

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ:
ACİL SERVİS ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Alper Abbas ETGÜ

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

MART, 2023

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ:
ACİL SERVİS ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Alper Abbas ETGÜ

(Y2016.130012)

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GENÇ

MART, 2023

TEZ SINAV TUTANAĞI

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Acil Servis Örneği” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça ’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (14/03/2023)

Alper Abbas ETGÜ

ÖNSÖZ

Bu çalışmada; hasta ve hekim arasındaki güven iletişiminin hastalar açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hekim-hasta arasındaki iletişimin güveni ne şekilde etkilediği bu kapsamda önem arz etmektedir.

Yüksek lisans tez çalışmamın her aşamasında desteğini hissettiğim değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GENÇ hocama, yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda olan değerli ekip arkadaşlarıma ve hayatım boyunca desteklerini, sevgilerini hissettiğim canım ailem; annem Nejla ETGÜ ve babam Müslüm ETGÜ' ye yanımda oldukları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mart, 2023

Alper Abbas ETGÜ

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ: ACİL SERVİS ÖRNEĞİ

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, bir kamu hastanesinin acil servisine başvuran hastalar ve doktorlar arasındaki iletişimde güven ilişkisini ve güveni etkileyen faktörleri belirlemektir. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya katılan 375 hastaya araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik özellikler formu ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği için yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi, ölçeğin orijinalinde olduğu gibi üç alt boyuttan oluştuğunu doğrulamıştır. Normal dağılım gösteren verilerin analizi için parametrik testler kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, genç hastaların, hastaneye daha seyrek gelenlerin ve sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanların hekimlerine güven düzeyleri anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Hastaların hasta-hekim ilişkisinde genel güven düzeyleri arasında ve hasta-hekim güven ilişkisinde güven alt boyutlarındaki skorları arasında pozitif ve yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, hastaların hekimlerine güven düzeyleri arasında hastaların yaşları, hastaneden hizmet alma sıklığı ve sağlık durumuna göre anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hekim, İletişim, Güven

**TRUST COMMUNICATION IN THE PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP:
EMERGENCY SERVICE SAMPLE**

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the relationship of trust and the factors affecting trust in communication between doctors and patients admitted to the emergency department of a public hospital. Sociodemographic characteristics form created by the researcher and Trust Communication Scale in Patient-Physician Relationship were applied to 375 patients who participated in this cross-sectional and descriptive study. SPSS program was used in the analysis of the data. Confirmatory Factor Analysis for the validity and reliability of the scale confirmed that the scale consisted of three sub-dimensions as in the original. Parametric tests were used for the analysis of normally distributed data. According to the research findings, young patients, those who come to the hospital less frequently, and those who describe their health status as good have a significantly higher level of trust in their physicians. It has been determined that there is a positive and highly significant difference between the general trust levels of the patients in the patient-physician relationship and the scores of the trust sub-dimensions in the patient-physician trust relationship. As a result, it was observed that there was a significant difference between the trust levels of the patients in their physicians according to the age of the patients, the frequency of receiving services from the hospital and their health status.

Keywords: Patient, Physician, Communication, Trust

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ	iii
ÖNSÖZ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
I. GİRİŞ.....	1
II. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI	3
A. İletişim Kavramı.....	3
1. İletişim Süreci ve İletişim Öğeleri	3
a. Kaynak (Gönderici)	4
b. Mesaj (İleti).....	4
c. Kod	5
d. Kanal.....	5
e. Alıcı	5
f. Geri bildirim	6
2. İletişim Türleri.....	6
a. Sözlü İletişim.....	6
b. Sözsüz İletişim	6
c. Yazılı İletişim.....	7
3. İletişimin Önemi	7

4. Sağlık Kurumlarında İletişim	7
B. Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi	10
C. Hekim-Hasta İlişkisini Etkileyen Faktörler.....	13
1. Sosyal Çevrenin Etkisi	14
2. Hekime Güven	15
3. Empati	16
4. Hekimlerde Stres ve Zaman Sıkıntısı	17
D. Olumlu Hekim-Hasta İlişkisinin Çıktıları.....	18
1. Uzlaşmanın Sağlanması	18
2. Zaman Kaybının Önlenmesi.....	19
3. Hasta Memnuniyetinin Ortaya Çıkması.....	19
E. Hekim-Hasta İletişiminde Güven	20
III. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ.....	23
A. Araştırmanın Amacı	23
B. Araştırmanın Hipotezleri.....	23
C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
D. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	23
E. Verilerin Toplanması	24
F. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
G. Verilerin Analizi	24
H. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	24
IV. ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN BULGULAR	30
V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
A. Tartışma	40
B. Sonuç ve Öneriler	45
VI. KAYNAKLAR.....	47

EKLER.....	57
ÖZGEÇMİŞ	62

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1. Modele İlişkin Uyum İndeks Değerleri	25
Çizelge 2. Madde-Toplam Korelasyonu	27
Çizelge 3. Hasta-Hekim İletişimde Güven İletişimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Katsayısı	28
Çizelge 4. Normal Dağılım Testi Sonuçları	29
Çizelge 5. Araştırmaya Katılanların Demografik Dağılımları	30
Çizelge 6. Araştırmaya Katılanların Sağlık Verilerinin Değerlendirilmesi	31
Çizelge 7. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	31
Çizelge 8. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi.....	32
Çizelge 9. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Yaşa Göre Değerlendirilmesi	33
Çizelge 10. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi.....	34
Çizelge 11. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	35
Çizelge 12. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Gelir Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	36
Çizelge 13. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Hastaneye Gitme Sıklığına Göre Değerlendirilmesi.....	37
Çizelge 14. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Katılımcıların Sağlık Tesisi Tercihlerine Göre Değerlendirilmesi	38

Çizelge 15. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Genel Sağlık Durumuna Göre Değerlendirilmesi.....	39
Çizelge 16. Hipotez Sonuçları.....	39

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	26
---	----

I. GİRİŞ

İnsanlar var olduğundan beri iletişim hayatımızın merkezinde yer almaktadır. Zaman içerisinde yaşanan toplumsal gelişmeler, iletişimi bir disiplin haline getirmiş ve ihtiyaç duyulan alanlara göre iletişim tür ve düzeyleri ortaya çıkmıştır. Bu iletişim türlerinden biri de sağlık iletişimidir. Sağlık iletişimi hekim-hasta ilişkisini, hastaların sağlık çalışanlarıyla olan ilişkilerini, sağlık çalışanlarının kendi içerisinde ve kurum yöneticileri ile aralarında bulunan ilişkisini yönlendiren ve düzenleyen bir iletişim alanıdır.

