(2005)'nin yaptıkları çalışmada, hastaların özellikle kendilerine uygulanacak bakım veya tedaviler ile ilgili bilgi sahibi olmamaları nedeniyle hastaların hekimleri ile olan iletişimlerinde(*“Hayatta kalabilmeye odaklanıyorum”*, *“Doktorumun yeterince benimle ilgilendiğinden ve iletişime açık olduğundan emin değilim”* gibi ifadelerle) problemler olduğunu belirtmişlerdir.

3.1.10.2. Hekimin hasta ile kuracağı iletişimi kolaylaştıran etmenler

KOAH hastası ilk hastaneye yatışından itibaren hekim tarafından, hastanın inkâr, suçluluk ve depresyona kadar değişebilen duygusal durumu değerlendirilmelidir. Hastalığın çeşitli nedenlerle gelişimine paralel olarak hastada özellikle suçluluk duygusu artmaktadır. Hastanın yaşadığı duygusal durumlar ve fiziksel sınırlama yaşamasında hekimin hasta ile kuracağı iletişim önemlidir. Hekim açık ve dürüst iletişim kurabilmelidir.

Hekimin hasta ile iletişim kurarken gevşeme tekniklerini kullanması hastanın duygularını ifade etmesine imkân sağlar(Poirrier ve Oberleitner 1997; Basia ve ark. 2001).

3.1.11. KOAH'da Hasta Eğitimi

KOAH nedeniyle hastaların sağlık durumları bozulmaktadır. Bu durum hastaların aile yaşantılarını etkilemekte, hastaların bağımlılık durumlarını arttırmaktadır(Hasson ve ark. 2008).

KOAH tanısı alan ve tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınları hekim tarafından bilgilendirilmelidir. Hekim tarafından verilecek eğitimle, hastanın tedavisinin etkinliği artırılabilir. Eğitimin planında aşağıda belirtilen konular yer almalıdır:

1. KOAH hastalığının belirti ve bulguları anlatılmalı,
2. Sigaranın zararları anlatılmalı, hasta sigara kullanıyorsa sigarayı bırakmasının önemi vurgulanmalı,
3. Zararlı toz ve dumandan uzak durması gerektiği anlatılmalı,
4. Tedavisindeki ilaçların kullanımı özellikle inhalelerin doğru ve etkin kullanımı,
5. Oksijen kullanıyorsa doğru kullanım teknikleri,
6. Sağlıklı ve dengeli beslenme,
7. Grip aşısı yaptırmasının önemi,
8. Egzersizin yararları ve solunum egzersizi yapmasının önemi,
9. Yaşam alanının temizliğine dikkat etmesi,

10. Günlük işlerini basitleştirerek yapması,
11. Dinlenmenin gerekliliği,
12. Kontrollerine gelmesi gerektiği öğretilmelidir(TTD 2010).

KOAH alevlenmelerinin önlenmesinde hasta eğitimi çok önemlidir. Hastanın KOAH' a neden olabilecek risk faktörlerinden uzak durması gerektiği anlatılmalıdır. Hasta fiziksel egzersize yönlendirilmelidir. Hastaya inhaler tedavi ve/veya mevcut tedavileri konularında ayrıntılı bilgi verilmesi ile alevlenme ve hastane yatışlarının azaldığı görülmüştür(GOLD 2014).

3.2. İletişim

3.2.1. Tanımı

İletişim kavramı Latince bir kelime olan “communicare” fiilinden türetilmiştir. Communis kelimesi “common” kökeninden gelir ve iletişim kurulabilmesi için aynı anlama gelen sembollerin kullanılması gerekir(Tutar ve Yılmaz 2013). “İletişim” (haberleşme; communication) insanların varlığı ile ihtiyaç duyulan bir gereksinimdir (Aziz 2012). Toplum içinde yaşayan bireylerin mevcut olan kuralları, değer ve inançları aktarabilmesi iletişimle olmaktadır.

Aşağıda belirteceğimiz gibi, farklı tanımları olan iletişim konusundaki ilk tanımları yapan Aristo(MÖ.384-322), “Bir hatibin, konuşmasıyla dinleyicilerini istediği biçimde etkileyebilme ve inandırıcı olma beceri ve sanatı” olarak ifade etmiştir (Tevrüz 1997). İletişim, kişilerin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirlerini anlamalarını sağlayan bir süreçtir. İletişim süreci, beş temel duyu olan görsel, işitsel, dokunsal, kokusal, tatsal kanallar gibi bir ya da daha çok kanalın kullanılmasıyla oluşmaktadır. İletişim kanalları arasında bir uyum olmalıdır(Cüceloğlu 2015a). Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması ve mesaj alış-verişine iletişim denir(Altıntaş ve Çamur 2013). İletişim kısaca bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma sürecidir. İletişimin olması için iki sistem gereklidir. Bu sistemler iki insan, iki hayvan, iki makine ya da bir insan ile bir hayvan,

bir insan ile bir makine(örneğin bir bilgisayar) olabilir. Nitelikleri ne olursa olsun, iki sistem arasındaki bilgi alışverişi “iletişim” olarak tanımlanır(Dökmen 2013).

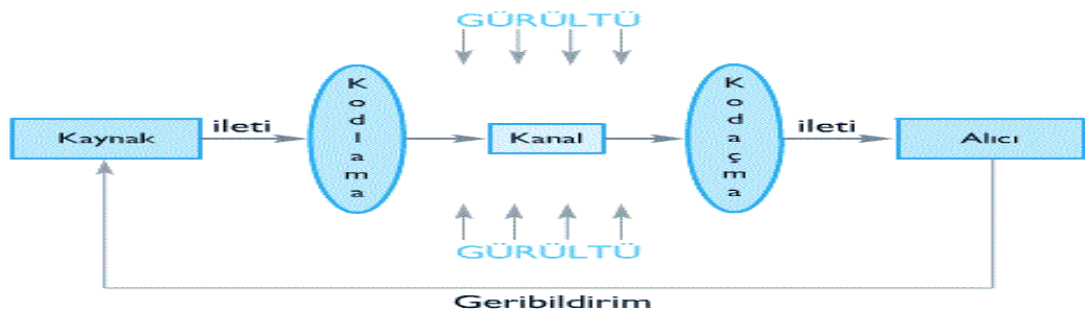
3.2.2. İletişimin Amacı ve Önemi

İletişim; bilginin taşınması ve belirsizliğini gidermeyi, insanların duygularını, düşüncelerini, isteklerini karşısındaki kişilere aktarmayı, sağlıklı iletişim kurarak toplumsal güveni sağlamayı, insanın toplum içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirmeyi, insanın kendisini ve başkalarını tanımasını, anlamasını sağlamayı, alıcıda etki ve davranış değişikliği yaratmayı amaçlamaktır(T.C. MEB. İletişim Süreci 2011). Yaşamımızda iletişimin öneminin artmasının nedeni ise iletişimin bilgi iletiminin temel aracı olmasıdır(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.3. İletişim Süreci ve Öğeleri

İletişim, insanın ve bireyin kültürel çevresi (hem doğal, hem de toplumsal çevresi) ile ilişkilerine göre değişip gelişen ve buna karşılık insanı değiştiren bir süreçtir. İletişim, bireyin bilgi edinmesini, tutum ve davranışlarda değişikliği sağlayan bir süreçtir(Zıllıoğlu 2010). İletişim süreci yedi öğeden oluşur. Bunlar:

1. Gönderici(kaynak),
2. Gönderici ve alıcının algılama ve değerlendirme biçimi(kod),
3. Mesaj,
4. Kanal(iletişim aracı),
5. Alıcı veya hedef(mesajın iletilmek istendiği taraf),
6. Geri bildirim(feed-back; dönüt),
7. Gürültü(mesajın iletilmesini engelleyen her tür bozucu çevresel faktörler) dür(Tutar ve Yılmaz 2013).



Şekil 2: İletişim süreci şeması(T.C. MEB. Etkili İletişim 2014)

3.2.3.1. Kaynak(gönderici)

Kaynak, mesajı gönderen kişi veya kişilerdir(Zıllıoğlu 2010). Kaynağın özellikleri şunlardır:

- Kaynak bilgili olmalıdır.
- Kaynak tarafından gönderilen mesajın nasıl kodlanacağı, sözlerin ve işaretlerin anlamlarının neler olduğu alıcı tarafından bilinmelidir.
- Kaynak, statü ve rolüne uygun mesaj göndermelidir. Aksi takdirde olumsuz iletişime sebep olur.
- Alıcılar kaynağı tanımalı ve bilmelidir(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.3.2. Kod

Kodlama, bilginin, düşüncenin, duygunun iletmeye uygun, mesaj haline dönüştürülmesidir. Kodlama, simgelerin anlama dönüştürülmesidir.

Kod açma, mesajın yorumlanıp, anlamlı bir biçimde algılanması olarak tanımlanabilir. İletişimin başarısı, alıcı ile kaynağın mesaja aynı anlamı vermesiyle mümkün olur(Tutar ve Yılmaz 2013). Kod açma ile anlamsız gibi görünen işaret, ses ve görüntüler anlamlı hale getirilir. Burada önemli olan, kodlanan mesajın, alıcı tarafından doğru anlaşılabilmesi, yani aynı “dilin” konuşulmasıdır(Okay 2014).

3.2.3.3. Mesaj

Mesaj alıcıyı uyaran, onu bir tutum veya davranışta bulunmaya iten ve kaynak tarafından gönderilen iletilerdir. Mesajın taşınması gereken özellikler şunlardır:

- Mesaj açık ve anlaşılır olmalıdır,
- Mesaj doğru zamanda iletilmelidir,
- Mesaj uygun kanalla gönderilmelidir,
- Mesaj kaynak ve alıcı arasında kalmalıdır(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.3.4. Kanal (iletişim aracı)

Mesajın gönderildiği ve alındığı ortama kanal denir. Kanal, mesajın göndericiden alıcıya iletiildiği yoldur. Kaynak ve alıcı arasındaki bağı sağlar. İnsanın beş duyu organı iletişim kanallarındandır(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.3.5. Alıcı veya hedef

Kaynağın kodladığı iletiyi alıp, kodunu çözen kişidir(Zıllıoğlu 2010). Etkin iletişim hedef tarafından kodun alındığı, kodun çözüldüğü ve ona kaynağın verdiği anlam verildiği zaman ortaya çıkar(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.3.6. Geri bildirim(feed-back; dönüt)

Gönderilen mesajın alıcıda yaptığı etkiye ya da hedefin, kaynağın mesajına verdiği yanıtı geri bildirim denir. İletişim sürecinde mutlaka geribildirim yapılmalıdır. Geri bildirim, iletişim sürecinde devamlılığı sağlar. Geri bildirim üçe ayrılır:

- Olumlu(pozitif) geri bildirim; bir davranışın zaten ilerlemekte olduğu yönde desteklenmesidir. Alıcı mesajı tam olarak algılar ve mesajı kaynağa doğru biçimde gönderirse, buna pozitif geri bildirim denir.
- Olumsuz(negatif) geri bildirim; mesajın amaçlandığı şekilde alınmadığını bildirmek suretiyle, düzeltici bir işlev gören geri bildirimdir.
- Gelen mesaja tepki vermeyen geri bildirim ise tepkisiz geri bildirim olarak tanımlanır.

Etkili bir geri bildirim özellikleri:

- Kaynağa yardımcı olur,
- Mesajın tam karşılığıdır,
- Zamanlaması uygundur,
- Kaynağın amacına ulaşmasını sağlayacak kadar açık ve nettir(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.3.7. Gürültü

Gönderilen iletiyi bozan ya da alıcının iletiyi almasını güçleştiren engellere gürültü denir(Cüceloğlu 2015b). İletişimin önemli engellerinden olan gürültü türleri şunlardır:

- 1. Fiziksel gürültü:** İletişim ortamına dış dünyadan gelen ve iletişimin etkinliğini bozan fiziksel engellerdir.
- 2. Fizyo-nörolojik gürültü kaynakları:** Çeşitli biyolojik rahatsızlıklardan kaynaklanabilir.
- 3. Psikolojik gürültü:** Hedefin kaynağı güvenilmez görmesi, ona karşı düşmanca hislerinin bulunması; sevinç, heyecan ve korku gibi ruhsal durumlardır (Zıllıoğlu 2010).

3.2.4. İletişim Türleri

3.2.4.1. Sözlü-yazılı-sözlü olmayan iletişim

3.2.4.1.1. Sözlü iletişim

Sözlü iletişim başka bir konuşan kişiye veya alıcıya yönelik cümle üreten bir konuşan ya da kaynak arasında gerçekleşen bir alışveriştir. Sözlü iletişimde ortak bir kod kullanılması gerekmektedir. Sözlü iletişimin en etkili olanı yüz yüze görüşmedir. İnsan yaşamının önemli bir kısmı, çevresi ile sözlü iletişim kurarak geçirir. Evde, okulda, işyerinde, sokakta her an sözlü iletişim kurulur. Sözlü iletişimde sesin önemi büyüktür. Sözlü iletişim biçimlerinde jest ve mimikler, dil ve dil ötesi anlamlar, şahıstan şahısa ve kültürden kültüre değişir(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.4.1.2. Yazılı iletişim

Yazılı iletişim farklı şekillerde ortaya çıkar. Bu tür iletişim mektup, kart, davetiye, telgraf, faks, kısa mesaj(SMS), e-posta, duyurular gibi kişiler arası olabileceği gibi; iş yaşamının gerektirdiği kurum içi yazılı iletişim biçimlerinde de olabilir.

Yazılı iletişimin sözlü iletişime göre bazı üstünlükleri vardır. İletişimin kaydedilmiş olması bunlardan biridir. Bir diğeri yazılı iletişimin anlaşılmayan bir

mesajın tekrar okunması ve üzerinde çalışılmasına olanak vermesidir(Tutar ve Yılmaz 2013).

Yazılı iletişim; çalışma yaşamında ve özellikle devlet kurumlarında, yerel yönetimde, kurumsallaşmış özel iş yaşamında ve sivil toplum örgütleri gibi kurum ve kuruluşlarda vardır. Bu tür iletişim üst-ast arasında gider gelir. Genelde hiyerarşik iletişim olarak da adlandırılan yazılı iletişimde üstlerin mesajları astlara iletilir. Çoğunlukla tek yönlüdür(Aziz 2012).

3.2.4.1.3. Sözlü olmayan iletişim

İletişimimizin temel bir yönünü sözlü olmayan iletişim oluşturur. Günlük yaşamda gerçekleştirilen ilişkilerde başvurulan simgesel kodlar, baş-yüz, el-kol, gövde, bacak ve ayakların hareketleri ve duruşudur(Zıllıoğlu 2010).

3.2.4.2. Yüz yüze-uzaktan iletişim

3.2.4.2.1. Yüz yüze iletişim

Yüz yüze iletişim, verici ya da kaynak ile alıcı ya da hedef arasında herhangi bir araç kullanılmadan, aynı ortam içinde yapılan iletişimdir. En eski ve en etkili iletişim türüdür. Bu iletişim biçiminde hem sözlü iletişim, hem de sözlü olmayan iletişim kullanılır(Aziz 2012).

3.2.4.2.2. Uzaktan/araçlı iletişim

Uzaktan iletişim birbirinden zaman ve mekân açısından ayrı, gruplar ya da bireyler arasında gerçekleşen, kişilerin etkinliğini ve kişilerin gereksinimlerini kendi kendine karşılayabildikleri bir iletişim türüdür. Bunlara tiyatro, gazete, kitap, dergi, broşür gibi yazılı basın ile sinema, film, radyo, televizyon, plak, kaset, video-kaset, kompakt-disk ve internet gibi iletişim teknolojisindeki gelişmelerin ürünü olan araçlar girmektedir. Yeni iletişim araçları iletişim sürecinin hızlanmasına, mesajın kaybolmadan ve bozulmadan iletilmesine olanak vermektedir. Bilgisayar ve internetin yaygınlaşması ile sosyal hayatta bireylerin olanakları artmıştır. Artık telefon ve faksın yanında e-posta, intranet ve extranet, video konferans; web sitelerinin yanında

kurumsal blog, facebook, twitter gibi sosyal medya platformları aracılığıyla iletişim kurulmaya başlanmıştır(Karataş 2003, Danayiyen 2015).

3.2.4.3. Görsel-sessel iletişim

3.2.4.3.1. Görsel iletişim

Bir kısım mesajlar yalnızca göze seslenir. Öncelikle görsel iletişim yolu ile gelen mesajların algılanmasında doğrudan görsellik vardır. Bu görsel mesajlar yazı, fotoğraf olarak gazete, dergi, kitap, afiş gibi basılı iletişim araçları olabileceği gibi hareketli görüntü olarak nitelenen video ve televizyon programları ile sinema filmlerindeki mesajların algılanmasından oluşur(Aziz 2012).

3.2.4.3.2. Sessel iletişim

Ses tellerinin titreşimi, gırtlaktaki zarlar ve kasların hareketleri ile birlikte hareket etmesi sonucunda havanın farklı akımlar oluşturması ile meydana gelmektedir. Ses ve konuşma özünde fonetikle bağlantılı olarak; havanın ses tellerine doğru itilmesi ve ses tellerinin titreşimi ile sesin meydana gelme sürecini ifade etmektedir. Sessel iletişimde yüz yüze sözlü olarak olabileceği gibi telefon, plak, ses CD'leri ya da MP3, MP4 gibi ses depolama araçları ve radyo yayınları yolu ile de olabilir. Ayrıca internete dayalı ve internet destekli olarak da bazı alanlarda sunucu yazılımı ile hazırlanan sesli iletişim kaynağı kullanılabilir(Dündar 2012, Uzuntaş 2013).

3.2.4.4. Terapötik iletişim

Terapötik iletişim, danışan yararına iletişim kurmadır. Bu iletişimde danışanın iletişim becerilerini geliştirmek ve danışanın davranışlarını anlamaya çalışmak amaçlanır. Terapötik iletişim tedavi amaçlı kullanılır. Terapötik ilişkilerde empati, saygı, saydamlık ve somutluk olmalıdır. Terapötik ilişkide danışmanın tutum ve becerisi önemlidir. Terapötik iletişim becerileri insan ilişkilerinin nasıl olması gerektiğini açıklayan iletişim becerilerine dayanmaktadır(Özkurt 2010).

3.2.4.5. İletişim bağlamına göre iletişim türleri

3.2.4.5.1. İçsel iletişim

Kişinin içindeki iletişim ya da içe dönük iletişim, kişinin kendisi ile yaptığı iletişim türüdür. Düşüncelerini bir başkasına aktarmadan önce kişinin kendi kendine konuşması içsel diyalog veya içsel iletişim olarak adlandırılabilir(Aziz 2012).

3.2.4.5.2. Kişiler arası iletişim

Kişiler arası iletişim, iki veya daha fazla kişi arasında meydana gelen mesaj alışverişidir. Kaynağını ve hedefini insanların oluşturduğu iletişime, kişiler arası iletişim denir(Dökmen 2013; Tutar ve Yılmaz 2013). Dökmen(2013)'in yaptığı sınıflamaya göre;



Şekil 3: Kişiler Arası İletişim Sınıflaması

Sözlü iletişim, dil ve dil ötesi olmak üzere iki alt sınıfa ayrılır. Dille iletişimde kişiler, ürettikleri bilgileri birbirlerine ileterek anlamlandırırılar. Dil-ötesi iletişim, sesin niteliği ile ilgilidir; sesin tonu, sesin hızı, şiddeti, hangi kelimelerin vurgulandığı, duraklamalar ve benzeri özellikler dil-ötesi iletişim sayılır.

Sözsüz iletişim, yüzümüzdeki ifade, el ve vücut hareketlerimizdir. Bedensel temas ile karşımızdaki kişi/kişilere çeşitli mesajlar verme yöntemidir. Mekân kullanımı ile başka insanlara olan mesafemizi ayarlayarak, onlara birtakım mesajlar veririz.

Rozetler ya da takılar takarak, kokular sürerek, belirli kıyafetler giyerek çevremize çeşitli mesajlar veririz(Dökmen 2013).

Yüz yüze iletişimde söylenen sözden çok nasıl söylendiği önemlidir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar kişiler arası iletişimde beden dilinin %55, ses tonunun %38 ve sözcüklerin de %7 olduğunu göstermektedir(İzgören 2013).

3.2.4.5.3. Grup iletişimi

Grup iletişimi; küçük gruplarla, takımlarla yapılan iletişim türüdür. Üç veya daha fazla kişinin interaktif olarak birbirlerini etkiledikleri ve birbirlerinden etkilendikleri iletişim biçimidir. Hem örgüt içinde hem de örgüt dışında oluşan informel gruplar arasında da olabilir. Küçük gruplarda üç veya daha fazla insan, iletişim sürecinde doğrudan ve etkin iletişim kurar(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.4.5.4. Kamusal iletişim

Kamusal iletişim, geniş halk topluluklarında yer alan iletişim türüdür. Özellikle kamuya mesajı olan kişiler tarafından kullanılan bir iletişim türüdür. Bu tür iletişim, daha çok geniş halk kitlelerine mesaj verme gereksinimi duyan kişiler(siyasal aktörler, yöneticiler, sanatçılar, öğretim elemanları, iş adamları vb.) tarafından yapılır(Aziz 2012).

3.2.4.5.5. Kitlesele iletişim

Kitle iletişimi, mesajların geniş kitlelere ulaşmasına olanak sağlayacak kitle iletişim araçlarıyla yapılır. Kitle iletişimi toplumu bilgilendirmek, bir kurumu veya kişiyi övmek, suçlamak, savunmak amacıyla kurulabilir. Kitle iletişimi, iletileri gönderen kişi, kurum, kuruluş, örgüt veya grup ile iletiyi alan okuyucu ya da izleyiciler arasında oluşan bir iletişim etkinliğidir(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.4.5.6. Örgütsel iletişim

Örgütsel iletişim, bir örgüt, kurum ya da kuruluş içerisinde oluşan bir iletişim türüdür. Örgütsel iletişim, örgütün iç ve dış çevresi arasında ileti alışverişidir. Bu iletişim, bir kurum ya da kuruluşun içerisinde, işleri yapmak için gerekli olan bir

iletişim biçimidir. Örgütsel iletişimin, örgütsel ve yönetsel fonksiyonlarının yerine getirilmesinde özellikle yöneticiler açısından büyük önemi vardır. Örgütlerde yöneticiler zamanlarının %75-90'ını iletişim faaliyetleri ile geçirirler. Yöneticiler gündelik işlerini yaparken, telefonda konuşurken, iş mektuplarını okurken ve onları cevaplandırırken, örgütü yönlendirme ve denetim fonksiyonlarını yerine getirirken hep iletişimden yararlanırlar. Örgütsel iletişim konusunda kurum ve kuruluşların yapısına bağlı olarak farklı iletişim modelleri kullanılmaktadır(Aziz 2012; Tutar ve Yılmaz 2013).

Tanrıverdi ve ark.(2010) örgüt içi iletişim dinamiklerinin performans düzeyiyle ilişkilerini sorgulayarak, sağlık yöneticilerinin örgütsel iletişimini açıklamışlardır. Çalışmalarında hastanelerin çeşitli düzeylerdeki sağlık yöneticilerinin ve çalışanlarının örgüt içi iletişim düzeyleri ile kurumsal performans düzeyleri arasında olumlu bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır.

3.2.4.5.7. Kültürlerarası iletişim

Kültürlerarası iletişim, farklı toplulukların ve kültürlerin arasında yapılan iletişim türüdür. Bu tür iletişimin kendine özgü özellikleri ve koşulları vardır. Bu tür iletişimde verici ve alıcı taraf aynı kültürün insanları değil, farklı yaşam biçimlerine sahip, farklı kültürlerin insanlarıdır. Bu nedenle, her iki taraf arasında kullanılan ortak dilden, bu dilin sembollerine kadar temelde anlam farklılığı vardır. Kullanılan temel söz varlığı aynı olsa bile, o sözcüklerin taşıdığı anlamlar farklıdır. İletişimin başarılı olması için her iki tarafta bulunan kişilerin birbirlerinin kültürlerini iyi bilmeleri, tanımaları gerekir(Aziz 2012).

3.2.4.5.8. Uluslararası iletişim

Uluslararası iletişim, iletişimin en üstlerinde yer alır ve kendinden önce gelen iletişim türlerine hem benzerlik gösterir, hem de ayrıldığı hususlar vardır. Uluslararası iletişim herkesin içinde bulunduğu bir iletişim türü olmayıp, daha çok uluslararası ilişkilerde bulunmak durumunda olan devlet adamları, siyasetçiler, eğitim, kültür, turizm ve ticaret vb. gibi alanlarda uğraşanların bu amaçlarını gerçekleştirmek için kurdukları ilişkiler çerçevesinde geliştirilen ya da yapılan iletişimdir(Aziz 2012).