Sağlık iletişimi, sağlık çalışanlarının kendi arasındaki ilişkiler ve hastalarla olan ilişkilerin yanı sıra, toplumu ilgilendiren sağlık konularına ilişkin toplumsal düzeydeki iletişim süreçlerini de düzenleyen bir alan olarak dikkat çekmektedir. Tıbbi ve teknolojik alanda yaşanan gelişmelerle birlikte sağlıklı olma halinin sağlanmasıyla sınırlı olmayan bir sağlık anlayışı meydana gelmiş ve sağlık hizmeti sunan kurumların sayısı artmıştır. Bu kurumların birçoğu hedef kitlelerine ulaşabilmek ve bilgilendirebilmek adına iletişim faaliyetlerini aktif olarak kullanmaktadırlar. Sağlık iletişiminin ilgi alanına giren konulardan en öne çıkanın ise hekim-hasta ilişkisi olduğu söylenebilmektedir. Bunun nedeni sağlık iletişiminin en önemli amaçlarından biri olan sağlığın kazanılması ve sağlığı tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması açısından hekim ve hastaların karşılıklı anlayış, olumluluk ve güven içerisinde ilişki kurmaları gerekliliğinden kaynaklanmaktadır.

Hekim-hasta iletişimin yanında hastaların hekimlerine güven duymaları da önemli bir konudur. Çünkü hekimin hastalarıyla ilgili verdikleri kararların uygulanması, hastaların hekimlerine güven duymalarına bağlıdır. Hastanın hekimine güven duyması için de hekim ve hasta arasında iyi bir iletişimin olması gerekir.

Sağlık hizmeti almak isteyen bireyler bu hizmeti alacakları hekime güven duymak isterler. Bu güven duygusunun verilmesinde hekimin hasta ile olan iletişimi önem arz etmektedir. Hekim ve hasta arasındaki iletişimin yaratacağı güven önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı; hasta ve hekim arasındaki güven iletişimini hastalar açısından değerlendirmektir.

Çalışmanın birinci bölümünde iletişim ve hekim-hasta arasındaki iletişim konusu, ikinci bölümünde güven konusu ve üçüncü bölümünde ise hekim-hasta arasındaki güven iletişimi konusu literatüre dayanılarak irdelenmiştir.

II. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

A. İletişim Kavramı

İletişim alan yazında birçok farklı şekillerde ifade edilerek tanımlanmıştır. İlal (1989) iletişimin kişiler arası bilgi, duygu, düşünce aktarımı olarak tanımlanamayacak kadar karmaşık bir kültürel süreç olduğunu ifade eder. Gürgen (1997) iletişimi, insanların bilgi, duygu ve düşüncelerini birbirleriyle paylaşarak karşılıklı anlaşma süreci olarak tanımlamaktadır. Cüceloğlu (2000) iletişimi, kişiler arasındaki anlam alışverişi olarak tanımlar. Dökmen (2010) iletişimi, gönderen ve alan kişi arasında bilgileri iletme ve anlamlandırma süreci olarak tanımlamaktadır. Tayfun (2014) ise iletişimi, insanlar arasındaki duygu ve düşünce alış-verişinin yapıldığı kültürel bir süreç olarak tanımlamaktadır.

Doğru iletişim insan hayatını kolaylaştırıp, güzelleştirebilirken, yanlış iletişim insan hayatını zorlaştırıp, kırgınlıklara, anlaşmazlıklara ve zaman kaybına neden olabilir (Bridge, 2003).

1. İletişim Süreci ve İletişim Öğeleri

İletişim bir süreç gerektirir ve bu süreci oluşturan öğeler vardır. Bu öğeler; kaynak(gönderici), mesaj, kod, kanal, alıcı ve geribildirimdir. Bir mesajın kaynaktan alıcıya, alıcıdan tekrar kaynağa iletilmesine iletişim süreci denir (Demirkaya, 2012). İletişim süreci konuşma, yazma, dinleme, sözsüz iletiler gönderme ve bu iletilerimizi nasıl iletmemiz gerektiği, iletinin karşı tarafça anlaşılıp anlaşılmadığı ve karşı tarafta istediğimiz etkiyi oluşturup oluşturamadığını fark etmeyi gerektiren bir süreçtir (Terzi, 2005).

İletişim bir süreçtir. Bu süreç göndericinin mesajı alıcının anlayabileceği şekilde kodlaması ile başlar. Gönderici bu mesajı alıcıya iletir. Alıcı tarafından gelen mesaj kodları çözülerek alınır. Mesaja verilecek cevap ise alıcı tarafından kodlanır

gönderilir. Gönderici de gelen kodu çözer. Göndericinin vereceği geri bildirim ise yeni bir mesaj olabileceği gibi ilk mesajla ilgili de olabilir (Kenneth, 1999).

a. Kaynak (Gönderici)

İletişimin temel öğelerinden biri ve iletişim sürecinin başladığı öge kaynaktır. Kaynak iletişime yön veren, aktaracak duygu, düşünce ve fikirleri olan kişi veya kişilerdir (Celep, 1992; Gürüz ve Temel Eğinli, 2015). Kaynak iletişim sürecinin olmazsa olmazıdır. Kaynak iletişim sürecindeki en büyük sorumluluk sahibi olandır. Öncelikle kaynak mesajını kodlar, yani düşüncesini bazı sembollerle ifade ederek alıcıya gönderir (Tutar ve Yılmaz, 2013). Kaynak iletişim sürecinin başlatıcısı ve en önemli ögesi olarak bazı özelliklere sahip olmalıdır. Bu özellikleri şöyle sıralanabilir (Tutar ve Yılmaz, 2013);

- İleteceği mesaj hakkında bilgi sahibi olmalıdır. İletişim sürecinin doğru şekilde başlaması ve doğru kodlanıp alıcıya iletilmesi için kaynak iletmek istediği mesaja hâkim olmalıdır.
- İyi bir kodlama yapabilme özelliğine sahip olmalıdır. Kaynak iletmek istediği mesajı doğru şekilde ve alıcının çözümleyebileceği şekilde kodlama yapabilmelidir.
- Alıcının tanıdığı bir kaynak olmalıdır. Kaynak eğer alıcı tarafından tanınmaz, bilinmezse iletiye ait kodlama doğru şekilde çözümlenemez ve dolayısıyla iletişim süreci sağlıklı olmaz.

b. Mesaj (İleti)

Mesaj iletilecek olan düşüncenin kodlanması ile oluşan somut üründür (Zıllıoğlu, 2009). Mesajın sahip olması gereken bazı özellikler vardır (Tutar ve Yılmaz, 2013).

- Mesajın açık ve anlaşılabilir olması gerekir. Kaynak iletmek istediği mesajı açık bir şekilde ve alıcının anlayabileceği şekilde belirtmelidir.
- Mesaj doğru zamanda ve doğru kanallarla iletilmelidir. Her mesajın doğru bir zamanı vardır. Kaynağın bu doğru zamanı seçip mesajı bu zamanda iletmesi iletişimin etkililiği açısından önemlidir.
- Mesaj sadece kaynak ve alıcı arasında özel olmalıdır. Mesajın alıcıya iletilmesi sürecinde bazen başka kişiler sürece katılabilir. Bu kişiler mesaja

etki eder veya müdahalelerde bulunursa, mesaj amacından sapabilir ve alıcı tarafından doğru algılanamaz.

c. Kod

Kod, gönderilecek olan iletiyi sembollerle ifade edilme şeklidir (Cüceloğlu, 2005). Kodlama ise, iletilecek olan duygu, düşünce ya da bilginin iletilmek üzere hazırlanmasıdır. Kodlamada kaynağın iletmek istediğini alıcının anlayabileceği şekilde ifade edilmesi önemlidir (Güler, 1991).