3.2.5. Kişiler Arası İletişim

3.2.5.1. Kişiler arası etkili iletişim

Etkili iletişim, hedefin mesajı kaynağın anlamlandırdığı şekilde anlaması, kodunu çözmesi ve geribildirimde bulunarak hedefte tutum ve davranış değişikliği oluşturmaktır. Etkili iletişim empati ve tam iletişimi de gerektirir. İletişim tam olarak kurulmadıkça yani hedef, mesajın kodunu kaynağın kodladığı gibi çözüp geri bildirimde bulunmadıkça kurulamaz. Etkili bir iletişimde aşağıdaki özelliklerin bulunması gereklidir:

- Mesaj, hedefin dikkatini çekecek şekilde tasarlanmalıdır.
- Kodlamada kullanılan simgeler kaynak kadar, hedef tarafından da bilinen simgeler olmalıdır.
- Mesaj hedefin bireysel gereksinimlerine seslenmelidir.
- Mesaj hedefin temel değerlerini, tutumlarını ve normlarını incitmemelidir.
- Mesajın hedef tarafından tam olarak algılanabilmesi için en uygun medya türü seçilmelidir.
- Etkin iletişim kurabilmek için, iletişim sürecinin kullanılması gerekir.
- Doğru mesaj, doğru zamanda verilmelidir.

İyi iletişimin kuralları:

- İletişime geçmeden önce fikirleri netleştirmek.
- İletişimin esas amacını belirlemek.
- Fiziksel ve insani bütün çevreyi göz önüne almak.
- Mesajın tonlamasına da dikkat etmek,
- Mümkün olduğunca yararlı mesajlar vermek.

İletişimde bulunan kişi:

- Bilgi ve deneyim sahibi olmalıdır.
- Kendine güven duymalıdır.
- İyi bir gözlemci olmalıdır.
- İyi bir dinleyici olmalıdır(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.5.1.1. Konuşmak

Konuşma, bir toplumu oluşturan bireylerin günlük gereksinimlerini sağladıkları, birbirleri ile iletişim kurmalarında kullandıkları beceridir. Konuşmada düşünceler, duygular ve bilgiler seslerden oluşan dil aracılığıyla aktarılır(Aziz 2012).

3.2.5.1.2. Dilin önemi

Etkili sözlü iletişimin bir diğer özelliği kullanılan dildir. Dil sözlü iletişimin en önemli ögesidir. Çünkü iletişimin amacı, konusu dil ile aktarılır. Sözlü iletişimde bulunanların, özellikle de iletişimi başlatanın dili çok iyi kullanması, hedef kitlesine göre, dilin zenginliklerinden yararlanabilmesi; gerek temel dil varlığında, gerekse yabancı söz varlığındaki sözcükleri yerinde ve dengeli kullanabilmesi gereklidir(Aziz 2012).

3.2.5.1.3. Sesin kullanımı

Sözlü iletişimde ses en önemli ögedir. Çünkü mesaj, sözlerin yer aldığı insan sesi ile aktarılır. Bu bakımdan sesin özellikleri; sesin rengi, tonu ve hızı etkili iletişim için önemlidir. Sesin bu özellikleri kişinin biyolojik yapısından kaynaklanır(Aziz 2012).

3.2.5.1.4. Dinlemek

Etkili iletişim için etkili dinleme şarttır. Etkin dinlemede karşıdakini dikkatle ve ilgiyle dinlemek, göz teması kurmak, iki yönlü, karşılıklı iletişim kurarak kişinin söylemek istediklerini anladığımızı göstermek ve empatik dinlemek şarttır(Ataç 2009).

Bir şeyi dinlemek için ilk önce, o sesi diğer sesler arasından seçmek gereklidir. Karşımızdaki kişiyi mutlaka yüzüne bakarak ve doğrudan göz teması kurarak dinlemek, daha sonra o ses ile ilgilenme, anlama ve hatırlama aşamaları gerçekleşmektedir. En son aşamada ise karşılık vermek dinlemenin gerçekleştiğini ifade etmektir. Uygun aralıklarla başımızı sallayarak "anlıyorum", "evet" gibi ilgi gösteren kısa geri bildirimlerde bulunmayı ve daha uzun aralıklarla karşımızdaki kişinin söylediğinden ne anladığımızı bir cümleyle tekrarlamayı gerektirir.

İyi bir dinleyicinin aşağıdaki özellikleri taşıması gerekir:

- Dikkatini karşısındaki kişiye vermesi, dinlerken başka bir işle meşgul olmaması,
- Kişinin sessiz ve sakin olması,
- Konuşmacı ile göz teması kurması,
- Fiziksel olarak konuşan kişi ile ilgili olması,
- Dinlerken ön yargılardan uzak olması,
- Konuşmacının sözünü kesmemesi,
- Konuşmacıyı empatik dinlemesi,
- Not alması,
- Karşısındakinin duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışması ve anladığını gösteren sözlü ifadeler kullanması,
- İlgisiz sorular sorulmaması, konuşmacıya yardımcı olmak için soru sorulması,
- Konuşmacının sözünün kesilmemesi, sözünü bitirmesini beklemesi gerekir (Tutar ve Yılmaz 2013; Gürüz ve Eğinli 2014).

Dinlemenin belli başlı yararları:

- Dinleyici, ilgili konuda dinlemeye istekli olursa konu ile ilgili gerekli bilgiye sahip olur.
- Dinleyicinin dinlemek için zihinsel, fiziksel ve psikolojik olarak kendini hazır hissetmesi gerekir.
- Dinleme önemli bir zihinsel enerji ve süreç gerektirir.
- İletişim kolaylaştığından, mesaj gönderen bireyi dikkatle dinleyerek mesajın anlaşılıp anlaşılmadığının farkına varır.
- Dikkatli dinleme, konuşmacıları motive eder.
- İyi dinleme, anlayış düzeyini artırır(Bilen 2009; Gürüz ve Eğinli 2014).

3.2.5.1.4.1. Dinleme çeşitleri

- Aktif ve pasif dinleme,
- Eleştirel ve eleştirel olmayan dinleme,
- Yüzeysel ve derin dinleme,
- Empatik ve objektif dinleme,
- Bilgilendirici dinleme,

- İlişkisel dinleme,
- Takdir edici dinleme,
- Tanımlayıcı dinleme(Gürüz ve Eğinli 2014).

3.2.5.1.4.2. Dinlemede karşılaşılan engeller

1. **Kendine dönük olmak:** Bu tip dinleyiciler, dinlemek dışında birçok şey yapmakla meşguldür. Konuşan kişinin sözünü kesme eğilimi gösterirler. Bu şekilde dikkati kendi üzerine çekmektedirler.
2. **KontROLSÜZ duyular:** Kelimeler kişiler için farklı anlamlara sahiptir.
3. **Konuşmacıyı eleştirmek:** Dinleyici eğer konuşmacıyı eleştiriyorsa, mesajı odaklanamamaktadır.
4. **Konuşma hızı ve düşünce hızı farkı:** İnsanların konuşma hızından daha hızlı düşünüyor olması, bir dinleme tuzağı meydana getirir. Ortalama olarak bir insan dakikada 150 kelime konuşabilmektedir. Ortalama düşünme hızı 500 kelimedir. Ortalama konuşma hızı ile ortalama düşünme hızı arasındaki fark ilgi dağılmasına neden olmaktadır.
5. **Dikkat kaydırmak:** Duyma ile ilgili çok fazla problem yaşandığında ya da çok fazla uyarıcının aynı anda gelmesi durumunda kişinin dikkati dağılacağı için dinleme güçleşmektedir.
6. **Aşırı bilgi yüklemesi:** Çok fazla bilginin aynı anda verilmesidir.
7. **Dış gürültü:** Kişilerin iletişim kurdukları esnada, çevrelerinde bulunan birçok ses iletişime dâhil olmaktadır. Dinleyen kişinin kendinden kaynaklanan bir rahatsızlık nedeni ile az duyma olabileceği gibi, çevreden gelen gürültüler de sesin duyulmasını engelleyebilmektedir.
8. **Dinleyici huzursuzluğu:** Bazı kişiler başka kişiler ile diyalog kurmaktan huzursuzluk duyarken, bazı kişiler de dinlemekten huzursuzluk duymaktadırlar. Dinleyici huzursuzluğu birçok zaman kişinin dinleme sırasında mesajları kaçırmak endişesi ya da anlayamama korkusu yaşadığında ortaya çıkmaktadır.

9. **Konuyla ilgili olmama:** Kişinin konu hakkında bilgisi yoksa bu durumda konuyu anlaması oldukça güç olacaktır.
10. **Söz kesme:** Birçok dinleyicinin, konuşmacı sözlerini bitirmeden bahsedilen konu hakkında bilgisi olduğu için söz keserek konuya eklemeler yapmaya çalışmasıdır.
11. **Ayrıntılara odaklanmak:** Konuşmanın genel hatlarını anlamak, detaylar hakkındaki bilgilerin de akılda kalmasını sağlamaktadır.
12. **Ön yargılı yaklaşmak:** Bazı durumlarda konuşmacının söylediklerini detaylı bir şekilde not alarak, soru sorarak, duymak istediği bir biçimde ifade edilmesi için mücadele vermektir.
13. **Etkisiz beden duruşu:** Etkili dinleyenlerin beden duruşu, açık ve konuşmacıya yoğunlaşmış olduğu mesajını verir. Etkisiz dinleyicilerin ise özensiz oturuşları, etrafta gezinen bakışları vardır.
14. **Şaşkınlık yaratma:** Bir konuşma sırasında belirli bir noktada, dinleyiciler konuşmacının ilgisini sorularla, katılımları ile çekerler.
15. **Zor sözcükleri atlama:** Yetersiz dinleyiciler zor sözcükleri atlarlar.
16. **Düş kurma:** Konuşma hızı düşünme hızına göre oldukça yavaştır. Bu nedenle arada kalan sürede hayal kurmak ve farklı düşüncelere dalmak mesajın ana hatlarını kaçırmaya neden olmaktadır. Genellikle kişi sıkıldığı ya da endişeli olduğu durumlarda düşüncelere dalma eğilimi artmaktadır (McKay ve ark. 2006; Gürüz ve Eğinli 2014).

3.2.5.2. Kişiler arası iletişimde sözsüz(sözlü olmayan) iletişim

Sözsüz iletişim, sözcük kullanmadan anlaşmaktır. Sözsüz iletişim sesli dil üzerinden, işaret dili veya yazı dili kullanılmadan yapılan iletişimidir(Tutar ve Yılmaz 2013).

3.2.5.2.1. Sözsüz iletişim türleri

Genel olarak sözlü olmayan(sözsüz) iletişim üç grupta toplanır:

- Beden Dili

- Dil Benzeri Sözsüz İletişim
- Kılık Kıyafet/Giyinme

3.2.5.2.1.1. Beden dili

Kıyafet ve süs, saç şekli, sakal tarzı, dövmeler beden dilinin bilinçli sözsüz iletişim unsurlarıdır. İletişimde beden dili ile çeşitli mesajlar gönderilir(Tutar ve Yılmaz 2013). Örneğin, bir iş görüşmesine gittiğinde omuzları çökmüş, başını öne eğen, ellerini birbirine birleştirip öyle konuşan biri ne kadar etkili konuşursa konuşsun etkili olamaz çünkü beden dilinin karşı tarafa verdiği sinyaller olumsuzdur. Ama kendine güvenen, başı dik, daha rahat hareket eden bir kişinin konuşması çok etkili olmasa bile karşı tarafı etkiler çünkü bu kişi beden dilini çok iyi kullanmıştır. Sözsüz iletişim de sözlü iletişim kadar bilgi açıklayabilir, bazen sözsüz sinyaller istem dışı olduğu için bir kişinin beden dili gerçekten ne düşündüğünün ne hissettiğinin daha doğru bir işaretini vermektedir(Anıl 2010).

3.2.5.2.1.1.1. Kişiler arası mesafeler ve selamlaşma

Bireylerin birbirleriyle olan ilişkilerinde, durumlarına göre iletişim mesafeleri ve selamlaşma şekillerinde farklılıklar vardır(Üstünel 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nden(ABD) antropolog Edward Hall, Amerikan kültürü için 4 farklı mekândan söz eder. Bunlar;

- **Özel alan ya da mahrem bölge:** İletişimde bulunan iki kişinin aralarındaki uzaklığın 30-35 cm. olduğu bir alandır. Karı-koca, ebeveyn-çocuklar, kardeşler, yakın akraba ve arkadaşlıkların yer alacakları bir alanı bildirmektedir.
- **Kişisel alan:** Verici ile alıcı arasındaki uzaklığın 40-80 cm. olduğu bir alandır. Bu tür iletişim, birbirini daha önceden tanıyan ve aralarında belli ölçülerde bir samimiyet olan kişilerin iletişim alanıdır.
- **Sosyal alan:** Verici ile alıcının 80 cm-2 metre arasında uzaklığın bulunduğu, resmi iş iletişiminin yapıldığı iletişim alanıdır. İş yaşamında genellikle kullanılan iletişim alanı bu alandır. Müdür-memur; patron-işçi; satıcı-müşteri arasındaki iletişimde genelde bir metreyi aşan uzaklık kullanılmaktadır.

- **Kamusal alan:** 2 metreden sonraki iletişimde bulunan verici ile alıcının yaptıkları iletişimin içinde yer aldığı alandır. Bu alanın vericisi ve alıcısı çoğu kez birbirini tanımaz. Ancak, eğitim ve öğretim kurumlarında öğretmen ile öğrenci arasında -daha önce birbirlerini tanısalar da- bu tür uzaklık söz konusudur(Aziz 2012).

3.2.5.2.1.2. Dil benzeri sözsüz iletişim

Dil benzeri ya da “dilimsi” olarak adlandırılan bu tür iletişim, doğrudan dil kullanılmadan, çıkarılan birtakım seslerle iletişim kurmadır. Bu tür sözsüz iletişime alkışlama, yuhalama, ıslık çalma, haykırma, bağırma, kızgın bir ifade ile konuşma, konuşurken anlamı olmayan “ıhh”, “hıı”, “hım”, “eee” gibi seslerin çıkarılması örnek olarak verilebilir. Bu tür “dilimsi” seslerin, diller gelişmeden, ilk insanlar arasındaki iletişim türü olduğu da bilinmektedir(Aziz 2012).

3.2.5.2.1.3. Kılık kıyafet/giyinme

Sözsüz iletişimin en önemli göstergelerinden biri giysilerdir. İnsanlar giysileri aracılığı ile karşısındaki kişilere kendisi hakkında pek çok bilgi aktarma olanağına sahip olmaktadır. Özellikle insanların durmadan kendileriyle ilgilendikleri bir çağda görünüm oldukça fazla önem kazanmıştır. Dolayısıyla kişiler giydikleri giysiler ve taktıkları aksesuarlar ile pek çok şey anlatırlar.

Öte yandan ilk kez karşılaşılan bir insanın öncelikle giysileri dikkat çeker. Üzerindeki giysilere göre o kişinin toplumsal konumu belirlenebilir. Böylece o kişiyle nasıl bir iletişim kurulacağı da belirlenmiş olur. Bu nedenle giysi seçimi karşımızdaki kişilerle iletişim kurmada önemli bir yer tutmaktadır(Uluyağcı ve Karadaş 2013).

İletişimin yapıldığı yere, zamana ve konuya uygun olarak giyinilmesi ve çeşitli aksesuarların takılması gibi özellikler de yine sözsüz iletişime giren önemli özelliklerdir. İletişimde bulunan kişinin saç şekli ve kadınlar için makyaj henüz sözlü iletişime girmeden o kişi hakkında ilk görüşte bilgi sahibi olmamızı sağlamaktadır (Aziz 2012).

3.2.6. İş Hayatında İletişim

İş hayatında kişiler arası iletişim resmi bir dil ile gerçekleşmektedir. Bir insan bir grupta birleştiği, bir iş yerinde çalışmaya başladığı zaman beraberinde kişisel gereksinim, beklenti ve umutlarını da getirmektedir. İş yerinin düzeni ve işleyişinden sorumlu olan kişiler ya da yöneticiler birlikte çalıştığı insanların gereksinimlerini iyi incelemelidir. Bu sayede iş yerinde dengeli ve uyumlu ilişkilerin kurulması sağlanmaktadır. Bir kurumda başarılı bir iletişimin kurulabilmesi, önce yöneticiler düzeyinde sağlıklı iletişimin kurulması ile mümkündür. Bu sayede iş hayatında karşılaşılan sorunlar çabuk çözüm yoluna ulaştırılır(Bilen 2009).

3.3. Sağlık Hizmetlerinde İletişim ve İletişimi Etkileyen Faktörler

3.3.1. Sağlık Hizmetlerinde İletişim

Sağlık hizmetlerinde iletişim, bireysel düzeyde hasta-hekim, sağlık ile ilgili diğer personel arasında veya sağlık profesyonelleri arasında gerçekleşen iletişimdir. Sağlık hizmetlerinde iletişim; iletişim biliminin araç, yöntem ve stratejilerini kullanarak sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla uygulamaya yönelik bilgi üreten bir bilimdir(Okay 2014).

Sağlık alanında bilgi ve becerilerin öğretiminde ve uygulamasında doğru algılama, anlama ve anlaşılmanın temel olduğu düşünülürse bu alanda sağlık hizmetlerinde iletişim son derece önemlidir. Sağlık hizmetlerinde iletişim, ‘içeriği sağlık olan her türlü insan iletişimi’dir. Sağlık hizmetlerinde iletişim insanların sağlıkla ilgili konuları nasıl ele aldıklarını içermektedir. Sağlık hizmeti sunumunda merkez konumunda bulunan hekimlerin de iletişim konusuyla ilgilenmeleri zorunludur(Uğur 2011).

Sağlık kuruluşlarında iletişim hem sağlık profesyonelleri açısından hem de hasta ve yakınları açısından kimi durumlarda yaşamsal öneme sahiptir. Hastanelerde hekimler hastalarla sürekli iletişim kurmaktadır. Hekimlerin iletişimde başarılı olması için iletişim becerilerini bilmesi ve uygulaması gerekmektedir(Tengilimoğlu ve Yiğit 2005). Sağlık profesyonellerinin hastalara etkili tedavi ve bakım verebilmesi için iletişim becerilerinin iyi olması gerekmektedir(Özdemir 2011). Sağlık

hizmetlerinin etkili olması için sağlık profesyonellerinin hastalara yaklaşımları ve iletişimlerinin gúvenilir olması beklenmektedir(Babadağlı ve ark. 2006). İletişim hataları, sağlık hizmetlerinde olumsuz sonuçlara neden olmaktadır(Özçakır 2002).

3.3.1.1. Sağlık hizmetlerinde iletişim ve önemi

Hekimler sağlık hizmeti dışında, hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurarak bilgilendirme yapmakta, endişelerini azaltmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle hekimlerin hastalar üzerindeki etkinliği artmaktadır(Uyer 2000).

Hasta ve hekim arasındaki iletişim sürecinin iyi olması sonucu hastanın memnuniyeti artacağı için tedaviden olumlu yanıt alınmaktadır(Atıcı 2007). Hekim ile hasta arasında kurulan sağlıklı bir iletişimde hastalar kendilerini daha iyi ve rahat hissetmektedir. Hekimlerin iletişim konusunda motive olması, hastanın da rahatlamasını sağlamaktadır. Bu şekilde ortaya çıkan sonuç her iki tarafın yararına olmaktadır(Okay 2014).

3.3.1.2. Sağlık hizmetlerinde iletişim süreci ve işleyişi

İletişim süreci, bir kaynağın bir mesajı şekillendirerek, bir kanal üzerinden bir alıcıya göndererek ve ondan da geri bildirim olarak işlemesidir(Okay 2014).

3.3.2. Sağlık Profesyonellerinde Temel İletişim Becerileri

3.3.2.1. Sağlık profesyonellerinde sözlü iletişim becerileri

Sağlık profesyonelleri açısından sözel iletişim önemlidir. Sağlık profesyonellerinin hastalarla konuşma tarzları, onların istek ve şikâyetlerini dinleme ve çözümlerini iletme yolları sözel iletişim sayesinde olmaktadır.

3.3.2.2. Sağlık profesyonellerinde sözsüz iletişim becerileri

Sağlık profesyonelleri karşılıklı iletişim sürecinde konuşmaları desteklemek veya dinlediğini belli etmek için sözsüz iletişim unsurları kullanırlar. Bunlar; sözcüksüz iletişim araçları, beden dili, mekânsal davranışlar ve görünümlerdir.

3.3.2.3. Sağlık profesyonellerinde terapötik iletişim becerileri

Terapötik ilişki, sağlık profesyonellerinin hastalar ile uyumluluk veya samimilik, hastaya karşı koşulsuz, pozitif yaklaşım ve empati becerileri doğrultusunda kurduğu bir ilişkidir(İnal ve Akgün 2003).

Sağlık profesyonelleri ile sağlıklı/hasta birey arasındaki terapötik iletişim, hem sosyal hem de kişisel iletişimden farklıdır. Terapötik iletişim tedavi edici ya da tedaviye yardım eden, bir amaca yönelik yapılan, iletişim şeklidir. İletişim tekniklerinin uygun ve etkin kullanımı birey ve ailesi ile olan iletişimin başarılı olmasını sağlar. Kullanılan teknik, bireyin kendini ifade etmesini kolaylaştırıyorsa buna terapötik iletişim teknikleri denir. İletişimi engelleyen, bireyin ifadesini zorlaştıran tekniklere ise terapötik olmayan(non-terapötik) teknikler denir. Terapötik iletişimin tam anlamıyla gerçekleşmesinde bazı temel öğeler vardır. Bunlar; empati, saygı, sıcak davranma, yan tutmama ve içtenliktir.

Terapötik iletişimin bazı aşamaları bulunmaktadır. Bunlar:

Oryantasyon aşaması; sağlık profesyonellerinin, bireye yardıma hazır olduklarını hissettikleri aşamadır.

Durumun tanılanması; sağlık profesyonelleri, bireyin kendisi için sorun olan ve baskı yaratan durumlara karşı tepkisini belirler.

İlişkinin gelişme ve ilerleme aşaması; birey kendisine verilecek hizmetten yararlanabilecek düzeye ulaşır, kendisini kabul edilmiş hisseder.

Çözülme aşaması; bu aşamada birey daha olgunlaşır ve yeni gereksinimler ortaya çıkmaktadır. Bu gereksinimler birey ve sağlık profesyonellerinin işbirliği ile karşılandığında, birey başkalarına bağımlılıktan kurtulur(Akdoğan ve Ceyhan 2011).

3.3.3. Sağlık Profesyonelleri ve Yönetim Arasındaki İletişim Becerileri

Sağlık kurumlarında hastane yönetimi sadece tıbbi hizmet veren kurumlar değildir. Sağlık sektörü karma bir sektördür(Sayım ve Orhan 2011).

Sağlık kurumlarında yöneticiler, çalışanları ile yüz yüze iletişimde bulunurken kesin, açık, net ve çalışanları destekleyici yapıda olmalıdırlar. İletişim süreci yöneticinin görevlerini yerine getirmesinde önemlidir. İyi yönetim, yöneticinin iyi iletişim becerisine dayanmaktadır. İyi bir yönetici aynı zamanda iyi bir iletişimcidir. (Tanrıverdi ve ark. 2010).

3.3.4. Sağlık Profesyonelleri ve Hastalar Arasındaki İletişim Becerileri

Sağlık profesyonelleri iletişim becerileri ile;

- Daha etkili konuşmalar yapabilirler,
- Hastaları daha kolay ikna edebilirler,
- Hem iş hem sosyal yaşamında insanlarla daha etkili sağlam ilişkiler kurabilirler,
- İletişim becerileri sayesinde kendi sorunlarını rahatlıkla çözebilirler,
- Hastanede ve her alanda daha başarılı olabilirler(Özkan 2011).

3.3.5. Hasta ve Sağlık Profesyonellerinin İletişimi

Hastaların sağlık profesyonelleri ile ilişkilerinin niteliğinde; sağlık profesyonellerinin hastalara davranış şekli ve iletişimleri, memnuniyeti güçlü bir biçimde etkilemektedir(Gordon ve Edwards 2014).