Gönderilen kodların alıcı tarafından alınıp anlamlandırılması ise kod açma olarak adlandırılır. Kod eğer alıcıya doğru şekilde iletilir ve alıcı tarafından doğru şekilde açılırsa alıcıda bir davranış değişikliği olması beklenir. Bu durum gerçekleşirse ileti doğru kodlanmış ve alıcı tarafından kod açma işlemi doğru gerçekleşmiştir (Tutar ve Yılmaz, 2013).

d. Kanal

İletiyi gönderen kişi ya da kişiler ile alan kişi ya da kişiler arasındaki bağıdır (Eren, 2015). Kanal kaynak tarafından gönderilen mesajın alıcıya ulaşmasını sağlayan araçlardır. Bunlar fiziksel, teknolojik veya toplumsal araçlar olabilir. Mesajın doğru şekilde iletilmesi ve doğru anlaşılması için en uygun kanal seçilmelidir. Kanal sayısı birden fazla da olabilir. Mesajı iletmek için kullanılacak olan kanal sayısının fazla olması iletişimin etkinliğini de artırır (Ergin, 2011; Ertürk, 2013; Levent, 2011; Tutar ve Yılmaz, 2010).

e. Alıcı

Alıcı mesajın muhatabı, mesajı alan, kodu çözümleyen, yorumlayan ve tepki veren birimlerdir. Bu birimler tek bir kişi, bir grup, kurum ya da topluluk olabilir. Alıcı olmadan iletişim olmaz. Alıcı mesajı alıp, kodu çözümleyip, yorumladığında etkili bir iletişimden söz edilebilir (Aziz, 2012; Genç, 2008; Şaşı, 2008). Alıcının da sahip olması gereken bazı özellikler mevcuttur. Bu özellikler (Güney, 2009):

- Mesajı almaya açık olmalıdır.
- İlgili konuda bilgi sahibi olmalıdır.
- Mesajlara karşı seçici olmamalıdır.
- İletişim süreci içerisindeki konunun bilincinde olmalıdır.
- Kaynak olabilme özelliklerini de taşımalıdır.

f. Geri bildirim

Alicının kendisine gelen mesaja cevap vermek amacıyla gönderici konumuna geçip bir kanal aracılığıyla kaynağa mesaj göndermesi sürecine geribildirim adı verilir (Eren, 2015). İletişim sürecinin başarılı olması için geribildirim açık ve net olması gerekir. Geribildirim en başarılısı yüz yüze kurulan iletişim türlerinde gerçekleşir.

Geribildirim olumlu ya da olumsuz olabilir. Teşekkür, övgü, tebrik olumlu geribildirime, eleştiri ve olumsuz düşünceler ise olumsuz geribildirime örnek olabilir (Tayfun, 2014).

2. İletişim Türleri

a. Sözlü İletişim

İletişimin en etkili ve en eski türü sözlü iletişimdir (Aziz, 2012). Kişiler arasındaki konuşmalar sözlü iletişimi oluşturur. Konuşmalarda sözcükler aracılığıyla karşılıklı bilgi, duygu ve düşünce alışverişinin yapılması sözlü iletişimdir. Sözlü iletişim dil aracılığıyla gerçekleşir. Sözlü iletişim insanların çevrelerine kendilerini anlatmalarını ve çevrelerini anlamlandırmalarını kolaylaştıran iletişim türüdür (Tomaç, 2009).

İnsanların en çok kullandığı iletişim türü sözlü iletişimdir. İnsanların hayatının büyük bir bölümü iletişim kurarak geçmektedir ve bu iletişimin de büyük çoğunluğu sözlü iletişimle gerçekleşir. Evde, okulda, sokakta, iş yerinde, televizyonda ve telefon görüşmelerinde bol bol sözlü iletişim yapılır (Tutar ve Yılmaz, 2013). Sözlü iletişim türünde beden dili, jestler, mimikler, ses tonu, vurgu ve tonlamalar sözlü iletişimin etkililiğinde çok önemlidir. Yine sözlü iletişim kuran kişinin doğru telaffuzu, ses tonunu alçaltıp yükseltmesi ve sözcüklerin net ifade edilmesi de önemlidir (Çubukçu vd., 2016).

b. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletişim sözcükleri kullanmayı gerektirmeyen iletişim türüdür. Sözsüz iletişim sözcüklerin kullanılmadığı davranışların ve hareketlerin anlamlılığına dayanan bir iletişim türüdür (Gürüz ve Temel Eğinli, 2015). Düşünceler sözlü iletişimle daha iyi aktarılabilirken, duygular sözsüz iletişimle daha iyi aktarılabilir. Sözlü iletişimde söylenen sözlerle beden dili ve ses tonu çelişebilmektedir. Bu çelişkileri görebilmek insan ilişkilerinde güçlü olmak demektir (Çubukçu vd., 2016).

Yüz ifadeleri, el ve vücut hareketleri, bedensel temas, göz teması, bakışlar, mekân ve mesafe sözsüz iletişim ögeleridir. Bu ögelerin bazı özellikleri vardır. Bunlar (Şimşek, 2019):

- İletişimin olmaması ihtimalini ortadan kaldırma,
- Duyguların en etkili şekilde ifadesi,
- Kişiler arasındaki ilişkileri anlamlandırma,
- Sözlü iletişimin içeriğini destekleme,
- Mesajların güvenilir olması,
- Kültüre göre biçimlenme.

c. Yazılı İletişim

İlk insanların duvarlara çizdiği resimlerle insan hayatına giren yazılı iletişim, zaman ve mekândaki iletişim sınırlılığını aşmada faydalı olan iletişim türüdür. Gerek kalıcılık bakımından gerekse uzaktan haberleşme açısından güvenilir bir iletişim türüdür (Zıllıoğlu, 1996).

Yazılı iletişimin kanıtlanabilme özelliği vardır. Yazılı iletişimde mesajlar gerek kaynak tarafından gerekse alıcı tarafından uzun zaman saklanabilir. Yazılı iletişimin bu özelliğinden ötürü, kanunlar, emirler, yönetmelikler ve kuralların iletilmesinde yazılı iletişime sıkça başvurulmaktadır. Yazıya dökülen mesajların uzun yıllar saklanması ve gelecek nesillere ulaştırılması kolaylaşmaktadır (Tutar ve Yılmaz, 2010).

3. İletişimin Önemi

İletişimin insan hayatındaki yeri oldukça fazladır. İnsanlar uyku saatleri dışında zamanının büyük bir çoğunluğunu iletişim kurarak geçirmektedir. Gerek diğer insanlarla ilişki kurarken gerekse televizyon izlerken, gazete ve kitap okurken, internet, telefon araçları kullanırken hep bir iletişim süreci içerisindeyiz. Birbirleriyle ilişki kurmadan insanlar hayatlarını devam ettiremezler ve ilişki kurabilmelerini sağlayan araç da iletişimdir. Bütün bunlar iletişimin insan hayatındaki önemini göstermektedir (Fidan, 2009).

4. Sağlık Kurumlarında İletişim

İnsanlar için korunması, kazanılması ve devam ettirilmesi zor olan sağlık kavramı denildiği zaman akla ilk gelen terimler hastane, hekim, hemşire, ilaç,

ameliyat, tedavi gibi uygulama ve kavramlardır (Çıraklı ve Gözlü, 2019). İnsanlar belki de hayatları boyunca en unutamadıklarını deneyimlerini sağlık ve hastalık durumunda kurdukları iletişim sayesinde edinirler. Tüm bu deneyimler farkında olarak ya da olmayarak iletişim türlerinden biri olan sağlık iletişimi temelinde gerçekleşmektedir. Sağlık iletişimi, bireylere, topluluklara, sağlık profesyonellerine, hastalara, politikacılara, kurum ve kuruluşlara, gruplara ve topluma etki etmek ve güçlendirmek için sağlık bilgisi, fikirleri ve yöntemleri alışverişinde bulunarak bireysel, toplumsal ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştiren uygulama veya politikaların uygulanması veya savunulması sürecidir. Sağlık iletişimi aynı zamanda farklı nüfus ve gruplara ulaşmayı amaçlayan çok yönlü ve çok disiplinli bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır (Schiavo, 2014).

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

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

Thomas (2006) sağlık iletişim düzeylerini şu şekilde sınıflandırmıştır:

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

Sosyal Ağ Düzeyi: Bireylerin ilişkileri ve ait oldukları gruplar sağlıkları açısından önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık iletişimi ile ilgili programlar, bir grubun aldığı bilgileri şekillendirmek için çalışabilir ve iletişim modellerini veya içeriğini değiştirmeye çalışabilir. Bir ağın önde gelenleri özellikle sağlık programları için bir giriş noktasıdır.

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

Topluluk (Grup) Düzeyi: Sağlıklı yaşam stillerini destekleyen yapılar ve politikalar geliştirerek sosyal ve fiziksel alanlardaki tehlikeleri azaltarak veya ortadan kaldırarak toplulukların sağlıklı yaşam stillerini destekleyebilirler. Sağlığı etkileyebilecek kurum ve kuruluşlar tarafından toplum çapında çalışmalar planlanmakta ve yönetilmektedir. Bu kurum ve kuruluşların başında; okullar, işyerleri, sağlık hizmetleri ortamları, topluluk grupları ve devlet kurumları yer alır.

Toplum Düzeyi: Bir bütün olarak toplumun, normlar ve kişisel değerler, bireylerin tutumları ve görüşleri, yasalar ve politikalar ve fiziksel, ekonomik, kültürel ve bilgi ortamları dahil olmak üzere bireysel davranışlar üzerinde birçok etkisi vardır.

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

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

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

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

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

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

Sağlık iletişiminde doğru etki düzeyinin şekillenebilmesi hekim ve hasta arasındaki ilişkilerin kişilerarası iletişim düzeyinde düzenlenmesi ve geliştirilmesine bağlıdır. Bu durum hekim ve hasta arasındaki iletişimin, sağlık iletişimindeki temel araştırma konusu olarak şekillenmesini sağlamıştır (Güven ve Taşkıran, 2019).

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

B. Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi

Tıp çok farklı uygulamaları ve yönleri olan bir bilimdir. Tıbbi uygulamalara teknolojinin yanı sıra iletişim becerileri de dahildir. İletişim becerilerinin için içine girmesi ile bir sanat meydana gelmektedir. Hekimler genel olarak tıbbi bilgileri ve uygulamaları iyi olsa bile hastalarla kurdukları iletişimin zayıf olması hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hekimlerin hasta ile kuracağı iletişimde ilgili olması, güler yzly, hoşgrl, sabırlı, saygılı ve eşit davranarak, hastanın güvenini kazanması ve hastasına yardımcı olması beklenmektedir. Hekimler hastalar ile birlikte yakınları

ile de iletişim içindedir. Hekimler hasta yakınlarını bilgilendirmelerini sağlayarak gereksiz kaygılara düşülmesini önlemektedir (Taşçı, 2013).

Hekim-hasta ilişkisini anlamının çeşitli yolları vardır ve bunlar farklı özellikler gösterir. Bunlar (Turabian, 2019, s. 1):

- Hekim-hasta devamlılık ilişkisinin karmaşıklık boyutlarının;
- Kişilerarası ilişkinin derecesine göre hekim-hasta ilişkisi;
- Katılım düzeyine göre hekim-hasta ilişkisi
- İlişki modellerine göre;
- Kişilerarası süreklilik süresine göre hekim-hasta ilişkisi;
- Tıbbi hasta farmakolojik ilişkisi;
- Sağlık hizmetinin özelliklerine göre hasta hekim ilişkisi türleri;
- Hastalıkların psikososyal yönüne göre;
- Yaşa göre hekim-hasta ilişkisi;
- Hastalar ve özel durumlar ile hekim-hasta ilişkisi: (göçmenler, yabancılar, kötü tanımlanmış semptomları olan hasta, deliler, psicotikler, görme veya işitme engelli hasta ile evde, ırk, sosyal farklılıklarla sınıf, cinsiyet).

Aynı zamanda hekimlerin hastaları ile karşılıklı kurdukları ilişki doğru teşhisi koymayı kolaylaştırmakta, terapötik talimatlar vermekte, uygun şekilde danışmanlık yapmakta ve hastaları ile daha şefkatli ilişkiler kurmaktadır. Bu şekilde sağlık hizmetleri en iyi şekilde sunulmakta, hasta memnuniyeti oluşmaktadır. Hekimin kişilerarası iletişim becerileri hastanın tedavisi ve psikososyal destek açısından önemlidir. Hem hasta hem de hekim merkezli yaklaşımlar ile bütün olarak görülmesi için uygun iletişimin sağlanması gerekmektedir. Hekim hasta ilişkisinin temel amacı, hastanın tıbbi bakımını ve sağlığını iyileştirmektir. Yapılan araştırmalarda hekimler hastalarına karşı iletişimlerini ne kadar yeterli ve mükemmel görseler de hasta memnuniyetsizliğini belirtmektedir. Bundan dolayı hasta hekim ilişkisinde kişilerarası ilişki kurulmalı, bilgi alışverişi yapılmalı ve hasta karar alma sürecine dahil edilmelidir (Ha and Longnecker, 2010). Hekim hasta ilişkisinde güven duygusu önemlidir. Hastalar hekimlerine güvendiğinde hasta memnuniyeti hekime bağlılık ve tedaviye devam etme gibi sonuçlar vermektedir (Skirbekk et al., 2011, s. 1183).