Hasta ve sağlık profesyonelleri iletişimlerinde dikkat edecekleri noktalar; hastayı dikkatli dinleme, hastanın beden diline dikkat etme, hasta ile anlayacağı bir şekilde konuşma, hasta ile ilgili alınan kararlara hastayı dâhil etme, hastanın istediği bilgileri verme, mahremiyetine özen gösterme ve hastaya ismi ile hitap etmedir(Pınar ve Pınar 2009).

3.3.5.1. Hasta bireyler ile kurulan iletişimi engelleyen bazı etkenler

- Hastaları sıkıcı aşırı teknik bir dil kullanmak,
- Hastanın konuşmasını bitirmesini beklerken acele etmek veya sıradaki hastaların listesine bakmak
- Hekimin tıbbi problem üzerinde düşündüğünü ve dolayısıyla ona müdahale edilmesi gerektiğini hastaya ifade etmek için mırıldanmak,

- Hasta konuşurken sözünü kesmek veya araya girmek, bunu kimi zaman hastanın cümlesini bitirmeden yapmak,
- Hastaya söylemeden yanından ayrılmak,
- Hastanın sorularını duymamazlıktan gelmek, aldırmamak,
- Hastanın sözlerini kabul etmediğini gösteren hareketler yapmak (örneğin; kaşlarını çatmak),
- İletişim esnasında hasta yokmuş gibi davranmak,
- Hastanelerin gürültülü olması,
- Servisteki rutin işler ve hareketlilik,
- Ekibin arasındaki olumsuz ilişkiler(Gordon ve Edwards 2014).

3.3.5.2. İletişim engellerini aşmak için sağlık profesyonellerinin dikkat etmesi gereken bazı hususlar

Sağlık profesyonelleri hastanede hastalarla iletişimlerinde açık, net ve etkili iletişim de bulunmazlarsa iletişim sorunları yaşanmaktadır(Yağbasan ve Çakar 2006). İletişim sorunlarını aşmak için dikkat edilmesi gerekenler:

- Hastaya güler yüzle yaklaşılmalı,
- Davranışları samimi olmalı,
- Dikkatle dinlenmeli,
- Empati yapılmalı,
- Hastanın soruları dikkatle cevaplanmalı,
- Hastaya yapılacak açıklamalarda tıbbi terim kullanmak gerekiyorsa, hastanın anlayacağı bir şekilde açıklama yapılmalı,
- Hasta ile konuşurken ses yükseltilmemeli,
- İletişim sırasında çevre koşullarına dikkat edilmeli,
- Hastada güvensizlik yaratmamak için, ekibin iyi ilişkiler içinde olması gerekir,
- Hastanın konuşmasına fırsat verilmeli,
- Hastaya tarafsız yaklaşılmalı,
- Hastanın durumu ile ilgili kararlara hastanın katılması desteklenmeli,
- Hasta ve ailesinin hasta bakımına katılımı desteklenmeli,
- Hastanın beden diline dikkat edilmeli,

- Hasta durumu ile ilgili bilgi almak istiyorsa verilmeli,
- Hastaya inançları ve kendine güven konusunda yardımcı olunmalıdır(T.C. MEB. Sağlıkta İletişim 2011).

3.3.6. Hekim -Hasta İletişimi

Hekimlik sosyal bir bilimdir(Fişek 1991). Tıp meslek olarak insan sağlığının sürdürülmesini, bozulan sağlığın yeniden düzeltilmesini, teknolojiyi, sanatsal yaklaşımı ve iletişimsel becerileri kapsar. Bu nedenle tıp çok yönlü bir etkinliktir. Tıbbi uygulamalar genel olarak hasta ve hekim arasındaki ilişkiye dayanmaktadır (Arda 2003).

Doğru iletişim, hekim-hasta arasında zorluklara neden olan yanlış anlamalardan doğan çatışmaları azaltır, daha hasta merkezli bir yaklaşım sergilenmesine yol açar. Hekim-hasta iletişimin temel amacı, hastanın söz konusu klinik durumuna göre, hastanın sağlığına kavuşmasını sağlamaktır(Çobanoğlu 2009).

Hekim hastanın tıbbi özgeçmişini sorgulaması ile iletişim başlar(Okay 2014). Bu nedenle hasta ile hekim arasında iletişim sağlanması şarttır(Yağbasan ve Çakar 2006) ancak hekim-hasta ilişkisi, tıbbın doğası gereği asimetriktir, eşitlik kurulması zor olan bir ilişki biçimidir(Engelhardt 2000). Hekim ve hasta arasında, bilgi seviyeleri eşit değildir. Hekimler herhangi bir durumu hastalık olarak tanımlamak ve bunun için gerekli tedaviyi planlamak ve yürütmek için en azından altı yıllık bir tıp eğitiminden geçerler. Hekimlerin aldıkları eğitimler sonucu kazanmış oldukları uzmanlık, hastalar karşısında hekimleri bilgi yönünden güçlü olmalarını sağlamaktadır(Çelik 2013).

Kişiler arası iletişim sürecine hasta-hekim ilişkisi de girmektedir. Hekimlik mesleği aynı zamanda iyi bir iletişimci olmayı ve hastalarla iyi iletişimde bulunmayı gerektirmektedir(Atıcı 2005; Atıcı 2007).

Hekimler hastaları ile empati kurarak iletişimde bulunmalıdırlar. “Hasta ve hekim arasında kurulan etkili bir iletişim; hastanın olumlu biçimde davranması ve işbirliğinin sağlanması için hasta üzerinde kontrol kurmak yerine hastanın katılımcı olarak yer aldığı ve görüşünün paylaşıldığı bir yaklaşımın gerçekleşmesini destekler. Tanıda hekime yardımcı olacak bilgilerin toplanabilmesi, tanı ve tedavide gerekli olan hasta

işbirliğinin sağlanması için hekimin hastasını iyi anlaması ve kendisini hastasına iyi anlatabilmesi de ancak etkili iletişimin gerçekleşmesi ile mümkündür. Hasta ve hekim arasında sağlıklı bir iletişimin kurulamaması; doğru tanının konmasında hasta ya da hasta yakınlarından bilgi alınamaması, tedavide hastanın işbirliğinin sağlanamaması gibi hasta yararını engelleyecek sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Tanıların %70'inin iyi bir hasta hekim görüşmesi sonucu konulduğu kabul edilmektedir. Doğru kurulan iletişim, hasta memnuniyetini ve tıbbi uygulamalardan olumlu sonuç alabilme ihtimalini artırmaktadır. Hastalar hekimleri ile olan ilişkilerinde anlaşılmadıkları düşüncesine kapıldıklarında, kendilerine konan tanı ve planlanan tedaviden kuşkulanırlar. Bu durumda tanı ve tedavi için çok önemli olan hasta uyumunu baştan ortadan kalkmasına neden olabileceği gibi, hastaların hekim hekim dolaşmalarına, bu nedenle de zaman, para ve yaşam kalitesinde düşüşün ortaya çıkmasına neden olur. Hasta-hekim ilişkisinde kurulacak doğru iletişim, etik değerlerin, hasta haklarının ve hekimin yasal sorumluluklarını yerine getirmesinde önemlidir. Doğru iletişim yararlı olma, özerkliğe saygı, aydınlatılmış onam gibi tıp etiği ilkelerinin uygulanabilirliğini de sağlayacaktır”(Atıcı 2005). Etkili iletişim becerileri ile hasta memnuniyeti artar. Buna bağlı olarak da tıbbi uygulamalarda olumlu sonuç alınması artmaktadır.

Hastanın hekim ile ilk görüşmesinden itibaren tedavi edici iletişim başlamaktadır. Hastanın tedavi sürecine katılması ve sorumluluk alması sağlanarak tedavide olumlu sonuçlar alınmaktadır(Babadağlı ve ark. 2006). Hastaların hekimlerden beklentileri nettir, bunlar; güler yüzlü, bilgili, kendine güvenen ve bilgi verici olmalarıdır. Bunun yanında, hastaların hekim tercihlerinde dikkat ettikleri en önemli konular ise, hekimlerin tecrübeli ve iyi bir ün yapmış olmalarıdır(Cirhinlioğlu 2015).

Klinik hekimlikte hekim-hasta arasındaki ilişki, görüşme zamanı boyunca karşılıklı etkileşerek değişimin yaşandığı bir süreçtir. Bireyler hastalanınca hekimlerden etkilenirler. Böylece hekimin hastaları etkilemesi kolaylaşmaktadır. Kişilerin etkilenme süreçleri eğitim düzeylerine ve kişisel ihtiyaçlarına bağlıdır. Bu süreçte etkili olan güçler:

- **Uzmanlık gücü:** Hasta tedavinin başlangıcında hekimin verdiği bilgilerden etkilenerek kendisinden isteneni yapar.

- **Bilgi gücü:** Hekim hastasına tedavi süreci ile ilgili gerekli açıklamayı yapar.
- **Sevgi ve özdeşim gücü:** Hekim tedavi sürecinde hastasına dostluk ilişkileri içinde yaklaşır.
- **Zorlayıcı güç:** Tedavi sürecinde hasta hekimini dinlemezse, hekim zorlayıcı güçte bulunabilir.
- **Ödüllendirme:** Hekimler önerilerine uyan hastalara karşı olumlu geri bildirimde bulunurlar.
- **Meşru güç:** Hekim hastasına otoriter yaklaşabilir(Çobanoğlu 2009).

3.3.6.1. Hekim-hasta arasındaki etkili iletişimin adımları

Hekim-hasta arasındaki başarılı bir görüşme için Geisler(2002) dokuz adım ortaya koymuştur. Bunlar:

- **Kendini geliştirme yeteneği:** Hekim burada kendi kendine yaptığı görüşmenin tatmin edici olup olmadığını, görüşmenin rahatsız edici mi olduğu, onu saldırgan hale mi getirdiği gibi hususları değerlendirir.
- **Kendini dinlemek:** Hekim burada soru sorma tekniğinin uygun olup olmadığını, görüşmeyi belli bir hedefe yönelik yapıp yapmadığını sorgular.
- **Görüşme çerçevesini en uygun hale getirmek:** Görüşme mekânı, oturma düzeni, hasta olduğunda telefon kabul etmemek gibi hususları değerlendirir.
- **Aktif olarak dinlemek ve bunu yansıtmak:** Hekim hastanın sözünü kesip kesmediğine, yeterli bekleme aralıkları bırakıp bırakmadığına dikkat etmelidir.
- **Tüm mesajları tanımak:** Konunun ana mesajı nedir, neyi içermektedir, bunun değerlendirmesi yapılmalıdır.
- **Empati yeteneği:** Hekim kendisini hasta yerine koymaya çalışırken bunu bir biçimde gerçekleştirebiliyor mu diye bakılmalıdır.
- **Doğru soru sormak:** Hekim soru sorma tekniğini gözden geçirmelidir. Görüşmeye açık uçlu sorularla başlayıp başlamadığına ve hasta da yeterince soru soruyor mu buna bakılmalıdır.
- **Kapalı bir bütün olarak görüşmenin sürdürülmesi:** Görüşmenin dört aşaması var mı (açılış, adaptasyon, konumlandırma ve bitiş); “dinleme ve soru sorma kombinasyonları uygun mu, sözlü ve sözsüz mesajları” yeterince

kullanabiliyor muyum, diye hekimin kendisini sorgulaması gerekmektedir. Burada önemli olan görüşmenin kendi içerisinde bir bütün olarak düşünülmesidir.

- **Ortak gerçekliği bulmak:** Burada iki yönlü bir düşünce değiştirme söz konusudur. Hekimin burada gerçekliğin ne olduğuna dair köklü düşüncelerini değiştirmesi gerekmektedir. Bu değişen gerçeklik kavramına bağlı olarak hastayla etkileşim de tamamen değişebilmektedir. Hekimin hastasını anlama durumu, hastasının hastalığının tamamen, hekiminkinden farklı bir gerçeklikte olduğunu anlamasıyla birlikte gelişecektir.

3.3.6.2. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen faktörler

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen temel faktörler:

- Hekimin cinsiyeti ve meslekteki deneyimi,
- Hastanın sosyo-demografik özellikleri(yaş, cinsiyet, eğitim, meslek vb.),
- Hekim ve hastanın sosyal durumlarının farklı olması,
- Hastanın durumu ile ilgili süreci(Okay 2014).

İyi bir iletişim için hekimde olması gereken iletişim becerileri şunlardır; empati, nezaket, arkadaşlık, güven verme, destekleme, cesaretlendirme, hastanın soru sormasına izin verme, açıklama yapma, pozitif destek sağlama, hastanın rahatlamasını sağlama ve hastanın kendine güvenini sağlamadır(Beck ve ark. 2002).

Hasta-hekim ilişkisinde etkili olan bir diğer etmen 'dokunma'dır. Hasta-hekim iletişimde dokunmanın iyileştirici etkisi orta çağlardan beri bilinen bir gerçektir. Hekimlerin hastalara dokunmasıyla hastalar kendilerini daha iyi hissettikleri saptanmıştır(Koch ve Turgut 2004).

Hekimler tanıları iyi bir görüşme sonunda koymaktadırlar. Yapılan fiziksel muayene bulguları da eklenince hastanın tanısı hekim tarafından netlik kazandırılır (Hampton ve ark. 1975).

Gezergün ve ark.(2006)'nın yaptığı çalışmada hekimlerin hastalarla görüşme süreleri, hekimlerin tıbbi terimler kullanmadan açıklama yapmaları, hekimlerin

hastalara davranış şekli, hekimlerin hastalara zaman ayırması, hastalara soru sormasına imkân tanınması ve hastayı bilgilendirmesi hastayı rahatlatmış, cesaretlendirdiği ve hekime karşı güven duygusunu artırdığı tespit edilmiştir.

Hasta-hekim arasındaki ilişkide hekime ilk gidildiğinde olumlu ilişki kurulmuşsa, hasta pozitif düşünür. Bunun sonucunda da tedavideki başlangıç olumlu olmaktadır (Yağbasan ve Çakar 2006).

Kronik hastalıklarda hasta-hekim iletişimde hekiminden memnun olan hasta, hekimin önerilerini uygulamaktadır(Kenny 2010). İyi bir hasta-hekim ilişkisinin özellikle kronik hastalıklar için önemli olduğu bu hastaların yeterli bilgilendirildiklerinde karar alma sürecine dâhil edildiklerinde hastalıklarıyla ilgili olumlu davranış değiştirme ve hekim önerisine uymada dikkatli oldukları görülmüştür (Beck ve ark. 2002).

3.3.6.2.1. Güven verme

Tıbbi uygulamalar insan sağlığı ile ilgili olduğu için hekime güven duygusu önem kazanmaktadır. Hastanın hekimine güven duymasını, hekimi ile iletişimi belirler. Hekime duyulan güvenle tedavide başarı elde edilir. Hekime güven duyulmazsa hekim ile hasta arasında anlaşmazlık çıkmaktadır. Bu sebeple hekim-hasta ilişkisi, karşılıklı güven esasına dayandırılmalıdır(Koch ve Turgut 2004; Atıcı 2005; Çobanoğlu 2009; Kenny ve ark. 2010).

Taylor ve Bury(2007)'e göre uzun süreli kronik hastalık taşıyan, bu hastalığın etkilerini sosyal hayatında da gören, yaşayan birey uzman hastadır. Uzman hastalarının sayısındaki artışla yeni güven biçimleri gelişmiştir. Kişiler arası güven hastadan çok aradaki ilişkiye bağlıdır. Bugün kendisine yapılan işlemle ilgili sorumluluk daha çok hastaya devredilmiştir. Hastaya tedavi alternatifleriyle ilgili bilgi verilmektedir ve hangi yöntemin onlar için iyi olduğu konusunda karara katılmaları beklenmektedir. Hastalar artık pasif konumdan aktif konuma geçmiştir. Bilgilendirilmiş rıza/aydınlatılmış onam, hastanın aldatılmadığının bir güvencesidir.

3.3.6.2.2. Empatik davranma

Bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısı ile bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecine “empati” denir. Empatik iletişim ile iletişimde mesaj alışverişi en etkili ve en güvenilir biçimde yapılmaktadır(Dökmen 2013).

Hasta-hekim ilişkisinde empati kurarak ilgilendiğini göstermek aktif dinleme sürecinin ögelerindedir. Hasta hekimin tavsiyelerini kabul etmesinde, hastalığıyla ve endişeleri ile hekimin empati kurduğunu algılaması önemlidir(Okay 2014). Hastaya empatik yaklaşan hekim, hastasını yargılamadan dinlemesi sayesinde, hastada hekime karşı güven duygusu oluşur. Hekimlerin sunacağı sağlık hizmetleri bu sayede daha kolay olmaktadır(Atıcı 2005).

Hastalık dönemlerinde empatik iletişimin önemi büyüktür. Hekimin, hasta ve hasta yakınlarının ruh hallerini anlamasının en iyi yolu, hekimin bu hastalar ile empati kurmasıdır. Hekim kendisi ya da bir yakını hastalandığında karşılaştıklarını, yaşadıklarını ve ruhsal yapısında olup bitenleri gözden geçirmelidir.

3.3.7. İletişim Problemleri

Hekimler ve hastalar arasında yaşanan iletişim problemleri hastadan, hekimden, sağlık sisteminden ve kurumun politikalarından kaynaklanmaktadır(Özmen 2009). İletişim sorunlarında hastalar açısından bakıldığında, hastaların karar alma konusunda istekli olup olmama durumları ve ilgileri, hastaların eğitim ve kültür düzeyi etkilidir. Hekim açısından bakıldığında ise hekimin eğitim ve beceri düzeyi, hekimin bakmakta olduğu hasta sayısı ve zaman, hekimin enerji ve ilgi durumu sayılabilir. Kurumda karşılaşılan sorunlara çözüm bulunamaması da iletişim problemlerine neden olur (Özçakır 2004).

3.3.7.1. Hekimden kaynaklanan durumlar

Hekimin kişilik yapısı, mesleğini sevmesi, mesleğin sağladığı maddi ve manevi doyum, tükenmişlik durumu ve hastaya bakışı gibi etkenler, hasta-hekim ilişkisindeki hekimden kaynaklanan durumlardır(Atıcı 2007).

Hekimlerin hastalarla kurdukları iletişimde en çok yaptıkları hatalar şunlardır:

- Hekimler davranışlarında hastayı dinlediğini göstermemeleri,
- Hastaya yaptıkları açıklamalarda tıbbi terim kullanmaları,
- Hasta yanında sürekli saatine veya kapıya bakmaları,
- Davranışlarıyla rahatsız edilmemesi gerektiği izlenimi yaratmaları,
- Hasta konuşurken sözünü kesmesi,
- Hastayı dinlerken seçici davranması,
- Hasta konuşmasını bitirmeden hastanın yanından ayrılması,
- Hastanın sorularını duymaması(Özkan 2011).

Hekimlerin şu davranışları hastalar üzerinde olumsuz olarak değerlendiriliyor;

- Göz teması kurmamak,
- Konuşurken sert ses tonu kullanmak,
- Yüz ifadesinin asık olması,
- Olumsuz tavır takınması,
- Eleştirel davranışları,
- Yeterli bilgilendirmeyi yapmamak,
- Görüşme süresini kısa tutması(Özkan 2011).

3.3.7.2. Hastadan kaynaklanan nedenler

Hastalık süreci bireyin olumsuz duygular yaşamasına neden olur. Bu dönemde hastanın bağımlılığı artmıştır. Hastalık durumu bireylerin yaşamlarını bozmakta, ruhsal ve ekonomik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Hekim bu durumda hastanın yanında yer almalıdır(Hardoff ve Schonmann 2001; Elçioğlu ve Erdemir 2003; Koch ve Turgut 2004).

Hekim hastayı değerlendirirken hastalığın sürecine dikkat etmesi ile hekim-hasta ilişkisi daha etkili olacaktır(Atıcı 2007). Hastalık dönemlerinde hastaların hissettikleri güvensizlik duygusu ile hastalar hekimden mucize yaratmalarını bekleyebilirler. Bunların sonucunda zaman zaman gerginlikler çıkmaktadır(Tuncer 2003).

Hastaların hekimle kurduğu iletişimde yaptıkları hatalar:

- Açık, net ve yalın bir ifade kullanmayabilir,
- Hızlı ya da çok yavaş konuşabilir,
- Yüksek ya da çok düşük ses tonu kullanabilir,
- Sıkıntılarını paylaşmak yerine asılsız konulardan konuşabilir,
- Soyutlamaları çok fazla kullanabilir,
- Vurgulama ve imla kullanımını yetersiz olabilir,
- Gereksiz açıklamalarda bulunabilir, fazla detaya inebilir,
- Benzetmeleri yersiz olabilir,
- Yeterli bilgi vermeyebilir,
- Kelimeleri yanlış kullanabilir,
- Önyargılı yaklaşabilir(Özkan 2011).

3.3.7.3. Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar

Sosyal güvenceye sahip olmama hastaların hekime zamanında, gecikmeden başvurması üzerinde etkilidir. Sosyal güvenceye sahip olmama ve maddi sorunlar hastaların hekime başvurusunu geciktirmektedir. Sosyal güvencede ki yetersizlik sonucu tedavi maliyetleri artmaktadır. Bu sebeplerin yarattığı sıkıntılar sonucu hekim-hasta iletişimde olumsuzluklar olmaktadır(Atıcı 2007).

3.3.7.4. Bilimsel ve teknik gelişim-teknoloji

Bilimsel ve teknik gelişim hasta ve hekimin yabancılaşmasına sebep olmaktadır. Hekim teknolojinin getirdiği yenilikler sayesinde hastaların tanı ve tedavisindeki görevini yapmaktadır. Bu süreçte hastayı tanımak, anlamak ve sorunlarına çözüm bulmak yeterince yerine getirilememektedir. Hasta hastalığı ile ilgili sıkıntılardan kurtulmak ve hastalığına çare bulmak için hekime gitmektedir. Hekim tıbbi anlamda üzerine düşeni yapmaktadır fakat hasta psikolojik olarak rahatlamamaktadır(Özlü 2003).

3.3.8. Hastaların Genel Olarak Şikâyetleri

3.3.8.1. Yeterince bilgilendirilmeme

İki insan arasındaki en önemli ilişkilerden biri olan ve temeli güvene dayanan hekim-hasta ilişkisi günümüzde büyük bir değişime uğramıştır.

Hastaların bilgilendirilmeleri ile ilgili yayınlanan Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi (1981) ve Amsterdam Bildirgesi(1994)'nde hasta hakları uluslararası belgelerce ortaya konmuştur(Elçioğlu ve Demirhan 2001). Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'nde de hastaların bilgilendirilmesinin gerekliliği açıklanmıştır(Turhan 2014).

Hasta yüzeysel bilgi yerine açıklayıcı bilgi istemektedir. Hekim hastasını bilgilendirirken hastanın anlayacağı şekilde bilgilendirmelidir. Hastanın anlayamayacağı tıbbi terimleri kullanmamalıdır(Özkan 2011).

3.3.8.2. Zaman problemi

Ancak bazı hekimlerin iletişim becerilerini kullanmadığı, hastayı dinlemediği ve görüşme için az zaman harcadığı görülmüştür. Hastaların sadece %77'si 2 dakika konuşabilmekte, %2'si 5 dakika sözü kesilmeden konuşmaktadır(Coombs ve ark.1990; Lussier ve Richard 2006).

3.3.8.3. Dinleme eksikliği

Günümüzde hekim-hasta ilişkileri bilimden ve teknolojiden etkilenmiştir. Hekimler hastalarının tanı ve tedavilerini en iyi şekilde yapmalarına rağmen hastaların kendileri ile konuşmalarına fırsat vermemektedirler ve hastalarını dinlememektedirler. Oysa hastalarla işbirliğine dayanan ilişkiler kurmak için hastayı aktif dinlemek gereklidir. Hastalar sorunlarını ifade ettikleri zaman, onlara yardımcı olacak hekimin işini kolaylaştırırlar. Aktif dinleme hastaya ve hekime ilişkilerinde çok fayda sağlayan kullanışlı bir beceridir(Özkan 2011; Gordon ve Edwards 2014).

3.3.8.4. Hekimin soru sormaması

Hastalar hekimlerle görüşmelerinde hekimden çekindikleri için konuşmak istediklerinin hepsini söyleyemezler. Bundan dolayı sağlık sorunları ile ilgili bilgileri paylaşmazlar. İş yoğunluğundan dolayı hekimler hastanın tanı ve tedavisini düzenleyip, sıradaki hastayı muayene etmek isterler. Bu nedenle baktıkları hastanın soru sormasına fırsat vermezler.

Hekim-hasta ilişkisinde iletişim sorunlarını ortadan kaldırmak için hastaların sorunlarını dinlemek ve soru sormak gereklidir(Kiştir 2011).