Hastası ile etkin bir şekilde iletişim kuran hekimler başarılı olmaktadır. Teknik donanımın yanında hekimin hastasıyla nasıl iletişim kuracağını bilmesi bir hekimin

sahip olması gereken önemli bir beceridir. Hekim hastası ile kültürel, duygusal ve entelektüel olarak üç seviyede iletişim kurmaktadır (Atilla vd., 2012, s. 25). Aynı zamanda hekim hasta ilişkisinde hekimin ve hastanın iletişime katılım dereceleri önemlidir. Tıbbi ve cerrahi müdahalenin gerekli olduğu, hastanın kendi başına bakamayacağı durumlarda hekim aktif bir rol üstlenmekte ve hasta pasif konumda kalmaktadır. Bulaşıcı ve travma durumlarında hekimin yönlendirdiği ve hastanın iş birliği yaptığı bir ilişki oluşmaktadır. Bir diğeri ise hastanın aktif olarak katıldığı ve tedavide inisiyatif kullandığı kronik hastalarda hekimin talimatları ve gözetimi altında gerçekleşen eşit katımlı hekim hasta iletişim durumudur (Osorio, 2011, s. 401). Ayrıca hekim hasta ilişkisinde aynı sosyal yapı ve kültürel geçmişe sahip olsalar bile hastalıklara bakışları çok farklıdır. Sorun, hasta bakımında aralarında nasıl bir ilişki kurulacağıdır. Tıp teknolojilerindeki hızlı gelişmeler hasta hekim ilişkisinde daha fazla zorluk çıkarmaktadır. Çünkü geleneksel yöntem olan hastaların semptomlarını dinlemek sonrasında fiziksel belirtileri aramak yerine, modern tıbbın sağladığı teknoloji ile tanı koymayı ve bir dizi teste güvenilmeye başlanmıştır (Banerjee and Sanyal, 2012, s. 12).

Oysaki hastayı dinlemek, iyi bir tıbbi bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde meydana gelen iki değişiklik hastanın rolünü ve işlevini değiştirmiştir. Bunlardan biri hastalık plevarındaki akut, kronik ve bulaşıcı hastalıklardan, kronik, karmaşık ve dejeneratif tedavi edilemez duruma kaymıştır, diğeri ise tıp biliminde kullanılan teknolojidir. Hekim dinlemesinin hekim hasta ilişkisinde neden önemli olduğu ve klinik sonuçlara ve hasta memnuniyetine nasıl katkıda bulunacağını göstermektedir (Jagosh et al., 2011, s. 369). Bundan dolayı hekimin hastaya bilgi vermesi, bilgi verilirken seçilen kelimeler, ayrıntılar, tonlama, beden dilinin kullanımı gibi nedenlerden dolayı sorun yaşanabilmektedir. Hekimlerin hiç bilgi vermediği iletişim kurmadığı hastaları bulunmaktadır. Bunun sebebi ise hasta sayısının fazlalığı, süre yetersizliği, hekimin tutumu gibi nedenler bulunmaktadır. Hastaların bilgilendirilmesi gereken en önemli durum hastaneye yatan hastaların ciddi sağlık sorunlarında bilgilendirilmelerde yeteri kadar aydınlatılmamasından kaynaklanan sıkıntılardır (Çalapkulu ve Çelenk, 2018, s. 91).

Sonuç olarak hasta hekim ilişkisinde iletişim kurabilmek çok önemlidir. Hastaların hekimlerden beklediği reçete iletişimin bir parçasıdır. İlaç vermek iletişime katılmanın ve yardım etmenin somut bir kanıtıdır. Hekimin yazdığı reçete hastanın

bakış açısına göre bir değiş-tokuştur. Tedavinin biyolojik olarak iyileşmede ilaç ya da cerrahi müdahaleler kullanılmaktadır. Ancak, birçok ilacın aynı zamanda psikolojik olarak da etkisi hekim hasta ilişkisinde bağlı olmaktadır. Psikolojik boyuttaki tedavi, esas olarak hastanın duygularını ve iyilik halini değiştirmeye yöneliktir. Özellikle hekim hasta ilişkisi, plasebo etkisine dayanmakta ve tedavide başarı olasılığı bu ilişkinin kalitesiyle doğru orantılıdır (Turabian, 2018, s. 1).

C. Hekim-Hasta İlişkisini Etkileyen Faktörler

Hastanede advers olay açısından en yüksek riskli grubun, iletişim sorunu olan hastalar olduğu görülmüştür. Bu hastalara yönelik olarak riski düşüren müdahaleler geliştirilmesi ve değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Bartlett et al., 2008). Bu düzeyde iyi bir iletişim, sadece hastalar için değil sağlık çalışanları için de yanlış anlamaları, kırgınlıkları, hayal kırıklıklarını ve aksaklıkları ortadan kaldırır (Aydın, 2018, s.61).

Hekim hasta ilişkisinde, hekim hastanın tedavi sürecinde hastaya profesyonel olarak objektif bir şekilde yaklaşmalıdır. Parson bunu duygusal tarafsızlık olarak adlandırmakta ve hekimin hastalarıyla çok fazla yaklaşmadığı ve düşmanca tavırlarla davranmadığı bir süreç olarak tanımlamaktadır (Akt: Stokes et al., 2004, s. 508). Bunun yanında hastalıktan dolayı hastanın içinde bulunduğu çaresizlik ve kaygılarının yanında yabancı olduğu ve bilgi sahibi olmadığı tıbbi ve teknik terimlere yabancı kalmakta, hastalığının teşhisi sırasında durumu anlaması zorlaşmaktadır. Bu konuda eğitim almış, kurumsal bir güce sahip ve mesleki yönden üstün görünen hekimlerin ve buldukları durumdan dolayı duygu durumları sürekli değişen, tepkilerini açık olarak ifade edemeyen hastalar arasındaki ilişkinin sağlıklı oluşmasındaki en önemli etkenlerden biri güven duygusudur (Gülcemal ve Keklik, 2016, s. 65).

Hekim-hasta arasında sağlıklı kurulan iletişim her iki taraf için de önemlidir. Bu iletişim sürecini etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler (Solmaz ve Duğan, 2018, s. 193):

- Hekim ve hastanın ruhsal durumları ve iletişimden beklentileri,
- Eğitim sonucunda her iki tarafta da oluşan inanç, bilgi ve tutumlar,
- Hekimin ve hastanın iletişim becerileri,

- Hekim başına düşen hasta sayısı
- Hekim ile hastanın ilişkisinin gerçekleştiği fiziksel ortam,
- Hekimin kullandığı ama hastanın anlamakta zorlandığı tıbbi terimler,
- Toplumun hekim hasta ilişkisine olan bakışıdır.

1. Sosyal Çevrenin Etkisi

Sosyal çevre etkisini sosyal önyargı olarak göstermektedir. Sosyal önyargı, kişinin ideolojik söylemini oluştururken bir dizi düşünceyi, imgeyi ve anlamı benimser, bunları kendi yaşam alanında yeniden üretir ve alışkanlıkları arasına girmektedir (Söylet ve Mengü, 2011, s. 118).