3.3.8.5. Tıbbi dil kullanımı

Hekimler iletişimlerinde tıbbi terimleri çok kullanırlar. Hastalar bu kelimeleri anlamazlar. Hasta olarak hizmet alan kişiler, hekimlerin karşısında mahcup olmamak için iletişime girmezler. Hastalar durumları ile ilgili bilgileri ifade etmekten çekinirler. Bu durum hekim-hasta iletişiminin sağlıklı olmasını engeller(Kiştir 2011).

Hekimlerin yapması gereken şey, hastalara paylaşımlarında onların anlayabileceği biçimde açıklama yapmak ve gerekli görürse hastanın soru sormasına fırsat tanımak olmalıdır(Yüksel 2009).

Yağbasan ve Çakar(2006) yaptıkları çalışmada, hekimlerin hastalar ile kurdukları iletişimde tıbbi terimleri çok kullanmalarının hastalar ile iletişimlerine engel olduğunu vurgulamışlardır.

3.3.8.6. Ayrımcılık (psikolojik, sanal veya gerçek)

Hekim-hasta iletişiminde ayrımcılığın yarattığı sorunlar hemşericilik, dini inançlar, bölgeler arası ve kültürel farklılıklardır. Ayrıca hastaların da hekimlerini cinsiyete göre tercih etmeleri, istedikleri olmadığı zaman da bunu bir sorun haline getirmeleri hekim-hasta iletişimde ayrımcılık unsurlarıdır(Turhan 2014).

3.3.9. Hekim-Hasta İletişim Modelleri

Hekim-hasta iletişimi hekim merkezli ve hasta merkezlidir. Hekim merkezli uygulamalarda hekim aktiftir. Hasta merkezli uygulamalarda ise, hastalara problemlerini, sıkıntılarını anlatabilmeleri için gerekli zaman sağlanır. Bu uygulamada hekim hastanın doğru karar vermesi için hastayı bilgilendirir. Hastaya süreçle ilgili açıklama yapmalıdır(Özlu 2005).

Hasta ile hekim arasında kurulacak iletişimin iyi olması da hastalarla kurulabilecek olumlu ilişkilere bağlıdır. Hekimin hasta ile kuracağı olumlu ilişki sayesinde tanı koyma ve tedavi etmede başarı oranı artar. Hekim merkezli hasta-hekim ilişkisinde, hastalar hekim karşısında kendi durumları ile ilgili bilgileri ve akıllarındaki soruları hekimlerine tam olarak sormamaktadırlar. Bu durum hastaları farklı iletişim sürecine itmektedir(Cirhinlioğlu 2015).

Gordon ve Edwards(2014)'a göre hekimlerle hastalar arasındaki ideal ilişkide hastanın sorumluluğu artar. Hastanın tedavi sürecine katılımı desteklendikçe, hastaya söz hakkı verildikçe ve hastalar etkin dinlendikçe hasta-hekim iletişimde sorunlar azalacaktır.

3.3.9.1. Asimetrik- simetrik- paralel iletişim modeli

Hekim-hasta arasındaki ilişkiyi Burgoon ve ark.(1994) asimetrik iletişim, simetrik iletişim ve paralel iletişim olmak üzere üçe ayırmışlardır.

3.3.9.1.1. Asimetrik iletişim

Asimetrik iletişim modelinde bir taraf aktif, bir taraf pasif rodedir. Bu ilişki modelinde aktif taraf planları uygularken, pasif taraf planları kabul etmektedir. Aktif tarafın uzmanlığına, ödüllendirmesine veya cezalandırmasına yönelik iletişim biçimidir. Bu iletişim modelinde hasta pasif durumdadır. Bu modelde hekimden hastaya doğru bir bilgi aktarımı vardır.

3.3.9.1.2. Simetrik iletişim

Simetrik iletişim modelinde ilişkilerde eşitlik vardır. Taraflar ilişkide eşit haklara sahiptir. Hastadan hekime, hekimden hastaya bilgi akışı düzenlidir. Bu modelde hekim ve hasta eşit bilgiye sahiptir.

3.3.9.1.3. Paralel iletişim

Paralel iletişim, taraflar bazen aktif bazen de pasif durumdadır. Bu ilişki modelinde, taraflar eşittir. Bu modelde hastanın ve hekimin iletişiminde kontrol ve yönlendirme hakkı vardır(Kalender ve Uludağ 2004).

3.3.9.2. Szasz ve Hollender hekim- hasta etkileşim modeli

Hekim-hasta arasındaki ilişkiyi Szasz ve Hollender(1956) üçe ayırmıştır:

1. Etkenlik-edilgenliğe dayanan ilişki,
2. Yol gösterme-işbirliği etmeye dayanan ilişki,
3. Karşılıklı katılıma dayanan ilişki, olmak üzere üç şekilde sıralamıştır(Habiba 2000).

3.3.9.2.1. Etkenlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki

Paternalistik(babacıl) hekimlik uygulamalarında, hekim hastanın yararını gözetir. Hastaya sormadan hasta ile ilgili kararları verir. Bu ilişki de “Karar hastaya bırakılırsa kendisi için doğru olanı bilemez, daha az zahmetli olanı veya kolayına geleni tercih eder, öyleyse, öncelik hastaya bırakılamaz” düşüncesi vardır(Özlü 2005).

Hastanın çok acil durumlarda ve bilinç kapalılığı gibi durumlarda hastanın durumunu stabilize etmek amacı ile hekimin hasta yerine karar verdiği modeldir. Bu modelde hastanın kendi tedavisine katılması mümkün değildir(Okay 2014).

3.3.9.2.2. Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki

Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki modelinde hekim hasta ile ilgili kararlarda sorumluluk almaz, yalnızca danışmanlık yapar. Hekim hastayı

bilgilendirir, tedavi sürecindeki alternatif tedavileri açıklar ve sorularını cevaplandırır. Hastalık ile ilgili alınacak kararları hastaya bırakır(Özlu 2005).

Hastanın akut ya da bir enfeksiyona bağlı bir hastalığı olduğu durumlarda uygulanan bir modeldir. Hasta ne olup ne bittiğinin farkındadır, ancak kararı hekim verir(Okay 2014).

3.3.9.2.3. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki

Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki modelinde hekim ve hasta problemi birlikte çözmeye çalışır. Hasta kararları kendisi verir. Hekim danışmanlık ve rehberlik yapar. Hastanın en iyi kararı vermesine yardımcı olur. Hastayı cesaretlendirir, motive eder(Özlu 2005).

Özellikle kronik hastalıklar gibi hastalığın kontrolünde hastanın da hekimle birlikte çalıştığı bir modeldir. Hasta yaşam koşullarını, hastalığa göre belirler ve hekimle düzenli olarak görüşür. Tüketim çağında hekim ve hasta ilişkisi de bundan etkilenmiştir. Bu dönem onların arasındaki hiyerarşiyi bir parça dönüştürmüş ve onları yakınlaştırmıştır. Özellikle daha eğitilmiş ve daha yüksek sosyo-ekonomik seviyede olan hastalar için bu ilişki daha hızlı bir biçimde bir tüketim ilişkisine dönüşmektedir(Okay 2014).

3.3.9.3. E.J. Emanuel ve L.L. Emanuel hekim-hasta iletişim modeli

E.J. Emanuel ve L.L. Emanuel hekim-hasta ilişkilerinde dört ayrı modelden söz etmektedirler(Emanuel ve Emanuel 1992):

3.3.9.3.1. Paternalist/ataerkil karar alma modelleri

“Paternalistik model”, bu modelde en iyi kararın hangisi olduğuna hekim karar verir ve verdiği kararı hastanın kabul etmesi için hastayı ikna etmeye çalışır. Hasta pasiftir ve hekim karşısında bağımlı bir rolü vardır.

3.3.9.3.2. Bilgilendirici model

Bu modelde, hekim teknik uzman olarak gerekli bilgiyi verir ve hasta bunların arasından istediği seçimi yapar. Hasta burada tek başına karar vermekte ve hekim hastanın seçtiği yöntemi uygulamaktadır.

3.3.9.3.3. Açıklayıcı model

Bu modelde hekim hastanın tıbbi durumu ve yapılacak müdahalelerin yararları ve riskleri hakkında hastayı bilgilendirir. Hekim bir danışmandır aynı zamanda hastanın kendisine uygun olan yöntemi seçmek konusunda yardımcı olmaktadır.

3.3.9.3.4. Görüşmeye dayalı model

Bu modelde bir dost veya öğretmen gibi davranan hekim hastayla kurduğu iletişimde onun kendisi için en uygun bulduğu tedavinin faydaları üzerinde düşünmesine ve bir eylem seçmesine izin vermektedir(Gordon ve Edwars 2014).

3.3.9.3.5. Paylaşılan karar verme modeli

Bu modelde hem hasta hem de hekim karar verme sürecine aktif katılır. Taraflar tercih edilen tedavi hakkında fikir birliği içinde birlikte karar verirler(Okay 2014). Birlikte karar alma sürecinin aşamaları aşağıdaki gibidir(Landgraf ve ark. 2006):

- Hekimin verilecek bir karar olduğunu hastaya iletmesi,
- Katılımlı karar vermeyi teklif etmek, rollerin açıklanması, prensipte ortakların (hasta veya hekim) eşit konumda olduğunun ifade edilmesi,
- Seçme imkânları(delile dayalı olması daha iyi) gösterilir,
- Hastalar seçenekler hakkında bilgilendirilir ve her birisinin avantaj ve dezavantajları açıklanır,
- Hasta tarafından seçeneklere dair geri bildirim ve başka seçenekler soruşturulur,
- Hekim ve hastanın tercihleri araştırılır,
- Tedavi alternatifleri müzakere edilir ve ortak(katılımlı) karar verilir,
- Kararın uygulanmasına dair bir plan kararlaştırılır.

3.3.10. İletişim Becerilerinin Geliştirilmesi Açısından Sağlık Konusunda Verilecek Eğitim

Sağlık sektöründe kişiler arası iletişim becerilerini geliştirebilmek için hizmet içi eğitim programları düzenlenir(Doğanay ve Keskin 2008). Sağlık hizmetinin verilmesinde iletişimin rolü önemlidir. Sağlık kurumlarında çalışan personelin iletişim becerilerini geliştirmesi gereklidir. İletişim becerileri ile ilgili verilecek eğitimde:

- İletişimlerinde açık ve net ifade etmek,
- Beden dilini iyi kullanma ve göz teması kurmak,
- Empati kurmak,
- Mesleki uygulamalarında yeteneklerini profesyonel bir biçimde sergilemek,
- Bilgileri doğru aktarmak,
- Mesleki karar verme sürecinde etik ilkelere uygun davranmak(Akyurt 2009).

Bu bilgiler ışığında, hekimlerin hasta ile iletişimindeki engelleri ortadan kaldırmak için özel bir çaba harcamaları gerektiği ortaya çıkmaktadır. Tıp fakültelerinden başlayacak bu özel eğitimin, ihtisas dönemi de dâhil mesleğin her aşamasında sürmesinin öneminden rahatlıkla söz edebiliriz.

Türkiye’de iletişim beceri eğitimleri öğretiminin aktif olarak devam ettiği Marmara, Dokuz Eylül, Pamukkale ve Adnan Menderes Üniversiteleri’nin tıp fakültesi programlarında yer almaktadır(Sayek ve Kılıç 2000; Dereboy ve ark. 2001). İngiltere’de tıp fakültelerinde iletişim becerileri dersleri vardır(Dereboy ve ark. 2005). ABD’de ve diğer ülkelerde de tıp fakültesi eğitim programlarında iletişim becerileri konusu müfredatlarında vardır(Dereboy ve ark. 2005).

3.3.11. Hastaların Hekimlerini Değerlendirmede Hekimlerin İletişim Tarzı

Hastaların hekimlerini değerlendirmede hekimlerin iletişim tarzı en önemli belirleyicidir. Hekimin etkili, sosyal ve duygusal becerileri etkili tutumların oluşmasına neden olur. Etkili tutumlar da, hastaların hekimi tercih etme sebeplerindedir(Roberts ve Aruguete 2000).

Etkili iletişim becerileri ile etkin dinleme, etkin konuşma ve söyleme, empatik yaklaşım, etkin bir beden dili sergilenmelidir. Sektör ne olursa olsun etkili iletişimin özü, yapısı değişmez. Sağlık kurumlarında da hekim-hasta iletişimde etkili iletişimde, hekimler hasta ile ilk görüşme anından itibaren etkili iletişim becerilerini uygulamalıdır(Kihtir 2011).

Hekim hasta ile karşılaştığında; hasta ile tanışmalı, öyküsünü almalı, tetkiklerini yaptırıp tanısını koymalı, tedavisine karar verip uygulamalı, bakımına yön vermelidir. Bunları yapabilmek için de etkili iletişim kurması gereklidir. Etkili iletişiminde tıbbi terimleri kullanmadan açıklama yapması, hastaya samimi duygu ve düşüncelerini açıklayarak hastanın kendisini rahatlıkla ifade etmesi için ortam yaratması gerekmektedir.

3.3.12. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi(SBÜ) İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1910 yılında bulaşıcı hastalığı olanların tecrit edildiği, 10 yataklı barakalar şeklinde kurulmuştur. Hastane 408 yatak ile hizmete devam etmektedir. Hastanenin yıllık hasta sayısı(2014 yılında) toplamda 544.955 kişidir(Acil ve poliklinik hasta sayısı 529.270 kişi+ yatan hasta sayısı 15.685 kişi).

Hastanede bulunan birimler:

- **Servisler:** 6 tane Göğüs Servisi, 2 tane Göğüs Cerrahisi Servisi, Yan Dal Servisi, Tüberküloz Servisi, Palyatif Bakım Servisi ve Acil Servis bulunmaktadır.
- **Yoğun Bakımlar:** 3.Basamak Yoğun Bakım ve 2.Basamak Post -Op Yoğun Bakım bulunmaktadır.
- **Ameliyathaneler:** Göğüs Cerrahi Ameliyathanesi ve Yan Dallar Ameliyathanesi bulunmaktadır.
- **Üniteler(Merkezler):** Bronkoskopi Ünitesi, Uyku Bozuklukları Merkezi, Kemoterapi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Transfüzyon Merkezi ve Radyoterapi bulunmaktadır.

- **Laboratuvarlar:** Bilgisayarlı Tomografi, Dijital Röntgen, Ultrasonografi, Solunum Fonksiyon Testleri, Biyokimya, Mikrobiyoloji, Patoloji, Kemik Dansitometre, Nükleer Tıp Merkezi ve Açık MR bulunmaktadır.
- **Poliklinikler:** Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Genel Cerrahi, Onkoloji, Dâhiliye, KBB, Nöroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri, Kalp Damar Cerrahi, FTR, Ortopedi, Diş, Radyasyon Onkolojisi, Göz, Beyin Cerrahisi, Sigara Bırakma, Dermatoloji, Kardiyoloji, Üroloji ve Çocuk poliklinikleri bulunmaktadır.

3.3.12.1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Profesyonellerinin İletişimi

SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık profesyonelleri hastalar ile kısa, öz, tam, açık ve zamanında iletişim sağlamaktadır. Hastanedeki hasta yoğunluğunun çok olması sebebiyle(hastanenin yıllık hasta sayısı toplamda 544.955 kişidir) sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurmaları çok önemlidir ve hastaları en iyi şekilde bilgilendirmelidirler.

Bilgilendirme;

- Hastaya yapılması planlanan her türlü müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
- Hastaların her türlü sağlık hizmetinin ve imkânının neler olduğunu öğrenmek ve sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi almayı içermektedir.
- Hastalara yapılan bilgilendirme sade şekilde, tereddüt ve şüpheyeye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilmelidir(T.C. Resmi Gazete 2014).

Hastaların bilgi edinmesinde sağlık profesyonellerinin etkili iletişim kurması gerekmektedir. Kalite standartlarına yönelik tüm sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerinde öncelikle kendilerini tanıtmaları ve yaka kartı takmaları zorunlu hale getirilmiştir. Personel Kimlik Kartları yönergesinin 7. maddesine göre; kişilerin tanınmaları açısından kimlik kartlarını görevli oldukları

kuruma girişlerinde yakalarına takmak ve görev süresince yakalarında bulundurmakla yükümlüdürler(T.C. Sağlık Bakanlığı 2009). Sağlık profesyonelleri sağlıkta kalite standartlarına(Versiyon-5) göre(Kod:KKY13) tanıtım kartı kullanmalıdır ve tanıtım kartlarını çalışma süresince takmaları gerekmektedir(T.C. SKS 2016).

Sağlık profesyonellerinin hastalar ile iletişime geçmeden önce kendini tanıtmayı ve sağlık profesyonellerinin personel kimlik kartı takması ile hasta hekiminin ismini öğrenmiş olacaktır. Böylece hastalarda güven duygusunun oluşması da sağlanacaktır. Hasta hekimini tanıdığı için farklı zamanlardaki sorularının cevaplarını öğrenmesi, hasta açısından daha kolay olabileceği varsayılmaktadır. Hekimlerin hasta ile etkili iletişimleri hasta memnuniyetini artıracaktır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "*Akut Alevlenme Nedeniyle Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim İle Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesi*" amacıyla yapılan tek merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin altı tane göğüs servislerinde yapılmıştır.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini(N) SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Kliniklerinde Akut Alevlenme nedeniyle yatışı yapılan KOAH tanılı 7061 (ayrı kimlik bilgisine sahip ve 18-65 yaş aralığında) hasta oluşturmuştur.

01.01.2014-31.12.2014 tarihleri arasında;

- Yatan toplam hasta sayısı 15.685,
- Acil servis ve polikliniğe başvuran hasta sayısı 529.270,
- KOAH teşhisiyle yatan toplam hasta sayısı 8.126 kişidir (istatistik biriminden elde edilen 01.01.2014-31.12.2014 arasındaki veriler referans alınmıştır).

Örneklem(n), basit rastgele örnekleme yöntemine göre seçilmiştir. "G*Power" analizi ile (örnek genişliği $\alpha=0,05$, testin gücü $(1-\beta)$ 0,90) örneklem büyüklüğü 364 hasta olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örnekleme SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Kliniklerine KOAH' da Akut

Alevlenme nedeniyle 15 Temmuz-15 Aralık 2015 tarihleri arasında yatan, araştırmaya katılım izni alınan ve örneklem ölçütlerine uyan(KOAH tanılı, bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden) 400 hasta alınmıştır.

4.4. Araştırmanın Kapsamları ve Sınırlılıkları

KOAH hastaları alevlenme dönemlerinde hastaneye yatışları yapılarak tedavi edilmektedirler. Alevlenme döneminde olmayan KOAH hastaları poliklinikte ayaktan tedavi edilmektedirler.

➤ Araştırmanın kapsamları;

- Çalışmamıza göğüs servislerinde akut alevlenme nedeniyle yatırılarak tedavi edilen 18-65 yaş aralığında KOAH tanılı,
- İletişim kurulabilen,
- Okuryazar olan,
- Her iki cinsiyetten,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair yazılı onay veren hastalar alınmıştır.

➤ Araştırmanın sınırlılıkları;

- Akut KOAH alevlenmesi ile başvuran ancak ayaktan tedavi ve izlem sürecine alınan poliklinik hastaları,
- İletişim kurulamayan,
- Herhangi bir zihinsel ve/veya işitme engeli bulunan,
- İşbirliği yapamayan ve yönelimi bozuk olan hastalar,
- Alım ölçütlerimizi karşılayan ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

4.5. Veri Toplama Formları

4.5.1. Sosyo-demografik özellikleri tanıtan anket formu

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini tanıtan 8 soru, hasta-hekim iletişimine yönelik 4 soru olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmuştur. Form, araştırmacı

tarafından literatüre uygun olarak hazırlanmıştır. Literatür incelendiğinde; yapılan benzer çalışmaların veri toplama formlarının bütünü değerlendirilerek; kendi çalışmamız için hem sosyo-demografik hem de hasta-hekim iletişimini içeren çalışmamıza özgü yeni bir form oluşturulmuştur(Gezergün ve ark.2006; Karsavun ve ark. 2011; Kişioğlu ve ark.2001).

Sosyo-demografik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, maddi durum, yaşadığı yer ve hastaneye başvuru sayısını kapsamaktadır.

Hasta-hekim iletişimi ile ilgili özellikler; serviste takibini yapan hekimin adını bilip bilmediği, takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresi, hastalığı ve tedavisi ile ilgili soruları hekimine sorup sormadığı ve soruların yanıtlarını hekiminden alıp almama durumlarını kapsamaktadır.

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formları hastaların onamı alınarak, hastalar tarafından doldurulmuştur.

4.5.2. Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeği

Hekimlerin iletişim biçimlerini değerlendirmek amacıyla Çiftçioğlu ve ark. (2010)'nın geliştirmiş oldukları Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeği (HİBMÖ) kullanılmıştır. Çiftçioğlu ve ark.(2010) hasta-hekim iletişimini değerlendiren bir ölçüm aracı olmadığı için 28 maddeden oluşan bir ölçek geliştirmiştir.

“Ölçek için oluşturulan 6 boyut(*bilgi verme, etkili dinleme, etkili konuşma, geri bildirim, empati ve beden dili*) ve 30 ifadeden oluşmaktadır. 6 boyutun ayrımsal geçerliliğini(discriminant validity) sınamak amacıyla 30 ifadeli veri setine faktör analizi uygulanmış ve faktör türetme yöntemi olarak temel bileşenler ve rotasyon yöntemi olarak varimax yöntemi kullanılmıştır. Yöntemin sonucunda 5 faktörlü (*İlgilenme, konuşma ve dinleme (iki farklı boyut birleşmiş), bilgi verme, beden dili ve empati*) bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca empati boyutu altında yüklenen ifadeler örneklem genelinde cevap verme eğiliminin düşük olması ve yalnızca 2 ifadenin bu faktör altında toplanması nedeniyle söz konusu ifadeler analize dâhil edilmemiş ve ölçek 4 faktörden (*İlgilenme Faktörü, Konuşma ve Dinleme Faktörü,*

Bilgi Verme Faktörü, Beden Dili Faktörü) oluşmuştur. Ölçeğin ilk oluşturulması sürecinde 6 alt boyut ve 30 madde bulunmaktadır. Yapılan analizler(geçerlik ve güvenirlik analizleri) doğrultusunda 4 alt boyut ve 28 ölçek maddesi olarak belirlenmiştir. Özgün ölçeğin güvenirlik katsayısı(Cronbach Alpha) 0,93 olarak bulunmuştur. Bu ölçek 28 sorudan oluşmaktadır, Araştırmaya dâhil edilecek hastalardan, hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyetlerini ölçmek amacıyla yöneltilen ifadelere beşli likert tipi bir ölçekle ne ölçüde katıldıklarını belirtmeleri istenilmiştir ‘5-Kesinlikle Katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılmıyorum, 1-Kesinlikle Katılmıyorum’. Ayrıca Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeği(HİBMÖ) genel puan ortalaması 5 üzerinden hesaplanmaktadır. Yapılan ölçümlerde genel eğilim olarak 3,5’in eşik değer kabul edilerek, bu değer üzerindeki değerlerin pozitif(iletişimden memnun oldukları), altındaki değerleri negatif(iletişimden memnun olmadıkları) olarak değerlendirilmektedir.”

4.6. Verilerin Toplanması

Araştırma için, Celal Bayar Üniversitesi etik kurulundan 24.06.2015 tarih ve 20.478.486-250 sayılı izin alınmıştır. Anketlerin uygulanabilmesi için de İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden 06.07.2015 tarih ve 8174 sayılı araştırma izni alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı kişisel hakların korunmasını gerektirdiğinden yazılı “Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam” alınmıştır.

Araştırma verileri, sosyo-demografik özellikleri tanıtan bilgi formu(Ek 1) ve HİBMÖ(Ek 2) soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Bu veriler hastaların kendileri tarafından 15-20 dakikada doldurulmuştur.

4.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen araştırma verilerinin analizleri, IBM SPSS 21,0(Statistics Statistical Package for Social Sciences) Windows sürümü bilgisayar programı yardımıyla çözümlenmiştir. HİBMÖ’nün maddelerinin güvenirliliğine ilişkin faktör analizi yapıldığında çalışmamızda Cronbach’s Alpha Sayısı 0,77 bulunmuştur. Cronbach’s

alpha değerinin testlerde 0,60 üzerinde olması beklenir. Cronbach alfa katsayısının $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada öncelikle hastalara ilişkin demografik özelliklerin dağılımını gösteren frekans tabloları yer almaktadır. Ayrıca hasta-hekim iletişimi ile ilgili özelliklerin belirtildiği frekans tabloları hazırlanmıştır. Çalışma verilerinin tanımlayıcı istatistiksel sonuçları; sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve verilerin normal dağılımlarına bakıldıktan sonra parametrik veya non-parametrik testler kullanılarak yapılmıştır.

Çözümlemelerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında “Student-t testi, pearson korelasyon analizi” ve ikiden fazla değişkenin olduğu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi “ANOVA” analizi kullanılmıştır. Uygulanan istatistiksel testlerden elde edilen sonuçlarda %95 güven aralığı ile p değerinin 0,05(%5)’in altında olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.8. Hipotez(ler) (Araştırmanın Bilimsel Dayanağı)

Günümüz toplumunda iletişim araçlarının gelişmesiyle birlikte hasta ve hasta yakınları tedavi sürecine katılmakta, hastalıkları ve sonuçları ile ilgili ayrıntılı bilgi talep etmekte; en iyi sağlık ekibince en iyi tedavi hizmeti sunulmasını beklemektedir. İlişkinin verimliliği, sürdürülebilirliği hastadan veya sağlık personelinin kaynaklanan özelliklerle ilişkili olabilir. Başarılı bir iletişimde, duygusallık, saydamlık ve etkin dinleme özellikleri kullanılarak iletişimdeki aksaklıkları ortadan kaldırmak önemlidir.

H₁: Akut alevlenme ile hastaneye yatan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların hekimleri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri yüksektir.

H₂: Hekimin zaman ayırıp bilgilendirdiği hastaların, hekimleri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri yüksektir.

5. BULGULAR

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
Yaş	18-25	13	3,3
	26-35	21	5,3
	36-45	45	11,3
	46-55	99	24,8
	56-65	222	55,5
Cinsiyet	Kadın	146	36,5
	Erkek	254	63,5
Medeni Durum	Evli	286	71,5
	Bekâr	114	28,5
Öğrenim Durumu	Okuryazar	79	19,8
	İlkokul	64	16
	Ortaokul	158	39,5
	Lise	76	19
	Önlisans	7	1,8
	Lisans	16	4
Meslek	Memur	32	8
	İşçi	110	16,7
	Ev hanımı	88	22
	Çiftçi	67	5,3
	Serbest meslek	21	15,5
	Emekli	62	27,5
	İşsiz	20	5
Maddi Durum	Gelir gidere eşit	201	50,3
	Gelir giderden az	173	43,3
	Gelir giderden fazla	26	6,5
Yaşadığı Yer	Köy	47	11,8
	Kasaba	24	6
	İlçe	173	43,3
	İl	156	39
Hastaneye kaçınıcı başvuru	1 defa	82	20,5
	2-5 defa	171	42,8
	6-10 defa	62	15,5
	11-15 defa	39	9,7
	16+ defa	46	11,5
Toplam		400	100

Tablo 4’de çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre hastaların %55,5’inin 56-65 yaş aralığında, %63,5’inin erkek, %71,5’inin evli, %39,5’inin ortaokul mezunu, %27,5’inin emekli, %50,3’ünün geliri giderine eşit olduğu, %43,3’ünün ilçede yaşadığı ve hastaların %42,8’i hastaneye 2-5 defa başvurduğu görülmüştür.

Tablo 5: Çalışmaya Katılan Hastaların İletişim Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
Serviste takibini yapan hekimin adını bilme durumu	Evet	239	59,8
	Hayır	161	40,2
Takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresi	3-5 dakika	241	60,2
	6-10 dakika	103	25,8
	11-15 dakika	45	11,2
	16-20 dakika	11	2,8
Toplam		400	100

Tablo 5’de çalışmaya katılan hastaların iletişim özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre hastaların %59,8’i serviste takibini yapan hekimin adını biliyor ve takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresi %60,2’ sinin 3-5 dakikadır.

Tablo 6: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalığı ve Tedavisi İle İlgili Sorularını Hekime Sorma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
Hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime sorma durumu	Soru soran	336	84
	Soru sormayan	64	16
Toplam		400	100

Tablo 6’da çalışmaya katılan hastaların hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime sorma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularını hekimine soranların oranı %84’dür.

Tablo 7: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalığı ve Tedavisi İle İlgili Sorularının Yanıtlarını Hekiminden Alma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
Hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alma durumu	Sorularına yanıt alan	315	78,8
	Sorularına yanıt almayan	21	5,2
Toplam		336	84

Tablo 7’de çalışmaya katılan hastaların hastalığı ve tedavisi ile ilgili soru sorup yanıtlanmasını hekimden alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların hastalığı ve tedavisi ile ilgili soru sorup, sorularının yanıtlanmasını hekiminden alanların oranı %78,8’dir.

Tablo 8: Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğinin Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarına Göre Dağılımları

HİBMÖ	X ort. ± St.Sapma
Beden Dili	3,66 ± 1,05
Konuşma ve Dinleme	3,58 ± 0,83
İlgilenme	3,51 ± 0,97
Bilgi Verme	3,66 ± 1,05
HİBMÖ Toplam Puanı	3,78 ± 0,79

Tablo 8’de hastaların, hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri 5 üzerinden 3,78±0,79 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin puan ortalamasının 3,5’in eşik değeri üzerinde olması hastaların hekimleri ile iletişiminden memnun olduklarını göstermektedir.

Tablo 9: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırması

Yaş aralığı	X ort.	St. Sapma	F*	p
18-25	3,66	0,6	,524	,718
26-35	3,50	0,7		
36-45	3,69	0,5		
46-55	3,56	0,57		
56-65	3,57	0,69		

*F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 9’da çalışmaya katılan hastaların yaş grupları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların yaş grupları ile iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde 36-45 yaş aralığındaki hastaların diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Fakat hastaların yaş grupları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır(F=,524, p=,718)(p>0,05).

Tablo 10: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyet Gruplarına Göre Karşılaştırması

Cinsiyet	X ort.	St. Sapma	t*	p
Kadın	3,49	0,65		
Erkek	3,62	0,62	-1,90	,058

*t=independent testi

Tablo 10’da çalışmaya katılan hastaların cinsiyet grupları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların cinsiyet gruplarının iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; erkek grubunun kadın grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmüş olmasına rağmen hastaların cinsiyetleri ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t = -1,90, p=0,058)(p>0,05).

Tablo 11: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırması

Medeni Durum	X ort.	St. Sapma	t*	p
Evli	3,55	0,64	-1,25	,21
Bekâr	3,63	0,61		

*t=independent testi

Tablo 11’de çalışmaya katılan hastaların medeni durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların medeni durumlarının iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları bekâr olanlarının evli olanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların medeni durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(t = -1,25, p=0,21) (p>0,05).

Tablo 12: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Öğrenim Durumlarına Göre Karşılaştırması

Öğrenim Durumu	X ort.	St. Sapma	F*	p
Okuryazar	3,55	0,64		
İlkokul	3,57	0,60		
Ortaokul	3,64	0,65		
Lise	3,49	0,64	,605	,696
Önlisans	3,50	0,36		
Lisans	3,52	0,58		

*F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 12’de çalışmaya katılan hastaların öğrenim durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların öğrenim durumları iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ortaokul mezunlarının diğer öğrenim gruplarına oranla daha yüksek olmasına rağmen hastaların öğrenim durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F= ,605, p=,696$) ($p>0,05$).

Tablo 13: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırması

Meslek	X ort.	St. Sapma	F*	p
Memur	3,70	0,55		
İşçi	3,68	0,56		
Ev hanımı	3,37	0,65		
Çiftçi	3,70	0,60		
Serbest meslek	3,60	0,68	2,801	,011
Emekli	3,56	0,66		
İşsiz	3,82	0,49		

*F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 13’de çalışmaya katılan hastaların meslek grupları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların meslek gruplarının iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların meslek grupları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 2,801, p=,011$) ($p<0,05$). Yapılan post-hoc test sonucuna göre bu farkın ev hanımı ile işsiz grubundan kaynaklandığı bulunmuştur. Hastalardan işsizlerin ev hanımlarına göre hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Tablo 14: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Maddi Durumlarına Göre Karşılaştırması

Maddi Durum	X ort.	St. Sapma	F*	p
Gelir gidere eşit	3,58	0,60		
Gelir giderden az	3,59	0,66		
Gelir giderden fazla	3,44	0,71	,630	,533

*F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 14’de çalışmaya katılan hastaların maddi durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların maddi durumlarının iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderden az olanların

diğer gruplara oranla daha yüksek toplam puan ortalamaları olmasına rağmen hastaların maddi durumları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($F= ,603$, $p=,533$)($p>0,05$).

Tablo 15: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırması

Yaşadığı Yer	X ort.	St. Sapma	F*	p
Köy	3,41	0,69	3,511	,015
Kasaba	3,65	0,59		
İlçe	3,78	0,54		
İl	3,50	0,66		

*F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 15' de çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları yer ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların yaşadığı yer ile iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların yaşadıkları yer ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 3,511$, $p=,015$)($p<0,05$). Yapılan post-hoc test sonucuna göre bu farkın köy ve ilçede yaşayanlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Hastalardan ilçede yaşayanların köyde yaşayanlara göre hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Tablo 16: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Hastaneye Başvuru Sayılarına Göre Karşılaştırılması

Hastaneye Kaçınıcı Başvuru	X ort.	St. Sapma	F*	p
1 defa	3,60	0,65	,653	,625
2-5 defa	3,57	0,63		
6-10 defa	3,60	0,58		
11-15 defa	3,65	0,64		
16+ defa	3,45	0,71		

*F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 16'da çalışmaya katılan hastaların hastaneye başvuru sıklıkları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların hastaneye başvuru sıklıkları ile iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların hastaneye başvuru sıklığı ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($F= ,653$, $p=,625$)($p>0,05$).

Tablo 17: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Hekimin Adını Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Serviste takibini yapan hekimin adını bilme durumu	X ort.	St. Sapma	t*	p
Evet	3,63	0,62		
Hayır	3,49	0,66	2,212	,028

*t=independent testi

Tablo 17’de çalışmaya katılan hastaların serviste takibini yapan hekimin adını bilme durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların serviste takibini yapan hekimin adını bilme durumları ile iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; serviste takibini yapan hekimin adını bilme durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2,212$, $p=,028$)($p<0,05$). Hastalardan hekiminin adını bilenler hekiminin adını bilmeyenlere göre, hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Tablo 18: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Serviste Takibini Yapan Doktoru İle Günlük Görüşme Süresine Göre Karşılaştırması

Takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresi	X ort.	St. Sapma	F	p
3-5 dakika	3,46	0,65		
6-10 dakika	3,79	0,44		
11-15 dakika	3,67	0,79	8,043	,000
16-20 dakika	3,87	0,50		

*F= Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 18’de çalışmaya katılan hastaların serviste takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresinin HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların serviste takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresinin iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; serviste takibini yapan hekim ile görüşme süresi ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($F=8,043$, $p=,000$)($p<0,05$). Yapılan post-hoc test sonucuna göre bu farkın takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresi; 3-5 dakika ve 6-10 dakika olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Hastalardan takibini yapan hekim ile günlük görüşme

süresi 6-10 dakika olanlar 3-5 dakika görüşenlere göre hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Tablo 19: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Hastalığı ve Tedavisi İle İlgili Soruları Hekime Sorma Durumunun Karşılaştırması

Hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime sorma durumu	X ort.	St. Sapma	t*	p
Soru soran	3,66	0,59		
Soru sormayan	3,13	0,67	6,325	,000

*t=independent testi

Tablo 19’da çalışmaya katılan hastaların, hastalıkları ve tedavisi ile ilgili soruları hekime sorma durumlarının HİBMÖ’nün toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların hastalıkları ve tedavisi ile ilgili soruları hekime sorma durumları ile iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların, hastalıkları ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime sorma durumları ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($t=6,325$, $p=,000$)($p<0,05$). Hastalardan hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime soranlar, soru sormayanlara göre hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hastaların, Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Değerlendirmelerinin Hastalığı ve Tedavisi İle İlgili Sorularının Yanıtlarını Hekiminden Alma Durumunun Karşılaştırması

Hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alma durumu	X ort.	St. Sapma	t*	p
Sorularına yanıt alan	3,70	0,55		
Sorularına yanıt almayan	2,98	0,79	5,633	,000

*t=independent testi

Tablo 20’de çalışmaya katılan hastaların hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alma durumunun HİBMÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alma durumları ile iletişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların, hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alma durumu ile HİBMÖ’nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı

bir fark bulunmuştur ($t= 5,633$, $p=,000$)($p<0,05$). Hastalardan hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alanlar, sorularına yanıt almayanlara göre hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Tablo 21: Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Değerleri(n=400)

Korelasyon	Toplam	Beden Dili	Konuşma	İlgilenme	Bilgi Sorma
Toplam	1	,647**	,923**	,937**	,204**
		,000	,000	,000	,000
Beden Dili	,647**	1	,456**	,627**	,126*
	,000		,000	,000	,012
Konuşma	,923**	,456**	1	,830**	,018
	,000	,000		,000	,727
İlgilenme	,937**	,627**	,830**	1	,019
	,000	,000	,000		,702
Bilgi Sorma	,204**	,126*	,018	,019	1
	,000	,012	,727	,702	

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

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 21’de HİBMÖ’nün alt boyutlarının birbiri arasındaki faktör analizi sonucu elde edilen dört boyut korelasyonları yer almaktadır. Tablo 21 üzerinde de görüldüğü gibi birçok boyutlar birbirleri ile yüksek korelasyona sahiptir. Özellikle konuşma ve beden dili; ilgilenme ve beden dili; ilgilenme ve konuşma faktörleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir. Bu çalışmadaki korelasyonda ölçek ve ölçeğin alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür.

5.2. Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğinin Dağılımları

5.2.1. Araştırmaya Katılan Hastaların “İlgilenme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Araştırmaya katılan hastaların “İlgilenme Faktörü” ile ilgili ifadelerine verdiği cevapların dağılımları Tablo 22’de görülmektedir.

Tablo 22: Araştırmaya Katılan Hastaların “İlgilenme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	SS
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%		
Dr. arayabileceğimi düşünüyorum	48	12	50	12,5	89	22,2	141	35,3	72	18	3,347	1,249
Dr. bana dostça davranıyor	16	4	31	7,8	64	16	196	49	93	23,2	3,797	1,011
Dr. ilaçlarının yan etkileri hk. bilgi vermeli	20	5	67	16,7	51	12,8	180	45	82	20,5	3,592	1,135
Dr. tedavi yöntemlerimle ilgili bilgi verir	23	5,7	43	10,8	42	10,5	201	50,2	91	22,8	3,735	1,101
Dr. yeterli zaman ayırdığını düşünüyorum	30	7,5	56	14	71	17,7	187	46,8	56	14	3,457	1,123
Dr. yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadığımı sorar	17	4,3	61	15,2	69	17,2	170	42,5	83	20,8	3,602	1,103
Dr. bilgileri tekrarlar	18	4,5	55	13,8	47	11,8	191	47,8	89	22,1	3,695	1,097
Dr. ruhsal durumuma uygun şekilde iletişim kurar	16	4	66	16,5	74	18,5	171	42,8	73	18,2	3,547	1,088
Dr. endişelerimi paylaşır	28	7	78	19,5	83	20,8	150	37,5	61	15,2	3,345	1,159
Dr. bana karşı her zaman güler yüzlüdür	11	2,8	41	10,2	68	17	186	46,5	94	23,5	3,777	1,007
Dr. benimle tokalaşır	134	33,5	125	31,2	40	10	65	16,3	36	9	2,360	1,330
Dr. adımla hitap eder	31	7,8	41	10,2	23	5,8	185	46,2	120	30	3,805	1,196

Araştırmaya katılan hastaların “İlgilenme Faktörü” ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde; hastaların %53,3’ü(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimini ihtiyacı olduğunda her zaman arayabileceğini ve %72,2’si(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin kendisine dostça ve samimi davrandığını düşündüğünü ifade etmişlerdir.

Hastaların %65,5’i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendilerinin kullandığı ilaçlarının yan etkileri hakkında bilgi verdiğini ve %73’ü(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimin tedavi yöntemleri ile ilgili yeterli bilgi verdiğini ifade etmişlerdir.

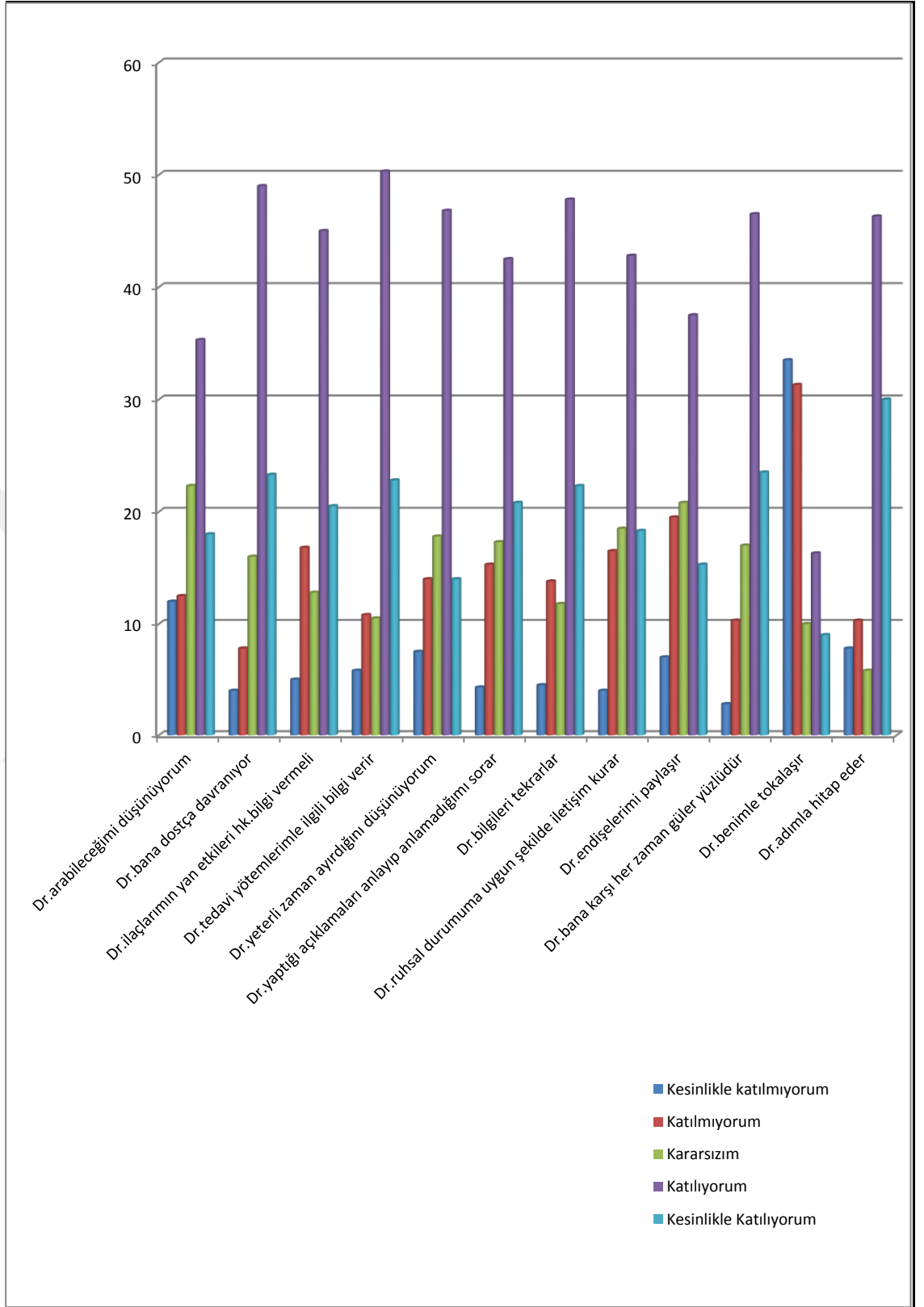
Hastaların %60,8’i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendilerinin sağlık durumu hakkındaki sorularına cevap vermek için yeterli zaman ayırdığını düşünmektedirler. Hastaların %63,3’ü(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendisine yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadığını sorduğunu, %69,9’u(Katılıyorum+

Kesinlikle Katılıyorum) hekimin hastalığına ilişkin önemli bilgileri tekrarladığını belirtmişlerdir.

Hastaların %61'i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekiminin kendisinin ruhsal durumuna uygun şekilde iletişim kurduğunu, %52,7'si(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin endişelerini ve sıkıntılarını paylaştığını, %70'i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin kendisine karşı her zaman güler yüzlü olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaların %25,3'ü(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendisi ile tokalaştığını, %76,2'si(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimin kendisi ile konuşurken adı ile hitap ettiğini söylemişlerdir.





Şekil 4: İlgilenme Faktörü İfadelerinin Yüzdalık Dağılımı (n=400)

5.2.2. Araştırmaya Katılan Hastaların “Konuşma ve Dinleme Faktörü” ile ilgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Araştırmaya katılan hastaların “Konuşma ve Dinleme Faktörü” ile ilgili ifadelere verdiği cevapların dağılımları Tablo 23’de görülmektedir.

Tablo 23: Araştırmaya Katılan Hastaların “Konuşma ve Dinleme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı

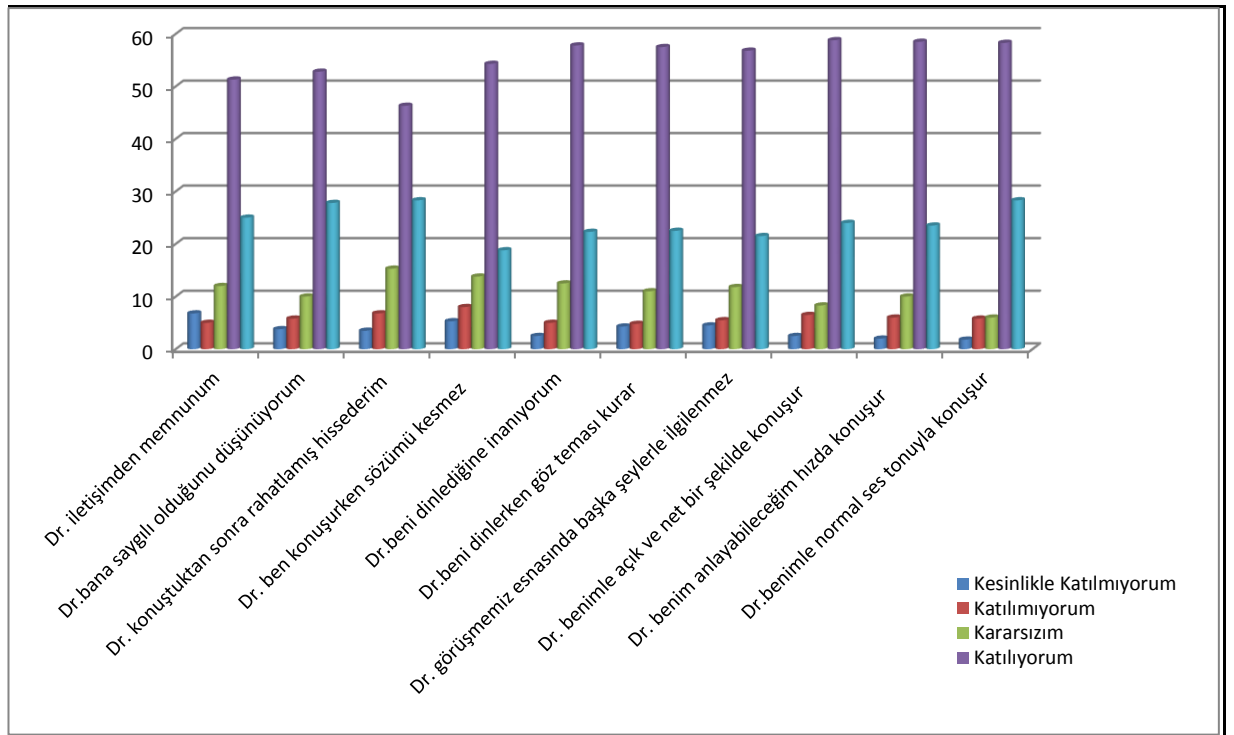
	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Genel olarak Dr. benimle kurduğum iletişimden memnunum	27	6,8	20	5,0	48	12,0	205	51,3	100	25,0	3,827	1,072
Beni tedavi eden Dr. bana karşı her zaman saygılı olduğunu düşünüyorum	15	3,8	23	5,8	40	10,0	211	52,8	111	27,8	3,950	0,972
Dr. konuştuğundan sonra kendimi rahatlamış hissedirim	14	3,5	2	6,8	61	15,3	185	46,3	113	28,3	3,890	1,005
Dr. ben konuşurken sözümü kesmez	21	55,3	32	8,0	55	13,8	17	54,3	75	18,8	3,732	1,023
Dr. beni dinlerken bana ilgili davrandığına, beni dinlediğine inanıyorum	10	2,5	20	5,0	50	12,5	231	57,8	89	22,3	3,922	0,876
Dr. beni dinlerken göz teması kurar	17	4,3	19	4,8	44	1,0	230	57,5	90	22,5	3,892	0,947
Dr. görüşmemiz esnasında başka şeylerle ilgilenmez	18	4,5	22	5,5	47	11,8	227	56,8	86	21,5	3,852	0,968
Dr. benimle açık ve net bir şekilde konuşur	10	2,5	26	6,5	33	8,3	235	58,8	96	24,0	3,952	0,898
Dr. benim anlayabileceğim hızda konuşur	8	2,0	24	6,0	40	10,0	234	58,5	94	23,5	3,955	0,868
Dr. benimle normal bir ses tonuyla(ne çok yüksek ne de düşük) olmayan konuşur	7	1,8	23	5,8	24	6,0	233	58,3	113	28,3	4,055	0,853

Araştırmaya katılan hastaların “Konuşma ve Dinleme Faktörü” ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde; hastaların %76,3’ü(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendisi ile kurduğu iletişimden memnun olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların %80,6’sı(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin kendisine karşı her zaman saygılı olduğunu düşünmektedir.