Sosyal çevrenin hayattaki etkisi toplumsal yapıyı oluşturan temel kurumlardan sağlığı da etkilemektedir. Sağlık konusu tek başına bireye bırakılabilecek bir konu olmadığı için toplumun diğer üyelerini de yakından etkilemektedir. Hak ve yükümlülükler açısından bakıldığında sağlık toplumsal bir müdahale alanı oluşturmaktadır. Toplum bireylerin sağlığı ile yakından ilgilidir ve sağlık her dönemde kültürel ve toplumsal bir konu olmuştur (Aytaç ve Kurttaş, 2015, s. 232). Bu nedenle bireyler hastalık durumlarında ilk olarak çevresinden yardım istemekte, hekim hakkında danışmakta ve hekim ile ilişkisi daha hekimi görmeden başlamaktadır. Hekim ile hasta arasındaki sağlık ve hastalık düşünceleri farklılık gösterebilmektedir. Bu sebepten hekim hastanın sağlık inançlarını, değerlerini ve tercihlerini anlaması gerekmektedir. Hastanın yaşam tarzı hastalığın nedenini, kontrol edilebilirliğini, sağlık hizmetlerinden yararlanması gibi davranışlar hekimin hastanın tedavi sürecini öngörmesini sağlamaktadır. Hastanın sağlık inançları, yaşam tarzı ve sosyal çevrenin bilinmesi hekimlere hastanın sağlık durumunu anlamasına yardımcı olmaktadır (Street and Haidet, 2001, s. 21).

Ayrıca kişiler hastalıkla ilgili tıbbi bilgileri internet üzerinden de edinmektedir. Buda hasta hekim ilişkisini değiştirmiştir. Geleneksel olarak hekimler tek tıbbi bilgi kaynağıydı ve hastalar sağlık bilgileri için hekimlere güvenmesi sağlam bir hekim otoritesi ve gücü sağlamaktaydı. İnternet ulaşılamayan her bilgiye ulaşılmasını sağladığı için hekim hasta ilişkisini de etkilemektedir. Aynı zamanda internet hekim hasta ilişkisini farklı bir boyuta çıkarmıştır. Hastaların çevrimiçi topluluklara katılarak sosyal ve iletişim ihtiyaçları karşılanmaktadır. Çevrimiçi topluluklarda hastalar hem hekimleri ile görüşür hem de kendi gibi hastalarla iletişim

halinde olarak sosyal destek almaktadır. İnternet üzerinden yapılan hekim hasta 25 iletişimi sonucunda oluşan sosyal desteğin sağlığın korunması ve iyileşmesi açısından pozitif sonuçlar olduğu görülmektedir (Oh and Lee, 2012, s. 30).

2. Hekime Güven

İyi bir iletişim, hekim ve hasta düzeyinde düşünüldüğünde, hekim ve hastalar arasında bir güvenin oluşmasına, hastaların hastalıkları hakkında ayrıntılı ve yeterli bilgi edinmesine, hastaların sağlıkları hakkında daha doğru kararlar almasına ve yol gösterici olmasına yardımcı olur ve hastaların sağlıkları hakkında daha gerçekçi beklentilere sahip olmalarını sağlar. Ayrıca hekimlerin uygun ve etkili tedavi yöntemleri belirlemesini sağlar. Bu iyi iletişim çıktıları hem hasta memnuniyetini artırmakta hem daha sonra oluşabilecek riskleri azaltmaktadır. Hastaların tedavi sürecine aktif katılım iyileşme sürecine olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (Roter and Katz, 1987; King and Hope, 2013).

Güven sağlık hizmeti veren kurum ve hekim için önemli bir faktördür. Güvenin olması hastalarda kuruma ya da kişiye olan bağlılığın artmasını sağlamaktadır. Hekimlere güven duymayan hastalar, hekimlerin önerdiği tedavileri yarım bırakmakta ya da hiç başlamamakta ve tavsiyelerine uymamaktadır (Karsavuran vd., 2011).

Hastaların hekime karşı duydukları güveni etkileyen faktörler şunlardır (Gülcemal ve Keklik, 2016):

- Sosyal çevrenin etkisi: Hastalar hekim ile karşı karşıya gelmeden önce hekimle ilgili çevrelerinden, arkadaşlarından bilgi toplamaktadır.
- Medyanın etkisi: Teknolojinin gelişmesi ile sosyal medya ağları sağlık iletişimde daha aktif kullanılmakta ve bilgi hemen üretilip yayılmaktadır. Hekimlerde bu gelişmeden olumlu ya da olumsuz yorumlar ile ölçülmektedir.
- Hatalı Teşhis ve Tedavinin Yapılabileceği Algısı: Hekimlerin yaptıkları hatalar ve aldıkları sağlık yanlış kararlar insan hayatı ile ödenmektedir.
- Mahremiyetin Korunması: hastaya yapılacak her tıbbi müdahalede hastanın mahremiyetinin korunması gerekmektedir. Hasta mahremiyetinin korunması konusunda saygı gösterilmediğinde hekimine güven duymamakta ve yollarını ayırmaktadır.

- Bilgi Karmaşıklığının Etkisi: Hastanın hekimin verdiği kararlara kuşku ve kaygı ile bakılmasıdır.
- Teşhis ve tedavi sürecinde bilgilendirme
- Hekimin iletişim becerileri
- Hekimin mesleki tecrübesi olarak sıralanmaktadır.

Bununla birlikte hasta memnuniyetini hekimlerin, yaşı, cinsiyeti ve hekimlerin konuşma şekli gibi faktörler şekillendirmekte ve hastaların güvenini etkilemektedir (Kurihara et al., 2014, s. 2). Ayrıca hekimlerin hastalara karşı olan arkadaşça davranışlar sayesinde hastaların daha fazla soru sordukları ve hekimler tarafından daha fazla öneride bulunduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların soru sormaları eğitim seviyesine göre farklılık göstermekte ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla soru sordukları ve kendilerini daha iyi ifade ettikleri görülmüştür. Aktif dinleme sayesinde hasta kafasındaki tüm soruların cevabını aldığı için hekimine daha fazla güven duymaktadır (Solmaz ve Duğan, 2018, s. 195). Aynı zamanda hekime olan güven, hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde hekim ile daha aktif iletişim kurma isteğini artırmaktadır. Bunun sonucunda Hastaların hekimlerine güvenmesi ile hekimin yazdığı reçeteye ve önerilere uyarak tedavi sürecini hızlandırmaktadır (Oh and Lee, 2012, s. 31).

Hekim ve hasta arasında kurulun etkin iletişim becerileri sayesinde oluşan güven sonucunda birçok yarar oluşmaktadır. Bunlar (Gordon and Edwards, 2014, s. 33-35):

- Hekim daha doğru teşhisler koymaktadır,
- Hasta gerginlikten daha rahat kurtulmaktadır,
- Hastanın hekimini dava etme ihtimali azalmaktadır,
- Hastayla ilgili sorunların çözümünde ilerleme sağlanmaktadır,
- Hastalar daha olumlu düşünmeye ve yaşama arzusu duymaya başlamaktadır.

3. Empati

Empati bir kişilik özelliği (eğitimsel empati) ya da bir durum olarak görüşler öne sürülmüştür. Bilişsel, duyusal ve her ikisinin de birleşimi olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel empati, anlama ve bakış açısı edinmeye vurgu yaparken, duyusal empati duygusal tepkiye, özellikle benzer duyguların oluşmasına ve insanlar arasında duyguların paylaşımına odaklanır. Bilişsel ve duyusal empati arasındaki ayrım, empati

ve sempati arasındaki karışıklığın önlenmesini sağlamaktadır (Ogle et al., 2013, s. 825).