Hastaların %74,6'sı(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendisi ile konuştuktan sonra rahatlamış hissettiğini ifade etmişlerdir. Hastaların %73,1'i (Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimin kendisi ile konuşurken sözünü kesmediğini ve %80,1'i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendisini dinlerken ilgili davrandığını ve dinlediğine inandığını söylemişlerdir.

Hastaların %80'i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendisini dinlerken göz teması kurduğunu, %78,3'ü(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekim ile görüşmeleri esnasında hekimin başka şeylerle ilgilenmediğini belirtmişlerdir.

Hastaların %82,8'i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimin kendisi ile açık ve net bir şekilde konuştuğunu, %82'si(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimin kendisinin anlayabileceği hızda konuştuğunu ve %86,6'sı(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimin kendisi ile normal ses tonuyla(ne çok yüksek ne de düşük) konuştuğunu söylemişlerdir. Çalışmamızdaki sonuçlar hastaların hekimlerin konuşma ve dinleme faktörüne ilişkin kısmi bir memnuniyetlerinin olduğunu göstermektedir. Bu sonuca göre, hekimlerin hastalarını dinledikleri ve hastaların anlayabileceği şekilde konuştukları saptanmıştır.



Şekil 5: Konuşma ve Dinleme Faktörü İfadelerinin Yüzdelerik Dağılımı (n=400)

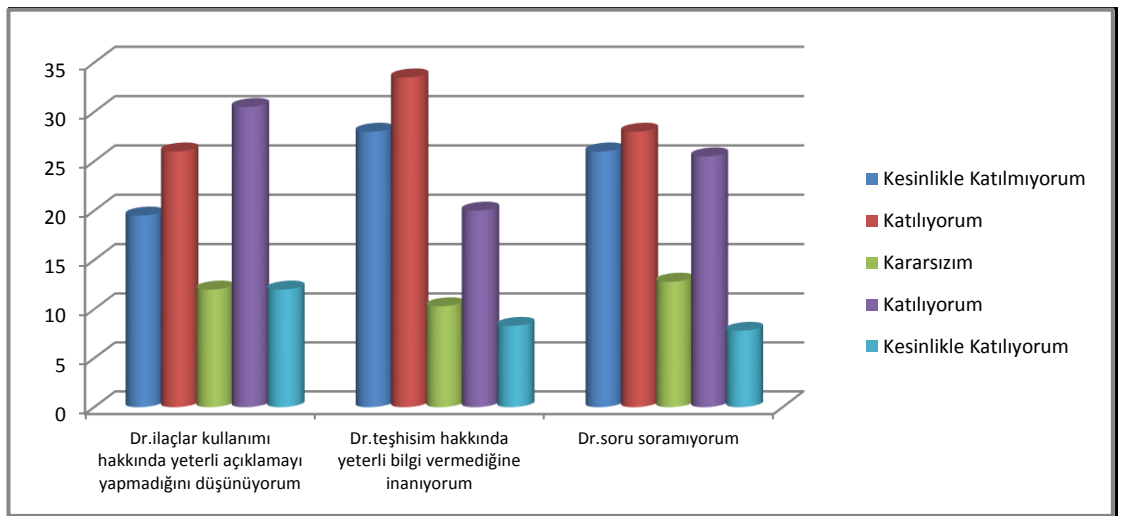
5.2.3. Araştırmaya Katılan Hastaların “Bilgi Verme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Araştırmaya katılan hastaların “Bilgi Verme Faktörü ” ile ilgili ifadelerle verdiği cevapların dağılımları Tablo 24’de görülmektedir.

Tablo 24: Araştırmaya Katılan Hastaların “Bilgi Verme Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dr. reçetede ki ilaçların kullanım şekilleri hakkında yeterli açıklamayı yapmadığını düşünüyorum	78	19,5	104	26,0	48	12,0	122	30,5	48	12,0	2,895	1,348
Dr. bana konulan teşhis hakkında yeterli bilgi vermediğine inanıyorum	112	28,0	134	33,5	41	10,3	80	20,0	33	8,3	2,470	1,307
Dr. yaptığım görüşmelerde kendisine istediğim konularda soru soramıyorum	104	26,0	112	28,0	51	12,8	102	25,5	31	7,8	2,610	1,318

Araştırmaya katılan hastaların “Bilgi Verme Faktörü” ile ilgili ifadelerle verdiği cevaplar incelendiğinde; hastaların %45,5’i(Katılmıyorum+ Kesinlikle Katılmıyorum) hekimin reçetede ki ilaçların kullanım şekilleri hakkında yaptığı açıklamayı yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %61,5’i(Katılmıyorum+ Kesinlikle Katılmıyorum) hekiminden teşhis ve tedavisi ile ilgili bilgi alabildiğini, %54’ü(Katılmıyorum/Kesinlikle Katılmıyorum) de hekimine istediği konularda sorularını sorabildiklerini söylemişlerdir.



Şekil 6: Bilgi Verme Faktörü İfadelerinin Yüzdelerle Dağılımı (n=400)

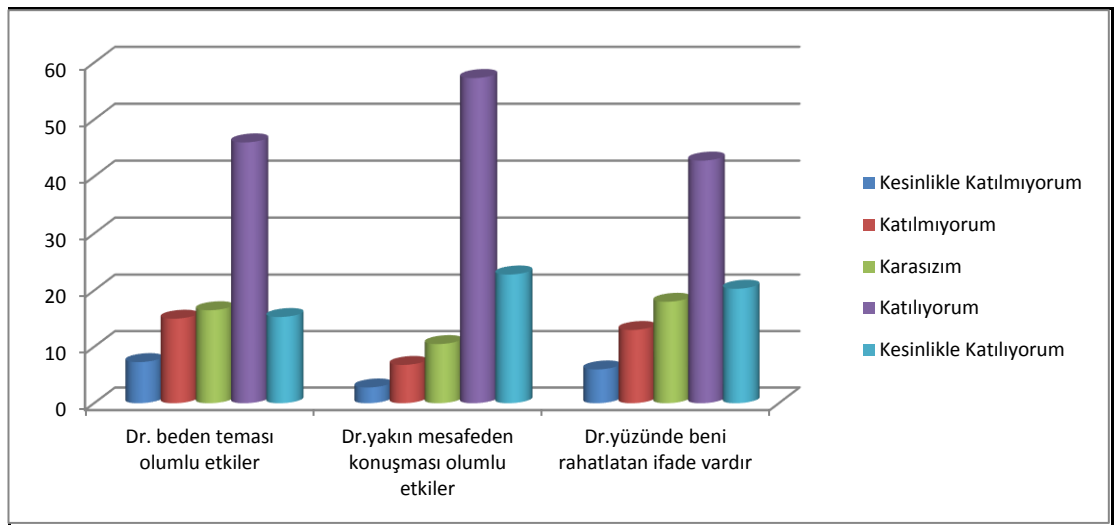
5.2.4. Araştırmaya Katılan Hastaların “Beden Dili Faktörü ” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

Araştırmaya katılan hastaların “Beden Dili Faktörü” ile ilgili ifadelere verdiği cevapların dağılımları Tablo 25 ’de görülmektedir.

Tablo 25: Araştırmaya Katılan Hastaların “Beden Dili Faktörü” İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dr. beden teması(sırt sıvazlama, el kol, omuz teması) benim üzerimde olumlu etki yaratır.	29	7,3	60	15,0	66	16,5	184	46,0	61	15,3	3,470	1,136
Dr. yakın mesafeden konuşması beni olumlu etkiler	11	2,8	27	6,8	42	10,5	229	57,3	91	22,8	3,905	0,918
Dr. yüzünde beni rahatlatan bir ifade vardır.	24	6,0	52	13,0	72	18,0	171	42,8	81	20,3	3,582	1,127

Araştırmaya katılan hastaların “Beden Dili Faktörü ” ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde; hastaların %61,3’ü(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) de hekimin beden temasından(sırt sıvazlama, el, kol, omuz teması) olumlu etkilendiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %80,1’i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin yakın mesafeden konuşmasından olumlu etkilendiklerini ve %63,1’i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) de hekimin yüzünde kendilerini rahatlatan ifade olduğunu söylemişlerdir.



Şekil 7: Beden Dili Faktörü İfadelerinin Yüzdelerik Dağılımı (n=400)

6. TARTIŞMA

Bu araştırma, göğüs kliniklerinde akut alevlenme nedeniyle yatırılan KOAH'lı hastaların bakış açısından, hasta-hekim arasındaki iletişimin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya 400 hasta alınmıştır. Bu çalışmada, hastalara ilişkin özellikler(yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, maddi durum, yaşadığı yer ve hastaneye kaçınıcı başvuru) ve hasta-hekim ilişkisinin niteliğini belirleyen özellikler(serviste takibini yapan hekimin adını bilme, takibini yapan hekim ile günlük görüşme süresi, hastalığını ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime sorma ve soruların yanıtlarını hekiminden alma) HİBMÖ'ye göre incelenmiştir.

6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların İncelenmesi

➤ Yaş

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde 36-45 yaş aralığındaki hastaların diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 9) . Bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde yapılan bazı çalışmalarda yaş grupları ile iletişimden memnuniyet arasında(Gezergün ve ark.2006, Ege 2014, Adıgüzel 2005, Uludağ 2011). Bizim bulgularımız Atıcı(2005), Çiftçioğlu ve ark.(2010) ve Şengün(2014)'ün çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Yaş değişkeni ile iletişimden memnuniyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

➤ Cinsiyet

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde en fazla erkek grubunun kadın grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 10). Ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Cinsiyet ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, Çiftçioğlu ve ark.(2010)'nın çalışmasında cinsiyetin iletişimden

memnuniyet düzeyleri üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Özyurt ve ark.(2004)'nın çalışmasında ise iletişim konusunda erkeklerin kadınlara göre daha duyarsız oldukları saptanmıştır. Bizim çalışmamız Adıgüzel ve ark.(2005), Atıcı (2005), Gezergün(2006) ve Şengün(2014)'ün çalışması ile benzerlik göstermektedir.

➤ **Medeni Durum**

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde bekar grubunun evli gruba oranla daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 11) ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Gezergün ve ark.(2006) ve Uludağ(2011)'in yaptığı çalışmada medeni durum ile iletişim memnuniyet arasında anlamlı fark bulunmuştur. Şengün(2014)'ün çalışmasında ise evli veya bekâr hasta gruplarının iletişim puanı ortalamaları arasında herhangi bir farklılık görülmemektedir. Bu durum bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Hastaların hekimleriyle iletişimlerinde hekimlerin de hastalarıyla yakınlık kurmaları nedeniyle hekim ile hasta arasındaki iletişimde karşılıklı iyi bir ilişkinin kurulması, bilgi transferi ve tedavi ile ilgili karar verme gibi farklı amaçlar da bulunmaktadır. Evli çiftlerin iletişim sırasında daha kolay güven duygusunun oluşması, sağlık sorununun hekime daha doğru aktarılması ve sürecin yönetilmesinde hekim ve aile işbirliğinin olması sağlanarak hastalarla hekimin daha etkili bir iletişim kurdukları düşünülmektedir.

➤ **Öğrenim Durumu**

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde geliri giderden az olanların diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 12) ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Adıgüzel(2005), Özer(2007) ve Uludağ(2011)'in yaptığı çalışmada öğrenim durum ile iletişim memnuniyet arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da(Adıgüzel 2005, Akbaş 2014, Atıcı 2005, Çiftçioğlu ve

ark.2010, Gezergün ve ark.2006 ve Şengün 2014) ise öğrenim durumunun iletişimden memnuniyet üzerinde anlamlı olmadığı belirtilmiş olup, bizim bulgularımız bu çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi hastaların, hekimlerin önerilerine uymaları ve verdikleri kararlara güven duymaları sebebiyle hekim ile iletişimlerini etkilemektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların hastalıkla ilgili daha çok bilgi öğrenme isteğinde olması, hastalıklarını fazla sorgulamaları ve hasta haklarını bilmeleri hekimleri ile iletişimlerini güçleştirdiği düşünülebilir.

➤ **Meslek**

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde işsiz olanların toplam puan ortalamaları diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 13) ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Adıgüzel(2005), Şengün(2014) ve Uludağ(2011)'in, çalışmasında hastaların meslek gruplarının hekimler ile olan iletişim düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Çalışmamızı, yapılan çalışmaların bulguları destekler niteliktedir. Çalışmamızda hastaların işsiz olanların HİBMÖ toplam puan ortalamaları diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

➤ **Maddi Durum**

Araştırmaya katılan hastaların maddi durumları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları incelendiğinde geliri giderden az olanların diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 14) ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Uludağ(2011)'in yaptığı çalışmada hastalar ile hekimler arasındaki iletişim düzeyinin gelir durumu arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da(Adıgüzel 2005 ve Şengün 2014)ise maddi durum ile hasta hekim iletişimi arasında bir farkın olmadığı bulunmuştur. Bu durum bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Kamu kurumlarında sağlık güvencesi olan hastalardan ücret alınmamaktadır. Ekonomik geliri düşük hastalar

tedavi sürecinde çok fazla maddi harcama yapmadan kamu hastanelerinden sağlık hizmeti alabileceklerini bildikleri için hekimleriyle daha etkili ve yakın bir iletişim kurmaya çalışmaktadırlar. Gelir düzeyi daha yüksek ve özel sağlık sigortalarına sahip olan hastalar, özel sağlık kuruluşlarında özel bakım almak istemeleri nedeniyle hekimleri ile iletişimi daha güç olabilmektedir.

➤ Yaşadığı Yer

Araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları yer ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları incelendiğinde ilçede yaşayan hastaların HİBMÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 15) ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde(Çiftçioğlu ve ark.2010); hastaların yaşadıkları yerin, hekimler ile olan iletişimlerdeki memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. İlçede yaşayan hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarına ulaşma imkânının yetersizliği, muayene için geldiklerinde kalacak yer sorunu yaşamaları ve hastanedeki tedavi sürelerinin uzaması durumunda maddi imkânlarının yetersiz kalması gibi nedenlerden dolayı hekimleri ile daha iyi bir iletişim kurma çabası içerisinde olabilecekleri ve hekimlerine güven duyabilecekleri düşünülmektedir.

➤ Hastaneye Başvuru

Araştırmaya katılan hastaların hastaların hastaneye başvuru sayıları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hastalardan hastaneye 11-15 defa başvuru yapanların diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 16) ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Akbaş(2014)'nın yaptığı çalışmada hastaneye ilk kez gelen hastaların hizmete erişimde zorlanmaları, prosedürü bilmemelerinden kaynaklanan memnuniyetsizlik yaşayabilecekleri belirtilmiştir. Hastaların aynı hastaneye birden fazla gelme durumunda geçmişe yönelik memnuniyet düzeyleri ile oldukları zaman dilimdeki memnuniyet düzeylerini karşılaştırmalarını sağlamaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda da(Adıgüzel 2005; Özer 2007; Şengün 2014) ise hastaların

hastaneye başvuru sayılarının hekimler ile kurulan iletişim arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Bu durum bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir.

6.2. Hasta-Hekim İlişkisinin Niteliğini Belirleyen Bulguların İncelenmesi

➤ Serviste Takibini Yapan Hekimin Adını Bilme

Araştırmaya katılan hastaların serviste takibini yapan hekimin adını bilme durumlarının HİBMÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(Tablo 17).

Literatür incelendiğinde(Gezergün ve ark.2006); hastaların serviste takibini yapan hekimlerin adını bilme durumları ile iletişimlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu durum bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Hastaların hekimleriyle olan iletişiminde adını hitap ederek konuşmak bireyler arasında güven duygusunun oluşmasına ve hekimin hasta yararına iletişim kurduğunu düşündürmektedir. Ayrıca hastanın kendi değerlerini, duygularını, sorumluluklarını tanımasına fırsat sağlama, sağlık sorununu daha iyi aktarabilmesine, takiplerine düzenli katılımına ve hastalık süreci ile bilginin kendisi ile paylaşımı sağlanması nedeniyle etkili hasta-hekim iletişimi kurulmuş olabileceği düşünülmektedir.

➤ Takibini Yapan Hekim İle Günlük Görüşme Süresi

Araştırmaya katılan hastaların serviste takibini yapan doktor ile günlük görüşme süresinin HİBMÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 18).

Literatür incelendiğinde(Akbaş 2014; Gezergün ve ark.2006); hastaların muayene ya da serviste hekimin vizitleri sırasında görüşme sürelerinin hekimler ile olan iletişimlerdeki memnuniyet düzeylerini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu durum bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Hekimlerin hasta ile iletişimlerinin iyi olması için, iletişim tekniklerini bilmesi gerekmektedir. Hekimin, hekim-hasta sorunlarının çözülmesi için problem çözme yeterliliğinin olması

şarttır. Hekim hasta iletişimine yeterli zamanı ayırarak, gerekli desteği sağlaması ile aralarında güven duygusunun oluşmasına neden olacaktır. Böylece hekimlerin, hastalar ile iletişimleri sırasında karşılaşılan sorunları daha hızlı ve etkili bir şekilde çözümlenebilecekleri düşünülmektedir. Bunun sonucunda hasta memnuniyetinin artması beklenmektedir.

➤ **Hastaların Hastalıkları ve Tedavileri ile İlgili Sorularını Hekime Sorma**

Araştırmaya katılan hastaların hastalıkları ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime sorma durumları ile HİBMÖ'nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(Tablo 19). Hastalardan hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularını hekime soranlar, soru sormayanlara göre hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Bol ve ark.(2013)'in çalışmasında hastaların kendileri ile ilgili sorunlarını hekimlerine ifade edebilme durumları ile hekimleriyle olan iletişimlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Bu durum bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Hastalar, hastalıkları ile ilgili süreçleri hakkında bilgi almak için hekimlerine soru sormaktadırlar. Süreç hakkında daha çok bilgi almak istemelerinin nedeni ise; hastalıklarına ilişkin karşılaştıkları/karşılaşılabilecekleri sorunlarla daha etkili baş etme yöntemleri geliştirmek ve çözüm bulma çabası içerisinde oldukları düşünülebilir. Ayrıca günümüzde hekim seçebilme hakkının olması, daha fazla sağlık kurum ve kuruluşunun olması ve bilginin kaynağına her yerden ulaşılabilmesini sağlamaktadır. Hasta haklarının daha etkin bir şekilde kullanılması ve hastaların hekimlerin yoğun olduklarını düşünmelerine bağlı olarak hasta-hekim iletişiminde sorunlar yaşandığı sonucuna varılabilir.

➤ **Hastaların Hastalığı ve Tedavisi İle İlgili Sorularının Yanıtlarını Hekiminden Alma**

Araştırmaya katılan hastaların, hastalığı ve tedavisi ile ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alma durumu ile HİBMÖ' nün toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(Tablo 20). Hastalardan hastalığı ve tedavisi ile

ilgili sorularının yanıtlarını hekiminden alanlar, sorularına yanıt almayanlara göre hekimlerin iletişiminden daha yüksek seviyede memnun oldukları gözlenmiştir.

Literatür incelendiğinde(Atıcı 2005; Bol ve ark.2013; Şengün 2014; Turhan 2014); hastaların hastalığı ve tedavisi ile ilgili olan sorularının cevaplarını alabilme ya da bilgilendirme yapma durumlarının hekimleri ile olan iletişimlerdeki memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu durum bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Özellikle kronik hastalığı olan hastaların hastalıkla ilgili sürecin yönetilmesi ve baş edilmesinde hekimlerinden daha açıklayıcı ve yeterli bilgi vermeleri gerektiği yönünde beklenti içerisinde oldukları düşünülmektedir. Ayrıca hastaların okur-yazar olma durumları, entellektüel kapasiteleri, sosyo-ekonomik düzeyleri, çevresel faktörler ve hekimin etkili iletişim tekniklerini kullanması, problem çözme tekniklerini bilmesi ve hekimin iş yükünün yoğunluğu gibi nedenler, hastaların hastalığın teşhisi ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgi alıp alamama durumlarının iletişimlerini etkilediği düşünülmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. SONUÇ

Hasta-hekim ilişkisi hem kişiler arası iletişimde hem de hastalığın teşhis, tanı ve tedavi sürecinde yaşamsal bir öneme sahiptir. Bu iletişimde hastaların hekimlerden beklentileri oldukça açıktır. Bu beklentiler; hastaya güler yüzlü davranması, hekimin bilgili olması, hekimin kendine güvenmesi, hastayı dikkatli dinlemesi, hastanın beden diline dikkat etmesi, hastanın anlayacağı bir şekilde bilgi vermesi, hasta ile ilgili alınan kararlara hastayı dâhil etmesi, hastanın istediği bilgileri vermesi, mahremiyetine özen göstermesi ve hastaya ismi ile hitap etmesidir.

İyi bir hasta hekim ilişkisinin özellikle kronik hastalıklar için önemli olduğu, bu hastaların yeterli bilgilendirildiklerinde, karar alma sürecine dâhil edildiklerinde hastalıklarıyla ilgili olumlu davranış geliştirme ve hekim önerisine uymada dikkatli oldukları görülmüştür.

Akut alevlenme nedeniyle yatan KOAH tanılı hastaların bakış açıları ile hekimlerin iletişim kurma yaklaşımlarını belirlemek amacı ile yaptığımız bu araştırmaya 400 hasta katılmıştır. Yaptığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. HİBMÖ'nün maddelerinin güvenilirliğine ilişkin faktör analizi yapıldığında çalışmamızda Cronbach's Alpha Sayısı 0,77 bulunmuştur (Cronbach alfa katsayısının $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir).
2. Hastaların, hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri 5 üzerinden $3,78 \pm 0,79$ düzeyindedir. Çalışmamızda ölçeğin puan ortalamasının 3,5'in eşik değer üzerinde olması hastaların hekimleri ile iletişiminden memnun olduklarını göstermektedir (Tablo 8).
3. Çalışma sonuçlarında (Tablo 21) özellikle konuşma ve beden dili; ilgilenme ve beden dili; ilgilenme ve konuşma faktörleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir. Bu çalışmadaki korelasyonda ölçek ve ölçeğin alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmada hastaların, hekimlerin konuşma ve

dinlemelerinden kısmen memnun olduklarını göstermektedir. Bu sonuca göre, hekimlerin hastalarını dinledikleri ve hastaların anlayabileceği şekilde konuştukları saptanmıştır.