Hekim ile hasta arasındaki ilişkide empati duygusuna daha az önem verildiği görülmüştür. Çünkü tıp eğitimin de hastalarla kurulan ilişkilerde merkeze hastayı koymak yerine hastalığın konulması sonucunda teknolojik ve biyokimyasal sonuçlara önem verilmektedir. Hekimlerin eğitimlerinde hasta ilişkilerinin yerine hastalık yerleştirildiğinden dolayı, iletişim becerileri ve hasta ilişkileri arka sıraya atılmıştır. Hastayı dinleyen yakınları ve hasta ile empati kuran hekimler olası gerginliği ve şiddet ortamlarının oluşmasını engellemektedir. Empati yapan hekim hasta ile daha anlaşılır bir dil kullanır. Bu iletişim becerisi ile hekime yönelik olan bakış açısı değişmekte ve yaşanan çatışmalar azalmaktadır (Solmaz ve Duğan, 2018, s. 194). Bununla birlikte hekim hasta arasında empati üzerinde kurulan iletişimin kalitesi hastanın teknik sonuçlarının üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu bazı klinik çalışmalarda kanıtlanmıştır. Empati sonucunda hekim kendini daha yeterli hissetmekte ve daha etkili bir şekilde hasta bakımı yapmaktadır. Empati, hekim ile hasta arasındaki kişilerarası sürecin etkili bir hekim hasta ilişkisinin kurulmasında hayati bir önem taşıdığı kabul edilmektedir. Empatik katılımı mümkün kılan hekim-hasta ilişkisinde hekim iletişimi, sözlü etkileşim, sözlü olmayan ipuçları kullanılmaktadır. Hastalar tedaviye uyum sağlamak ve daha yüksek düzeyde memnuniyet oluşmakta, hekimlerin ise tıbbi bilgileri daha rahat hatırlamakta yaşam kaliteleri, fiziksel ve psikolojik refahta artış göstermektedir. Hekimlerde empatinin kaybolması sonrasında hatalı tıbbi kararların alınmasında büyük oranda artış olduğu hekimlerin kendileri tarafından bildirilmiştir (Mercer et al., 2005, s. 328).

4. Hekimlerde Stres ve Zaman Sıkıntısı

Hastalara sunulan hizmetin iyi ve kaliteli olması ancak hekimlerin beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanması ile sağlanmaktadır. Hekimlerin yaşadıkları sorunların en aza indirilmesi ve ihtiyaçlarının giderilmesinin sağlanması hastalara daha iyi hizmet sunulmasını sağlamaktadır. Hekimlerde oluşan stres bir süre sonra tükenmişlik, işten uzaklaşma, bezginlik ve monotonluğa yoğun olarak yaşamaktadır. Hekimlerin stres ve tükenmişlik gibi durumlar ortaya çıktıkça, daha özele inildiğinde grup çalışmalarının yapılması ile müdahale edilebilir (Işıkhan, 2016, s. 368).

Hekimlerin çalışma ortamında yaşadıkları stresin kronikleşmesi tükenmişliktir. Aşırı stresin ve tükenmenin yarattığı iletişim sorunları hekim ve hasta arasındaki iletişimi etkiler ve mesajların doğru anlaşılmasını engellemektedir (Çalapkulu ve Çelenk, 2018, s. 91).

Hekim hasta ilişkisinin oluşmasında zamanın önemi büyüktür. Hekim hastasıyla iletişim kurması için belli bir zamana ihtiyacı vardır. Fakat hasta sayısının çok hekim sayısının az olduğu durumlarda yetersizlikten dolayı zaman sıkıntısı oluşmaktadır. Bunun sonucunda hekime güven oluşmaz, sağlıklı bir hasta hekim ilişkisi başlamadan bitmektedir (Atıcı, 2007, s. 93).

D. Olumlu Hekim-Hasta İlişkisinin Çıktıları

Tıbbi uygulamaların temelini hasta ve hekim arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Hekim ve hasta ilişkisinde oluşabilecek çatışmalar teşhis ve tedavi süreçlerini olumsuz olarak etkilemektedir. Hekim hasta arasındaki uyum hastalılara yaklaşımda, klinik sorunun çözülmesini veya mesafe alınmasını sağladığı bilinmektedir. Hastası ile olumlu ilişki kuran hekimlerin daha az şikayet edildikleri, daha fazla başarılı oldukları, daha az stres yaşadıkları ve mesleklerinden daha fazla tatmin oldukları görülmektedir. Olumlu hekim hasta ilişkisinde hastanın tedavi ve takibe daha fazla uydukları, bilgilendirmeleri daha iyi anladıkları, psikolojilerinin daha iyi olduğu ve memnuniyet seviyelerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Önal vd., 2020, s. 201).

1. Uzlaşmanın Sağlanması

Uzlaşmanın sağlanması, hekimin hastasına bilgi sağlaması ve tedaviye en uygun seçenekleri açıklayarak bu seçeneklerden birini veya birçoğunu seçmesi konusunda yardımcı olmaktır. Hekim ve hasta sağlığa dair bir konu hakkında sonuna kadar devam edecek bir uzlaşmaya varmaktadır. Uzlaşmada hekim sadece sağlığa ilişkin değerlerle ilgilenmez aynı zamanda hastanın tedavisine ilişkin duygu, düşünce, korku ve endişeleriyle de ilgilenmektedir. Uzlaşmada hekim hastanın tedaviyi kabul etmesi için zorlamaz ve hasta yaşamında istediğini seçmede özgürdür (Öngören, 2017, s.65).

Uzlaşmanın olması için hasta hekim ilişkisinde güven kriterinin oluşması gerekmektedir. Bu da karşılıklı olarak bilgi, düşünce, hedef ve duyguların paylaşımı ile olmaktadır. Hekim ve hasta arasındaki eylem şekilleri, düşünce tarzları, hedefler, bilgi ve karşılıklı güven sonucunda uzlaşma gerçekleşmektedir. Uzlaşmanın

sağlanması gereken konular; hekimin görevi, hasta değerleri, hekimin rolünü algılaması, hastanın bağımsızlığının algılanması ve karşılıklı anlayış olarak örnek verilebilir (Söylet ve Mengü, 2011, s. 117).

2. Zaman Kaybının Önlenmesi

Hastalara koyulan tanılarının çoğu %70'i hastanın hikayesine dayanmaktadır. Dinleme becerilerini iyi kullanan bir hekim zamandan tasarruf etmektedir. Çünkü iyi alınan bir hasta öyküsü, farklı hastalıklarla uğraşmayı ve tekrardan aynı hastanın tekrar gelmesinin önüne geçmekte, bu da zaman kaybını önlemektedir. Hekim hasta ilişkisinde hekimlerin hastalarına gerekli zamanları ayırmaları tıp etiğinin ve psikolojisinin ilkelerindedir (Taşçı, 2013, s. 35).