4. HİBMÖ'nin dağılımlarında *İlgilenme Faktöründe*, hastaların %73' ü (Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimlerin tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi verdiğini, %76,2'si (Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin kendisine adı ile hitap ettiğini(Tablo 22, Şekil 4) söyledikleri görülmüştür.
5. HİBMÖ'nin dağılımlarında *Konuşma ve Dinleme Faktöründe*, hastaların %80,6'sı(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin kendisine karşı her zaman saygılı olduğunu, %80,1'i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekimin kendisini dinlerken ilgili davrandığını ve dinlediğine inandığını(Tablo 23, Şekil 5) söyledikleri görülmüştür.
6. HİBMÖ'nin dağılımlarında *Bilgi Verme Faktöründe* hastaların %61,5'i (Katılmıyorum+ Kesinlikle Katılmıyorum) hekiminden teşhis ve tedavisi ile ilgili bilgi alabildiğini(Tablo 24, Şekil 6) söyledikleri görülmüştür.
7. HİBMÖ'nin dağılımlarında *Beden Dili Faktöründe* hastaların %80,1'i (Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum) hekiminin yakın mesafeden konuşmasından olumlu etkilendiklerini(Tablo 25, Şekil 7) söyledikleri görülmüştür.
8. Çalışma sonucunda yapılan ileri analizde hastaların bazı demografik özelliklerinin HİBMÖ üzerine etkisi incelenmiştir. Hastaların mesleklerinin(Tablo 13) ve yaşadıkları yerin(Tablo 15) HİBMÖ ile arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür($p<0,05$).
9. Hastaların serviste takibini yapan hekimin adını bilme durumlarının (Tablo 17), serviste takibini yapan hekim ile görüşme süresinin(Tablo 18), hastaların hastalıkları ve tedavisi ile ilgili soruları hekime sorma durumlarının(Tablo 19) ve soruların yanıtlarını hekiminden alma durumlarının(Tablo 20) HİBMÖ ile arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür($p<0,05$).
10. Çalışmamızda hastaların yaş grupları(Tablo 9), cinsiyeti(Tablo 10), medeni durumu(Tablo 11), öğrenim durumu(Tablo 12), maddi durumu (Tablo 14) ve hastaneye başvuru süresi(Tablo 16) ile HİBMÖ ile arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür($p>0,05$).

11. Hastaların hekimlerle olan görüşme süreleri, hastanın soru sormasına fırsat vermesi, hekimlerin açıklayıcı tarzda tıbbi terimler kullanmadan hastaya açıklamalar yapması, hekime duyulan güveni arttıracaktır. Buna bağlı olarak hastanın tedaviye uyumu artacaktır.
12. Sonuç olarak hastalarla hekimler arasındaki iletişim hasta memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğine yol açmaktadır. Hasta memnuniyetini sağlamanın ilk adımı hastanın en doğal hakkı olan bilgi alma hakkını sunmaktır. İletişim sorunlarının çözümü için hekimler hastaları daha fazla bilgilendirmelidir.

Günümüzde hekimlerin giderek daha fazla bilim, teknoloji ve sağlık ekonomisi konularına odaklanmaları sonucunda hasta-hekim ilişkisinde, hastaların durumlarını anlamayan ya da hastanın beklediği şefkati, ilgiyi gösteremeyen hekimler iş hayatında yer alır duruma gelmiştir. Bu doğrultuda araştırma bulguları hekimlerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi için tıp fakültelerinde de temel tıp eğitimlerinin yanı sıra davranış, iletişim, empati gibi konuların eğitim müfredatına alınmasının, hasta memnuniyetini artırmada yarar sağlayacağını göstermektedir.

➤ **Hipotezlerin değerlendirilmesi şu şekildedir;**

H₁: “Akut alevlenme ile hastaneye yatan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların hekimleri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri yüksektir.”

Hekim hastalar ile etkili iletişim kurduğunda, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgi verdiğinde hastaların memnun olabilecekleri görülmüştür. Hastaların, hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri 5 üzerinden $3,78 \pm 0,79$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin puan ortalamasının 3,5'in eşik değer üzerinde olması hastaların hekimleri ile iletişiminden memnun olduklarını göstermektedir. Hastaların hekimleri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeylerinin yüksek olması hipotezi doğrulamaktadır.

H₂: “Hekimin zaman ayırıp bilgilendirdiği hastaların, hekimleri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeyleri yüksektir.”

Çalışmada hastaların % 61,5’i (Katılmıyorum+ Kesinlikle Katılmıyorum) hekiminden teşhis ve tedavisi ile ilgili bilgi alabildiğini, %60,8’i(Katılıyorum+ Kesinlikle Katılıyorum), hekimin kendilerinin sağlık durumu hakkındaki sorularına cevap vermek için yeterli zaman ayırdığını düşünmektedirler. Hekimin hastalar ile etkili iletişim kurduğunda, teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgi verdiğinde hastaların memnun olabilecekleri görülmüştür. Hekim-hasta iletişiminde en önemli nokta zamandır. Hekimin hastalarına zaman ayırıp, hastalığı hakkında bilgilendirmesi, hastanın hastalığına yönelik sorularına cevap vermesi, kullandığı ilaçların yan etkileri hakkında, tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermesi ve anlamadığı yerleri tekrar etmesi hastanın memnuniyetini artırmaktadır. Bu sonuç hipotezi doğrulamaktadır.

7.2. Öneriler

Akut alevlenme nedeniyle yatırılan KOAH'lı hastaların bakış açısından, hasta-hekim arasındaki iletişimin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu araştırma sonucunda aşağıdakiler önerilmektedir:

- ✓ İletişimde memnuniyetsizliği azaltmak için hekimlerin hastalarına daha açıklayıcı ve yeterli bilgi vermesi için ortamın sağlanması,
- ✓ Tedavinin başarısını arttırmak için hekimlerin, hastalarına tedavi yöntemi ve sürecine ilişkin bilgi aktarımında tıbbi terimler kullanmadan, hastasının anlayabileceği bir şekilde sade, açıklayıcı, akıcı ve etkileyici bilgiler vermesi,
- ✓ Bireyin hastalıklarına ilişkin karşılaştıkları/karşılaşabilecekleri sorunlarla daha etkili baş etme yöntemleri geliştirmesi ve çözüm bulabilmesi için hekimlerin hastalarının sorunlarını dinlemesi ve soru sormalarına fırsat vermesi,
- ✓ Hasta ile görüşme esnasında hekimin başka şeylerle ilgilenmemesi, iletişim tekniklerini doğru kullanması tüm dikkatini hastasına vermesi ve hekimin hastasını aktif dinlemesi,
- ✓ Hekim hasta ilişkisini olumlu yönde geliştirmek için hekimlerin hastalarını, hastalığı hakkında bilgilendirmesi, hastanın hastalığına yönelik sorularına cevap vermesi, kullandığı ilaçların yan etkileri hakkında, tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermesi ve anlamadığı yerleri tekrar etmesi için daha uzun süre ayırması,
- ✓ İl dışında yaşayan ve özellikle her fırsatta hekimiyle iletişime geçemeyecek olan hastalara tekrar gelişleri azaltmak için yeterli bilgi verilmesi, hastalarına geniş zaman ayırması,
- ✓ Hekimlerin hastalarla kurdukları iletişimlerine dikkat etmeleri, iletişim becerilerini geliştirmek için çabalar göstermeleri önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

Adıgüzel Z. Sağlık Personeli-Vatandaş(Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Manisa(Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Öztürk).

Akbaş E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler(Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M.F. Gezgin).

Akdoğan R, Ceyhan E. Terapötik İlişkide İnsan Faktörü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 2011;3(1):117-141.

Akyurt N. Sağlıkta İletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Elazığ, 2009;4(11):15-33.

Albert P, Agusti A, Edwards L, et al. Bronchodilator Responsiveness as a Phenotypic Characteristic of Established Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Thorax 2012; 67:701-708.

Albert RK, Connett J, Bailey WC, Casubari R, Cooper JA Jr, Criner GJ, Curtis JL, Dransfield MT, Han MK, Lazarus SC, Make B, Marchetti N, Martinez FJ, Madinger NE, McEvoy C, Niewoehner DE, Porsasz J, Price CS, Reilly J, Scanlon PD, Sciurba FC, Scharf SM, Washko GR, Woodruff PG, Anthonisen NR. Azithromycin for Prevention of Exacerbations of COPD. COPD Clinical Research Network. N Engl J Med 2011; 365:689-698.

Altın R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Klinik Özellikler. Türkiye Klinikleri Journal Thorax Dis 2003;1(1):13-17.

Altıntaş E, Çamur D. Beden Dili Sözsüz İletişim. Mentis Yayınları, Ankara; 2013, s:4.

Anıl A. İşletmelerde İletişim Olgusu ve İletişim Sürecinde Dönüşüm, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Sakarya (Danışmanı: Doç. Dr. S. Kayıhan).

Araz Ö, Yılmazel Uçar E, Akgün M. KOAH Alevlenmesi. Alevlenmeler, Alevlenmelerin Önlenmesi, Tedavisi ve Prognostik Anlamı. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013;1(1):86-97. http://www.guncelghs.org/upload/pdf_1369147753.pdf

Arda B. İş Ahlakı Açısından Tıp: Neredeyiz? Nereye Gidiyoruz? Bilim Eğitim ve Düşünce Dergisi, 2003;3(1):4.

Ataç A. İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması. Hacettepe Tıp Dergisi, 2009;40:89-95.

Atasever A, Erdinç E. KOAH Erken Tanısı. Türk Toraks Dergisi. 2003;1:82-87.

Atıcı E. Erişkin Lösemili Hastalarda Hasta – Hekim İlişkisinin Tıp Etiği İlkeleri Açısından İncelenmesi, Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, Bursa(Danışman: Prof. Dr. A.D. Erdemir).

Atıcı E. Hasta- Hekim İlişkisi Kavramı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Bursa, 2007;33(1):45-50.

Aziz A. İletişime Giriş, Genişletilmiş 4.basım, Hiperlink Yayınları, İstanbul; 2012, s: 25-112.

Babadağlı B, Erim S.E. Erdoğan S. Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1(3):52-69.

Basia B, Steele BG, Hunziker J, Lakshminaryan S, Holt L, Buncher D. Correlates of physical activity in chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res* 2001; Jul-Aug; 50(4):195-202.

Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-Patient Communication In The Primary Care Office: A Systematic Review, *J Am Board Fam Pract*, 2002;15:25-38.

Bilen M. Sağlıklı İnsan İlişkileri. 7.Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara; 2009, s:13-38, 275-276.

Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C. The Global Economic Burden of Non-Communicable Diseases: A Report By The World Economic Forum and The Harvard School Of Public Health. Geneva, Switzerland: World Economic Forum, September 2011.

Bol P, Gül G, Erbaycu AE. Hasta - Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında FMEA Model Analizinin Katkısı. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2013;27(3):181-191.

Celli B, Snider GL, Heffner JE. Definitions, Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Staging. *American Journal of Respiratory And Critical Care Medicine* 1995;152:78-121.

Celli BR, MacNee W. ATS/ERS Task Force. Standarts For The Diagnosis And Treatment of Patients With COPD: A Summary of The ATS/ERS Position Paper. *Eur Respir J* 2004;23:932-946.

Cirhinlioğlu Z. Sağlık Sosyolojisi, 5. baskı, Nobel Yayınları, Ankara, 2015; s:53, 126

Coombs RH, Perell K, Ruckh JM. Primary prevention of emotional impairment in medical training. *Academia Medica*,1990;65:576-581.

Cüceloğlu D. İletişim Donanımları.51.Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul; 2015a, s:45-65.

Cüceloğlu D. İnsan İnsana. 51.basım, Remzi Kitabevi, İstanbul; 2015b, s: 73-74.

Çelik Y. Sağlık Ekonomisi, 2.baskı, Siyasal Kitapevi, Ankara; 2013, s: 56-57.

Çiftçioğlu BA, Ordun G. Hastaların Hekimlerin Kendileri İle Kurdukları İletişimden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi, 2010;9(34):109-118.

Çobanoğlu N. Tıp Etiği. 1. baskı. Eflatun Yayınevi, Ankara; 2009, s: 37-103.

Danayiyen A. Hastanelerde Yeni İletişim Teknolojilerini Kullanımının Kurum İçi İletişim Doyumuna Etkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015 (Tez Danışmanı: M. Kıyak).

Dereboy İF, Gürel M, Erpek S, Savk Ö. Tıp Eğitiminde Tam Entegrasyona Doğru: Menderes Deneyimi. Toplum ve Hekim, 2001;16(3):194-204.

Dereboy Ç, Harlak H, Gürel FS, Gemalmaz A. ve Eskin M. Tıp Eğitiminde Eşduyumu Öğretmek. Türk Psikiyatri Dergisi, 2005;16(2):83-89.

Doğanay Ü, Keskin F. İletişim Çalışmalarında Kişiler Arası İletişimin Yeri: Türkiye'deki Kişiler Arası İletişim Eğitimi Üzerine Bir Değerlendirme. Kültür ve İletişim, 2008;11(1):9-32.

Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A and Wedzicha JA. Relationship Between Exacerbation Frequency and Lung Function Decline in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Thorax 2002;57(10):847-852.

Donaldson GC, Goldring JJ, Wedzicha JA. Influence Of Season On Exacerbation Characteristics In Patients With COPD. Chest 2012;141(1):94-100.

Dökmen Ü. Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. 51. Basım. Remzi Kitabevi. İstanbul; 2013, s:37-160.

Dündar İP. Özel E. Kurum İçi İletişimin Kaliteye Olan Etkisi: Yeni İletişim Teknolojilerinin Kurum İçi İletişimin Kalitesine Olan Etkisini İncelemeye Yönelik Bir Araştırma. ODÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. Aralık 2012;3(6): ISSN: 1309-9302

Ege Ş. Hemşirelik Hizmetlerindeki Memnuniyetin Teknik Olmayan Boyutuyla Hastane Hizmetlerinden Memnuniyete Etkileri (Didim Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Dr. Z.A. Bulut).

Elçioğlu Ö, Demirhan AE. Klinik Uygulamalarda Her Durumda Ortaya Çıkan Etik Yükümlülükler. In: Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, Editors. Klinik Etik. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2001, s:105-148.

Elçioğlu Ö, Erdemir AD. Hasta Hakları. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (eds). Çağdaş Tıp Etiği. 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2003,s: 86-116.

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician Patient Relationship. Journal of The Amerikan Medikal Association. April;1992;267(16): 2221-2226.

Engelhardt DV. Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, (Çeviren: A. Narmal), İstanbul; 2000, s: 3.

Ersanlı K, Balcı S. İletişim Becerileri Envanterinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1998; 2(10): 7-12.

Fişek N. Hekimlik. Türk Tabipleri Birliği Yayını, TTB TİSAMAT Basın Sanayi, Ankara; 1991:18

Geisler L. Arzt und Patient-Begegnung im Gespräch,4.Erweiterte Auflage, Frankfurt am Main: pmi Verlag.2002. http://www.linusgeisler.de/ap/ap38_alltag.html

Gezergün A, Şahin B, Tengilimoğlu D, Bayer E, Demir C. İletişim ve Hekimlerin Bakış Açısıyla Hekim - Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Dergisi,2006;2(1):129-144

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.2006

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2009 (update) Workshop report. Global strategy for the diagnosis,management and prevention of chronic obstructive pulmmary disease 2009. www.goldcopd.com (Erişim tarihi:10 Mart 2015).

Global strategy for the diagnosis, management and prevention of copd: Revised 2011. Global initiative for chronic obstructive lung disease(GOLD). <http://goldcopd.org>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: update 2014. (Erişim tarihi:18 Mayıs 2015). http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf

Gordon T, Edwards S. Hasta ve Doktor İletişimi,(Çev: O. Aytolu), 1.baskı, Profil Yayıncılık, İstanbul; 2014, s:21-142

Gültekin GG. Sağlık Kurumlarında İletişim Yönetimi, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012, s.9-11

Gürüz D, Eğinli AT. İletişim Becerileri Anlamak-Anlatmak-Anlaşmak. 4.Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara; 2014, s:37-281.

Habiba MA. Examining consent within the patient-doctor relationship. *J Med Ethics* 2000;26(3):183-187.

Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical out-patients. *BMJ* 1975;2:486-489.

Hardoff D, Schonmann S. Training Physicians In Communication Skills With Adolescents Using Teenage Actors As Simulated Patients. *Med Educ*, 2001; 35(3): 206-10.

Hasson F, Spence A, Waldron M, Kernohan G, McLaughlin D, Watson B, Cochrane B. I can not get a breath: Experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*. 2008; 14(11):526-531

Holguin F, Folch E, Redd SC, Mannino DM. Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the United States, 1979 to 2001. *Chest* 2005;128(4):2005-2011.

Hooper R, Burney P, Vollmer WM, McBurnie MA, Gislason T, Tan WC, Jithoo A, Kocabas A, Welte T, Buist AS. Risk factors for COPD spirometrically defined from the lower limit of normal in the BOLD project. *European Respiratory Journal* 2012;39(6):1343-1353.

Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, Miller B, Lornas DA, Agusti A, MacNee W, Calverley P, Rennard S, Wouters EFM and Wedzicha JA. Susceptibility to Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The New England Journal of Medicine. 2010a; 363:1128-1138.

Hurst JR, Vestbo J, Wedzicha JA. Susceptibility to Exacerbation in COPD REPLY. New England Journal of Medicine 2010b;363:2671.

İnal S, Akgün M. Hastanede Yatan Çocukta Terapötik İletişim, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Erzurum, 2003;6(2):68.

İzğören A. Ş. Dikkat Vücudunuz Konuşuyor – Türkiye’de Beden Dili, İş Yaşamı ve Renkler. 69.Basım, Elma Yayınevi, Ankara; 2013. s:19-20.

Kalender A, Uludağ A. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor-Hasta İlişkisinin Rolü, Amme İdaresi Dergisi, 2004;37(4):117-132.

Karataş S. Yüz Yüze ve Uzaktan Eğitimde Öğrenme Deneyimlerinin Eşitliği, Eğitim Bilimleri ve Uygulama.2003;2(3):91-104.

Karsavuran S, Kaya S, Akturan S. Hasta-Hekim İletişimde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,2011;14(9):185-212.

Kaufman SJ. Nursing management obstructive pulmonary disease, Lewis ve ark.(Ed). Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. 9.baskı, Mosby-Elsevier; 2014; s:561-612.

Keçeci A, Taşocak G. Öğretim Elemanlarının İletişim Becerileri: Bir Sağlık Yüksekokulu Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, İzmir; 2009; 2(4):131-136.

Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T, Leblanc A, Lockyer J, Légaré F, Campbell C. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: a dyadic analysis of doctor-patient communication. Soc Sci Med 2010;70(5):763-768.

Kıyan E, Kuran G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Alevlenme Tedavisi. Gürses ve Biber, eds. Koah'ta Pulmoner Rehabilitasyon. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi. Türkiye Solunum Araştırma Derneği. G.M. Matbaacılık, İstanbul; 2012; s:114-118.

Kihtir A. Sağlık Çalışanları İçin Etkili İletişim: Hekim-Hasta İletişiminde Temel Noktaları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültür Dergisi. 2011;(18):72-78.

Kişioğlu AN, Tüfekçi F, Uskun E, Bakır B. Bir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların, Bilgilendirilme ve Aydınlatılmış Onam Durumunun Değerlendirilmesi. T Klin J Med Ethics, 2001;9:98-101.

Knauft E, Nielsen EL, Engelberg RA, et al. Barriers and facilitators to end-of-life care communication for patients with COPD. Chest 2005;127:2188–2196.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu, Turk Toraks Derg 2014; 15 (Suppl 2): S60-61 (Erişim tarihi:15 Ocak 2016).
<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2832014162121-5.pdf>

Koch E, Turgut T. Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004;15(1):64-69.

Korkut F. Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Ankara, 2005;28:143-149.

Korkmaz T ve Tel H. KOAİ'li hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13(2):79-86.

Kömürçüoğlu B, Balioğlu M, Öztuna I ve ark. KOAH' lı erkek olgularda depresyon. Toraks Dergisi.2000;1(3):31-34.

Landgraf R, Huber F, Bartl R. Patient als Partner Möglichkeiten und Einflussfaktoren der Patientin tegration im Gesundheitswesen, Wiesbaden AND Deutscher Universitaets-Verlag. 2006:31.

Lussier MT, Richard C. Doctor-Patient Communication. Canadian Family Physician; 2006:52.

McKay M, Davis M, Fanning P. İletişim Becerileri.(Çev. Ö.Gelbal). HYB Yayıncılık, Ankara; 2006, s:3-11.

McNeill C, Shattell M, Rossen E, Bartlett R. Relationship skills building with older adults. J Nurs Educ 2008;6:269-271.

Mannino DM, Buist AS. Global Burden of COPD: Risk Factors, Prevalence, and Future Trends. Lancet 2007;370:765-73.

Okay A. Sağlık İletişimi. 2.Basım, Derin Yayınları. İstanbul; 2014, s: 54-106.

Özçakır A. Tıp Eğitiminde İletişim ve Klinik Beceriler Dersi Verilmeli mi? İntörn Öğrenci Görüşleri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2002;22(2):185-189

Özçakır A. Hekim-Hasta İlişkisi: Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2004;4(24):411-415

Özdemir G. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerileri ve Yaşam Yönelimlerinin Stresle Baş Etme Tutumları Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. H. Kaya).

Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta Hekim İletişiminin İncelenmesi. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul (Şef: Doç. Dr. Y. Altuntaş).

Özkan Z. 66 Soruda Sağlıkta İletişimin Gücü. Doktor-Hemşire-Hasta Yakını ve Hasta İşbirliği. Optimist Yayınları. İstanbul; 2011, s:31-83.

Özkurt S. Terapötik İletişim Becerileri Kazandırma Eğitiminin Kamu Çalışanlarının İletişim Çatışmalarına Girme Eğilimlerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Alver).

Özlü T. Hekiminizi nasıl alırdınız? Kaknüs Yayınları, İstanbul; 2003, s:25-42

Özlü T. Biyo-Hukuk Sözleşmesi İlkeleri Bağlamında Hekim-Hasta İlişkisi. Khuka (Kamu Hukuku Arşivi); 2005,8:167-168.

Özmen E. Zor Hasta ve Hasta Yakınları ile Baş Edebilmek.2009 <http://www.medimagazin.com.tr/authors/erol-ozmen/tr-zor-hasta-ve-hasta-yakinlari-ile-bas-edebilmek-72-47-2123.html> (Erişim tarihi:20.02.2016).

Özyurt A, Söylemez D, Aydın GD. İstanbul'da Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyleri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2004;1-6.

Pınar G, Pınar T. Yeni Doğum Yapmış Kadınların Empatik İletişim Beklentilerinin Ebe/Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2009; 7(3):132-140.

Poirrier GP, Oberleitner MG. Clinical Pathways in Nursing. Pennsylvania: Springhouse Corporation, 1997:21-27.

Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, et al. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Annals Internal Medicine* 2011; 155(3):179-191.

Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, Fukuchi Y, Jenkins C, Rodriguez-Roisin R, Weel CV and Zielinski J. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176(6):532-555.

Renard SI, Daughton DM. Cigarette smoking and disease. In: *Pulmonary Diseases and Disorders*. J.A. Elias, J.A. Fishman, M.A. Grippi, L. Kaiser, R.M. Senior (Eds.). McGraw-Hill: New York 1997, pp:697-708.

Roberts CA, Aruguete MS. Task and Socioemotional Behaviors of Physicians: A Test of Reciprocity and Social Interaction Theories In Analogue Physician-Patient Encounters. *Social Science And Medicine*. 2000;50(3):309-315.

Rodriguez-Roisin R. Toward a consensus definition for COPD exacerbations. *Chest* 2000;117:S398-S401.

Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *Lancet* 2009;374(9691):733-743.

Sanchez-Salcedo P, Divo M, Casanova C, Pinto-Plata V, de-Torres JP, Cote C, Cabrera C, Zagaceta J, Rodriguez-Roisin R, Zulueta JJ, Marin JM, Celli B. Disease progression in young patients with COPD: rethinking the Fletcher and Peto model. *European Respiratory Journal* 2014;44(2):324-331.

Sapey E, Stockley RA. COPD Exacerbations. 2: Aetiology. *Thorax* 2006;61:250-258.

Sayek İ, Kılıç B. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2000. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara, 2000;32-36.

Sayım F, Orhan T. Sağlık Bakanlığı Web Tabanlı Merkezi Muhasebe Kayıt ve İstatistik Modüllerinin Hastanelerde Kurumsal Yönetim İşlevleri Açısından Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Dergisi, Isparta, 2011;16(1): 188.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2000, s: 446-460.

Şengün S. Sağlık Alanında İletişim, Hasta ve Sağlık Personeli İletişiminde Sorunlar Üzerine Bayındır Devlet Hastanesinde Bir Uygulama. T.C.Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2014, İstanbul(Danışman: Öğr. Gör. Dr. Z.A. Bulut).

Tanrıverdi H, Adıgüzel O, Çiftçi M. Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010;11:101-122.

Taylor D, Bury M. Chronic illness, expert patients and care transition. Sociology of Health and Illness, 2007;29:27-45.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Alanlar Ortak İletişim Süreci. 2011, Ankara, s:6.
<http://mtegm.meb.gov.tr/program/dokuman/modul/AC%DDL%20SA%DOLIK%20H%DDZMETLER%DD/SA%DOLIK%20H%DDZMETLER%DDNDE%20%DDLET%DD%DE%DDM/%DDleti%FEim%20S%FCreci.pdf>

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Alanlar Ortak Sağlıkta İletişim. 2011, Ankara, s:5-6
<http://mtegm.meb.gov.tr/program/dokuman/modul/ac%DD1%20sa%Dolik%20h%Dzmetler%DD/sa%Dolik%20h%DDzmetler%DDnde%20%DDlet%DD%DE%DDm/sa%F01%FDkta%20ileti%FEim.pdf>

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Mesleki Gelişim. Etkili iletişim.2014, Ankara, s:4
http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Etkili%20%C4%B0leti%C5%9Fim.pdfAnkara,2014

T.C. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 8 Mayıs 2014.Sayı: 28994, Başbakanlık Basımevi, Ankara
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Personel Kimlik Kartı Yönergesi 2009.
<http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-53067/h/yonerge.pdf>(güncelleme tarihi: 19/02/2016)

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları -Hastane-. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 1.Revizyon-2.baskı, Pozitif Matbaa, Ankara; 2016, s: 81.

Tengilimoğlu D, Yiğit A. Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,2005;8(3):374-400.

Tetik Kurt C. KOAH'ta Klinik. In Umut S, Yıldırım N. ed. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); 2005, ss: 71-73.

Tevrüz S. Endüstri ve Örgüt Psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği-Kalder Kalite Derneği Ortak Yayını, 2. Baskı. Ankara, 1997, s:70.

Turhan ES. Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. T.C. Ufuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. N. Erdoğan).

Tutar H, Yılmaz MK. İletişim-Genel ve Örgüt Boyutuyla-10.Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, s:19-307.

Tuncer Ö. Sistemlerin Bütünleşmesinde Bir Köprü: “Psikosomatik Hekimlik Uygulamada Psikosomatik Hekimliğin Bütünleştirici Rolü”. In: Hatemi H, Doğan H (Eds). Medikal Etik-5 (Davranış Bilimleri, Psikiyatri ve Ahlak İle Tıp Etiğinin Etkileşimi-Bireyin Profili Özelinde- Yüce Yayım, İstanbul; 2003,s: 47-51.

TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2015
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>(Erişim tarihi:15.03.2016)

Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Türk Toraks Dergisi. 2010;11(1):5-50.

Uludağ A. Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı. Doktora Tezi, 2011, Konya (Danışman Prof. Dr. A. Kalender).

Uluyağcı C, Karadaş N. Sözlü ve Sözsüz İletişim, 1.baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir, 2013.

Uğur AA. Hastalar ve Yakınları ile Doğru İletişim Nasıl Kurulmalı. 2011
<http://www.saglikaktuel.com/haber/hastalar-ve-yakinlari-ile-dogru-iletisim-nasil-kurulmalı-14979.htm> (Erişim tarihi:15.03.2016)

Umut S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Atak. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar. Sempozyum Dizisi, Şubat 2008;61,117-128.

Umut S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Atak: Antibiyotik Kullanımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Erişkinlerde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi. 2002;31: 187-193.

Uyer G. Hemşire Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 2000;8(2):90-94.

Uzuntaş A. Etkili İletişim: Anlatabilmek ve Anlayabilmek. Kastamonu Eğitim Dergisi. Ocak 2013;21(1):11-30.

Üstünel G. Etkili İletişim Becerileri ve Beden Dili, Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Tekirdağ(Danışman: Prof. Dr. A. Gürel).

Yağbasan M ve Çakar F. Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Konya. 2006;15:609-629.

Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi.2006;15:92-97.

Yin P, Jiang CQ, Cheng KK, et al. Passive Smoking Exposure And Risk Of COPD Among Adults İn China: The Guangzhou Biobank Cohort Study. Lancet 2007;370: 751-757.

Yurt S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Akut Atakta Sistemik Kortikosteroid İle Yüksek Doz Nebülize Kortikosteroidin Tedavi Etkinliğinin Karşılaştırılması. T.C.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009, Ankara (Danışmanı: Prof.Dr. U. Gönüllü).

Yüksel NAA. Hastanın Umudu Nasıl Kâbusa Dönüşür? Hekim İle Hasta Arasındaki Olası İletişim Hataları, SAYED, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi, 2009;2(19): 14-16.

Weilitz PC, Sciver TV. Nursing role in management obstructive pulmonary disease. In Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM (eds). Medical Surgical Nursing 4th ed., St. Louis: Mosby Year Book, Inc., 1996;701-730.

World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease, Geneva,2009. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/> (Erişim Tarihi: 02.04.2015)

Zilloğlu M. İletişim Nedir? 4.Baskı, Cem Yayınevi, İstanbul; 2010, s: 89-207.



9. EKLER

EK: 1 Demografik Veriler

1.Yaş 18-25 26-35 36-45 46-55 56-65

2.Cinsiyet Kadın Erkek

3.Medeni durum Evli Bekâr

4.Öğrenim durumu Okuryazar Ortaokul Önlisans

İlkokul Lise Lisans

5.Meslek Memur Emekli Ev hanımı

İşçi Çiftçi Serbest meslek İşsiz

6.Maddi durum Gelir gidere eşit

Gelir giderden az

Gelir giderden fazla

7.Yaşadığı yer Köy İlçe

Kasaba İl

8.Hastaneye kaçınıcı başvuru 1 defa 6-10 defa 16+ defa

2-5 defa 11-15defa

Hasta-hekim ilişkisinin niteliğini belirleyen sorular

9.Serviste takibinizi yapan hekimin adını bilme durumu

Evet Hayır

10.Takibinizi yapan hekim ile günlük görüşme süreniz kaç dakikadır?

3-5 dk 11-15 dk

6-10 dk 16-20 dk

11.Hastalığınız ve tedaviniz ile ilgili sorularınızı hekiminize sordunuz mu?

Evet Hayır (Cevabınız evet ise 12. soruyu yanıtlayınız.)

12. Hastalığınız ve tedaviniz ile ilgili sorularınızın yanıtlarını hekiminizden aldınız mı?

Evet Hayır

EK: 2 Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeği Anketi

1. Genel olarak doktorumun benimle kurduğu iletişimden memnunum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
2. Beni tedavi eden doktorun bana karşı her zaman saygılı olduğunu düşünüyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
3. Doktorumla konuştuktan sonra kendimi rahatlamış hissedirim	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
4. Doktorumu ihtiyacım olduğunda her zaman arayabileceğimi düşünüyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
5. Doktorumun bana dostça ve samimi davrandığını düşünüyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
6. Doktorum kullandığım ilaçların yan etkileri hakkında yeterli bilgi vermektedir	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
7. Doktorum bana tedavi yöntemlerine ilişkin yeterli bilgi verir	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
8. Doktorumun reçetede ki ilaçların kullanım şekilleri hakkında yeterli açıklamayı yapmadığını düşünüyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
9. Doktorumun, bana konulan teşhis hakkında yeterli bilgi vermediğine inanıyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
10. Doktorumun sağlık durumum hakkında sorularıma cevap vermek için bana yeterli zamanı ayırdığını düşünüyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
11. Doktorumla yaptığım görüşmelerde kendisine istediğim konularda soru soramıyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
12. Doktorum ben konuşurken sözümü kesmez	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
13. Doktorumun beni dinlerken bana ilgili davrandığına, beni dinlediğine inanıyorum	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
14. Doktorum beni dinlerken göz teması kurar	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM

15. Doktorum görüşmemiz esnasında başka şeylerle ilgilenmez	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
16. Doktorum benimle acık ve net bir şekilde konuşur	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
17. Doktorum benim anlayabileceğim hızda konuşur	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
18. Doktorum benimle normal bir ses tonuyla (ne çok yüksek ne de düşük olmayan) konuşur	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
19. Doktorum yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadığımı bana sorar	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
20. Doktorum hastalığıma ilişkin önemli bilgileri tekrarlar	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
21. Doktorum benim ruhsal durumuma uygun şekilde iletişim kurar	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
22. Doktorum benim endişelerimi ve sıkıntılarımı paylaşır	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
23. Doktorumun beden teması (sırt sıvazlama, el, kol, omuz teması) benim üzerimde olumlu etki yaratır	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
24. Doktorumun yakın mesafeden konuşması beni olumlu etkiler	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
25. Doktorum bana karşı her zaman güler yüzlüdür	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
26. Doktorum benimle tokalaşır	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
27. Doktorumun yüzünde beni rahatlatan bir ifade vardır	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
28. Doktorum benimle konuşurken adımla hitap eder	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM

EK:3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Akut Alevlenme İle Yatırılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olanların Bakış Açısından Hekim -Hasta İletişimi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Sağlık hizmeti sunumunda kurulan hasta-hekim ilişkisinin hastalar tarafından değerlendirilmesi ile elde edilecek verilere dayanarak, hasta-hekim ilişkisinin niteliğine olumlu katkı sağlayacak bilgilere ulaşılması tasarlanmaktadır. Çalışmamızda, akut alevlenme nedeniyle yatırılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanılı hastaların gözünden hasta-hekim iletişimine ait özellikleri belirlemeyi amaçladık. Özellikle hastane ortamında hekimlerin hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerini güçlendirmek, hasta memnuniyetini ve tedavi başarısını artırabilmek için, iletişim problemlerini tespit etmek ve problemlerin çözülmesi gereklidir. İletişim problemlerinin çözülmesi ile tedavi sunumu ve alımının kalitesinin artırılması sağlık alanına önemli bir katkı sağlar. Bu doğrultuda bu çalışmanın alana önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışma anket kullanılarak yapılacak bir çalışmadır. Çalışma için sizden hastalar için tanıtıcı bilgi formundaki 12 soru ve Hekimlerin İletişim Biçiminden Memnuniyet Ölçeğindeki 28 soruyu yanıtlamanız istenmektedir. Çalışma yaklaşık 15-20 dakika sürecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Sağlık hizmetinin sunumunda hekimlerin yatan hasta ve yakınları ile iletişim alanındaki durumunu belirlemek, geliştirilmesi gereken becerileri saptamak ve buna yönelik düzenlemeler yaparak, sunulan sağlık hizmetinin niteliğini artırmaya katkı sağlayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma için kullanılacak ve araştırmacılar dışında hiçbir kimse ile bilgileriniz paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1.Hülya BULUT- Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Tel: 0505 779 34 30

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri araştırmacıyla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>	Hülya BULUT	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	Tel: 0 505 779 34 30	

1:Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK:4 KOAH Tanısı Konmuş Hastaların Total Sayısının Öğrenme Yazısı

16/03/2015

ADI SOYADI:HÜLYA BULUT

ÜNVANI :HEMŞİRE

SICİL NO :H72358

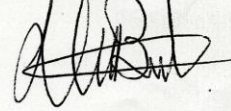
KONU : Bir yıl içinde akut alevlenme ile hastanemize yatışı yapılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı konmuş (ayrı kimlik bilgisine sahip ve 18 - 65 yaş aralığında olan) hastaların total sayısının öğrenilmesi

İZMİR DR.SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARIN VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİMİ'NE


Hastemizde 1.Göğüs Servisi'nde hemşire olarak görev yapmaktayım. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans yapmaktayım.Tez çalışmamın konusu "Akut alevlenme ile hastaneye yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastaların bakış açısından hekim ile hasta arasındaki iletişiminin belirlenmesidir ". Bu çalışmamın yapılabilmesi için hastanemizde bir yıl içinde yatışı yapılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı konmuş (ayrı kimlik bilgisine sahip ve 18-65 yaş aralığında) hastaların total sayısının öğrenmek istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

HÜLYA BULUT



Bilgilerinizi
işbirliğiniz için
teşekkür ederim



İZMİR GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ
Form No: 3184
Kayıt No: 3184
Tarih: 16.03.2015

EK:5 KOAH Tanısı Konmuş Hastaların Total Sayı Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

TC
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve araştırma Hastanesi

SAYI : 49109414/
BİRİM : Bilgi İşlem
KONU : Hasta Sayısı

19 Mart 2015 / 3316

Sayın Hülya BULUT

İlgi: 16.03.2015 tarih ve 3184 sayılı dilekçeniz.

İlgi dilekçenize istinaden Bilgi İşlem kayıtlarımız tetkik edilmiş olup, Hastanemizde 1(bir) yıl içerisinde yatışı yapılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı konmuş 18-65 yaş aralığında toplam 7061 hasta olduğu tespit edilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Eğit.Görev.Uz.Dr./ Enver YALNIZ
Hastane Yöneticisi

Gaziler Cd. No: 331
35110 Konak / İZMİR
Tel: 444 35 80 Fax: (0232) 458 72 62
<http://www.izmirgogus.gov.tr>
Not : Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.

Bilgi için
Tel: 433 33 33 / 2142

Sağlığınız mutluluğumuzdur...

EK:6 Ölçek İzin Yazısı

İZİN YAZISI

Merhaba Aydem Hanım. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans yapıyorum. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaktayım. Tez konum "Akut alevlenme ile hastaneye yatırılan KOAH tanılı hastaların hekim ile hasta arasındaki iletişimin belirlenmesidir." Bu çalışmayı yapabilmen için sizin bir çalışmanız olan , hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişiminden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik olan araştırmanızda kullanmak üzere geliştirdiğiniz özgün ölçeği kendi çalışmamda bana ışık tutması amacıyla kullanmak istiyorum. Ölçeğin orijinal halini ve gereç yöntemlerini gönderebilir misiniz ?

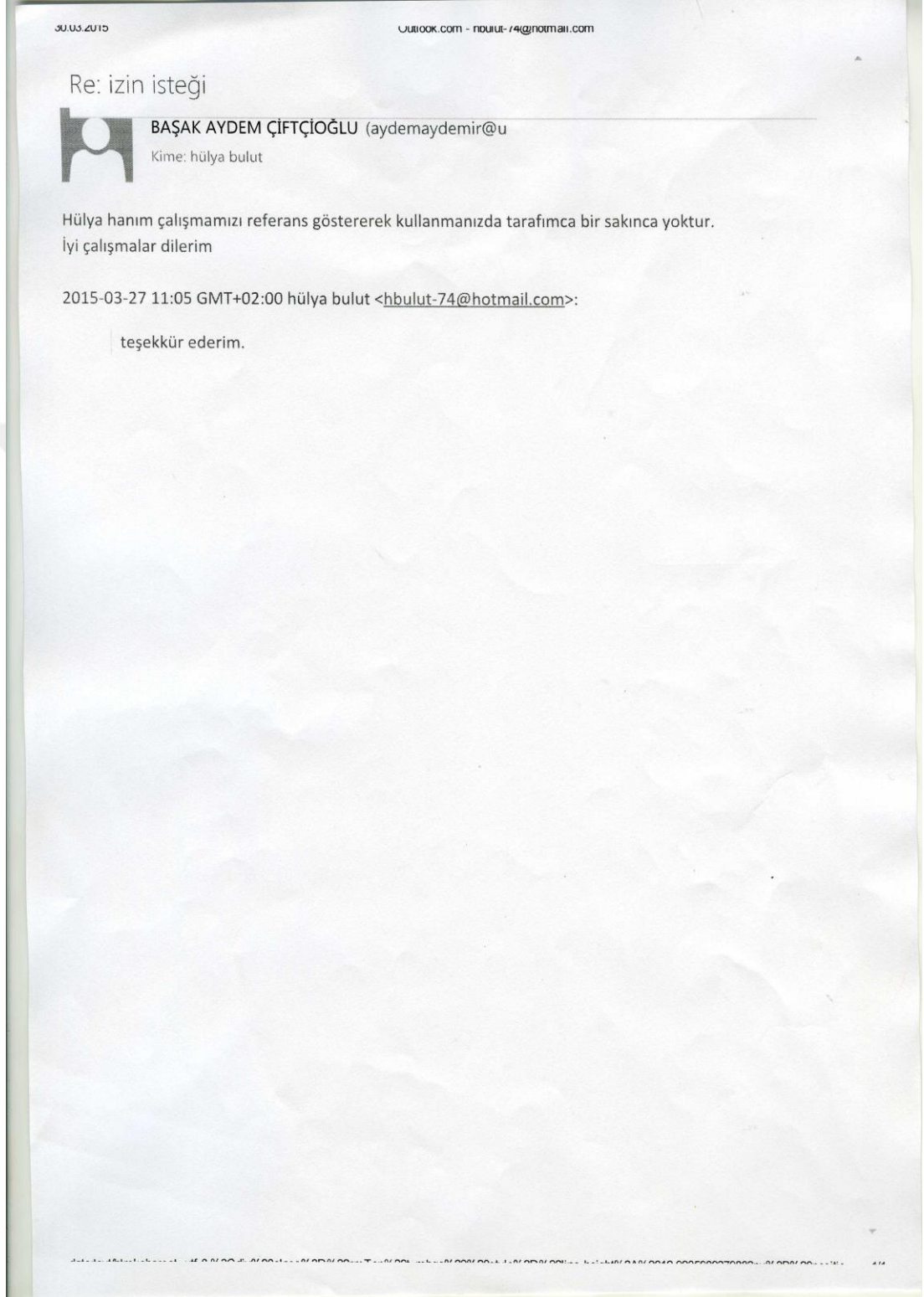
Teşekkür ederim.

19.03.2015

HÜLYA BULUT



EK:7 Ölçek İzni



EK:8 Enstitü Yönetim Kurulu Yazısı



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU

Toplantı Tarihi: 29.05.2015 Toplantı Sayısı: 14 Karar Sayısı: 19

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

ALINAN KARARLAR

Karar 12 b) Sağlık Hizmetlerinde İletişim Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hülya Bulut'un "Akut alevlenme ile yatırılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olanların bakış açısından hekim- hasta iletişimi" başlıklı tez konusunun kabulüne **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

1

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	
Yrd. Doç. Dr. Süheyla RAHMAN	Müdür Yardımcısı	
Yrd. Doç. Dr. Şebnem ŞENOL	Müdür Yardımcısı	
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	
Doç. Dr. Mehmet GÖRAL	Üye	Görevli
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	İzinli
Özcan GERÇEKER	Raportör	



Prof. Dr. A. AKTAŞ	Yrd. Doç. Dr. S. RAHMAN	Yrd. Doç. Dr. Ş.ŞENOL	Doç. Dr. M. GÖRAL	Prof. Dr. N. KUTLU	Doç. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Ö. GERÇEKER
Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf

EK:9 Bilimsel Etik Kurul Karar Formu

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	24 / 06 / 2015 / 20478486 - 250					
ARAŞTIRMANIN ADI	Akut Alevlenme ile Hastaneye Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim ile Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesi					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Erol OZAN - CBÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetlerinde İletişim AD					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Y. Lisans Öğr. Hülya Bulut					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	10 / 06 / 2015 / 225 - Tarih ve sayılı Araştırma dosyası					
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir					
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.						
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan						

EK:10 Araştırma İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 67938315/799
Konu : Hülya BULUT' un Tez Başvurusu

İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalında "Sağlık Hizmetlerinde İletişim" alanında Yüksek Lisans öğrencisi Hülya BULUT' un "Akut Alevlenme İle Hastaneye Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim İle Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesi" konulu çalışmasını Doç.Dr. Erol OZAN danışmanlığında, Hastanenizde 18-65 yaş aralığında KOAH tanılı hastalarda 15 Temmuz- 15 Aralık 2015 tarihleri arasında yapabilmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup, onay yazımız ekindedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim

Dr. Namık Kemal KUBAT
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Tez Başvuru Evrakları (14 Syf)
Makam Onayı (1 Syf)

04 07 2015 14:29 / 13869

İZMİR GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM HASTANESİ	
Rayıt No	8124
Tarih	06.07.2015

Handwritten signature and initials on the right side of the stamp.

sümer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir
derya.dokumaci@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3ea721b0-5a2b-493b-82dd-d6ad4a54cba2 kodu ile erişebilirsiniz.

EK:11 Araştırma İzin Olur Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 67938315/799
Konu : Hülya BULUT' un Tez Başvurusu

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalında "Sağlık Hizmetlerinde İletişim" alanında Yüksek Lisans öğrencisi Hülya BULUT' un "Akut Alevlenme İle Hastaneye Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim İle Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesi" konulu çalışmasını Doç.Dr. Erol OZAN danışmanlığında, Genel Sekreterliğimize bağlı Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 18-65 yaş aralığında KOAH tanılı hastalarda 15 Temmuz- 15 Aralık 2015 tarihleri arasında yapmak istemektedir. Çalışma Araştırma / Tez Başvuru Komisyonu tarafından incelenerek uygun bulunmuş olup, Gereğini olurlarınıza arz ederim.

Dr. Namık Kemal KUBAT
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2015

Doç.Dr.Ahmet Emin ERBAYCU
Genel Sekreter

sümer mh. 452 sk. no:2 35260 konak - izmir
derya.dokumaci@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-12 Hastaneye Gelen Hastaların Sayısını Öğrenme İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim
Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 49109414-772.99
Konu : İSTATİSTİK

SBÜ İZMİR DR. SUAT SEREN GH VE CEAH BAŞHEKİM YARDIMCILIĞI
(DR.YUSUF OKAN TÜRKDOĞAN)

Hastanemiz Eğitim Koordinatörlüğünde hemşire olarak görev yapmaktayım. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans yapmaktayım . Tez çalışmamın konusu " Akut Alevlenme ile Hastaneye Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim ile Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesidir". Bu çalışmam için hastanemizde 01.01.2014-31.12.2014 tarihleri arasında hastanemizde yatan toplam hasta sayısı, hastanemize gelen acil dahil poliklinik hasta sayısı ve KOAH teşhisi ile hastanemize yatan toplam hastaların total sayısını öğrenmek istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim

Hülya BULUT
HEMŞİRE

Hülya BULUT
Eğitim Hemşiresi
Eğitim Koordinatörlüğü
Sizli No: 472258

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR DR.
SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE
CERRAHİSİ E.A.H. - SBÜ İZMİR DR. SUAT SEREN
GH VE CEAH GENEL EVRAK BİRİMİ
09/11/2016 10:38 / 49109414-000-4732



0003328444

Faks No:
e-Posta:hulya.bulut4@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Hülya BULUT
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:

EK-13 İstatistik Veri Sonuçları



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kuzey Karı Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 49109414/

11 /11 / 2016

Birim : İstatistik

Konu : İstatistik Veri Talebi Hk..

SAYIN HÜLYA BULUT'a
(Eğitim Hemşireliği Birimi)

İlg: :09.11.2016 tarih ve 4732 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz ile talep etmiş olduğunuz veri aşağıda çıkarılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Eğit. Gör. Uzm. Dr. Enver YALNIZ
Hastane Müdüncüsü

Veri Tarih Aralığı	01.01.2014 – 31.12.2014 (1 yıllık)
Acil Dahil Toplam Muayene Sayısı	529.270
Yatan Hasta Sayısı	15.685
KOAH Teşhisli Yatan Hasta Sayısı	8.126

SAĞLIK BAKANLIĞI ENVERALTI YOLU DR.
SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE
CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
GENEL SEKRETERLİĞİ
17210926 1315 4910941400-1E05
K173303

Adres: Gaziler Caddesi No: 331 Yenışehir-İZMİR
E-posta: genel@sa.gov.tr
<http://www.genel.gov.tr>

Telefon: 0 232 433 13 33
Faks: 0 232 458 72 62 – 433 08 08
İstatistik Birim Telefonu: 0232 - 2216

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Hülya	Soyadı	Bulut
Doğum Yeri	Kırıkkale	Doğum Tarihi	28.12.1974
Uyruğu	T.C.	Tel	0505 779 34 30
E-mail	hbulut-74@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi /Sağlık Hizmetlerinde İletişim	2016
Lisans	Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi	2011
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	1997
Lise	Kırıkkale Lisesi	1992

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	SSK. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir	1998-2004
Hemşire	SSK. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara	2004-2011
Hemşire	Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir	2012-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	42.5							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	69.813	68.286	60.597
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ofis programı/İşletme programı	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

EK: Diğer Bilimsel faaliyetler (yayın, kongre bildiri)

11.TURNİTİN ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS ORJİNALLİK RAPORU

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞI'NA

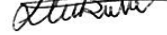
Tez Adı: Akut Alevlenme İle Hastaneye Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Bakış Açısından Hekim İle Hasta Arasındaki İletişimin Belirlenmesi

Tezime ilişkin 24/11/2017 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19'dur.


Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

24/11/2017



Adı Soyadı : Hülya BULUT
Öğrenci No : 131351001
Anabilim Dalı : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı
Programı : Sağlık Hizmetlerinde İletişim


DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Doç. Dr. Erol OZAN