Hekimler en uygun olan hasta hekim ilişkisini kurarak zamanı bir araç olarak kullanarak tetkikleri aşamalı olarak yapmalı ve belirsizliği yönetebilmektedir (Güldal vd., 2012, s. 108).

Zaman kaybının önlenmesindeki diğer bir unsur hastanın hekime güvenmesidir. Hastanın hekime güvenmesi, hasta hekim ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Hekime güven duyan hasta tedavisi için hekim ile iş birliği içinde olmaktadır. Hekimine güvenmeyen hasta farklı hekimlere başvurur ve sonuç olarak tedavisinde gecikmeler olabilir. Hastanın hekimine olan güveni, hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur. Hekimine güvenen hasta tedavisi için iş birliği yapacaktır. (Atıcı, 2007, s. 93).

3. Hasta Memnuniyetinin Ortaya Çıkması

Memnuniyet, tarafların birinin diğeri ile ilgili olumlu düşünüp ya da düşünmemesidir (Söylet ve Mengü, 2011, s. 103).

Hekim-hasta ilişkisinde hastanın en çok memnuniyet bildirdiği durum hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarıdır. Hasta merkezli yaklaşan hekimler subjektif ve objektif olma arasında, duygular ve biyoloji arasında ve düşünce ve beden arasında bir denge kurmaya çalışmaktadır. Hekim hastasının endişelerini, duygularını ve tercihlerini göz önünde bulundurmakta ve hasta ve hastalık ile ilgili olumlu sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Önal vd., 2020, s. 201).

Aynı zamanda bilgilendirilen hastalar, soru soran ve cevaplarını alabilen hastalar ve tedaviye karar verme sürecine katılan hastalarda memnuniyet bildirmektedir (Oh and Lee, 2012, s. 30).

Hasta memnuniyetinin oluştuğu diğer bir durumda hastanın hekime duyduğu güvendir. Hasta hekim arasında etkili bir iletişim sağlanmazsa hekim hastanın güvenini kaybetmektedir. Bunun sonucunda tanı koyma sürecinde hastaların verdiği yetersiz cevaplardan dolayı başarısız teşhis ve tedavi sonucunda hasta memnuniyetsizliği oluşmaktadır. Hekim hasta iletişimin %55'ini sözsüz iletişim oluşturmaktadır. Sözsüz iletişim fırsatını iyi kullanabilen bir hekim hasta memnuniyetini kazanmaktadır (Atilla vd., 2012, s. 25).

E. Hekim-Hasta İletişiminde Güven

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

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

Güven, hasta ile hekim arasındaki ilişkisinin önemli bir bileşenidir. Son zamanlarda yapılan hasta-hekim ilişkisi çalışmalarında güven unsuru kavramına sıklıkla karşılaşılmıştır (Berrios et al., 2006: 385). İyi bir hasta-hekim ilişkisinin ortaya çıktığı sonucuna varabilmek için sonuç değerşkeni olarak hem hasta memnuniyeti hem de tedavinin başarısı bir belirleyici olarak kullanılmaktadır (Kowalski et al. 2009, s.344). Hekimler bilgilerini hastaya açık ve net bir şekilde iletmek, hasta ise endişelerini ve rahatsızlıklarını hekimlerine açık ve net bir şekilde iletmek zorundadır. (Yağbasan ve akar, 2006).

Hasta-hekim ilişkisi hastanın tedavi olması açısından hekim ve hastanın birbirini karşılıklı olarak anlaması bakımından oldukça önemlidir. İyi bir ilişkinin kurulması yalnızca iyi bir tedavi süreci değil ayrıca hasta memnuniyeti, toplum sağlığı, hekimin

tatmini, hastanenin karlılığı gibi etmenleri de etkilememektedir (Atilla vd., 2012, s.24). Hasta hekim ilişkisini kişinin davranışlarının yanı sıra içinde bulunduğu kültürel toplumsal ekonomik birçok etken tarafından değişiklik göstermektedir. Hastanın hekime güven duyması tedavinin gerçekleşmesi için birinci koşuldur (Koch and Turgut, 2004, s.65).

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

Hekim tarafından hasta için uygun görülen hizmetin, hasta açısından gerekli olduğuna hastayı ikna etmesi gerekmektedir. İkna olmayan ya da hizmetin gerekli olduğuna inanmayan hasta hizmeti almak istemez veya aldığı hizmeti uygun bir şekilde değerlendiremez. Uygun görülen hizmete hastanın ikna edilmesi için hastanın hekime güven duyması gerekmektedir. Temelinde güven olmayan sağlık iletişimi, başarısız bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır (Ünal, 2016, s.39).

Sağlık iletişiminin başarısının temeli güven unsurudur. Hastanın hekime olan güvensizliği, hekim-hasta iletişiminin başarısız olmasına yol açacaktır. Tam tersi etkili bir hasta-hekim iletişimin pek çok faydası bulunmaktadır. Bu faydalar şu şekilde sıralanabilir (Gözlü, 2018, s.86-87):

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

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

III. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

A. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; hasta ve hekim arasındaki güven iletişimini hastalar açısından değerlendirmektir.

B. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Belirlenmiş sosyodemografik özelliklere göre, hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi açısından hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H2: Belirlenmiş sosyodemografik özelliklere göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişiminin alt boyutları açısından hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi acil servisine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi için güç analizi yapılmıştır. Güç analizi hesaplamasına göre (%95 güç, %5 hata payı ve etki büyüklüğü 0,25) örneklem sayısı 175 bulunmuştur. Güç analizi G-Power programı kullanılarak hesaplanmıştır (G-Power ver. 3.1.9.4). Bu çalışmada 375 hastaya ulaşılmıştır.

D. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Özellikler Formu ve Koca ve Eriğüç (2021) tarafından geliştirilen “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği” kullanılmıştır (Ek 3). Ölçek, üç alt boyuttan (Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven, Hekimin Kararlarına Güven, Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven) oluşan 19 sorudan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin güvenilirlik katsayısı (Cronbach’s Alpha) 0,932 bulunmuştur. Bu çalışmada ise güvenilirlik katsayısı 0,893 bulundu.

E. Verilerin Toplanması

Veriler İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi acil servisine başvuran hastalara anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Aydın Üniversitesi etik kurulundan (Ek 1. Tarih: 28.02.2022, Sayı: 2022/03) ve İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi başhekimliğinden (Ek 2. Tarih: 29.04.2022, Sayı: 69) yazılı izin alınmıştır.

F. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi acil servisine başvuran hastalarla sınırlıdır. Araştırma tek merkezli yapıldığından, elde edilen sonuçlar genellenemez.

G. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. Verilerin normallik analizi yapıldı ve normal dağılım gösterdiği saptandı. Bu nedenle analizler parametrik testler ile yapıldı. Niteliksel veriler sayı ve yüzde ile niceliksel veriler ortalama ve standart sapma puanı ile gösterildi. Tanımlayıcı özellikler ile ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında ikili gruplar için student t testi, ikiden fazla gruplar için tek yönlü ANOVA testi yapıldı. İki den fazla grupların analizinde anlamlı çıkan sonuçlar için ileri analiz (Post-Hoc) yapıldı. Analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

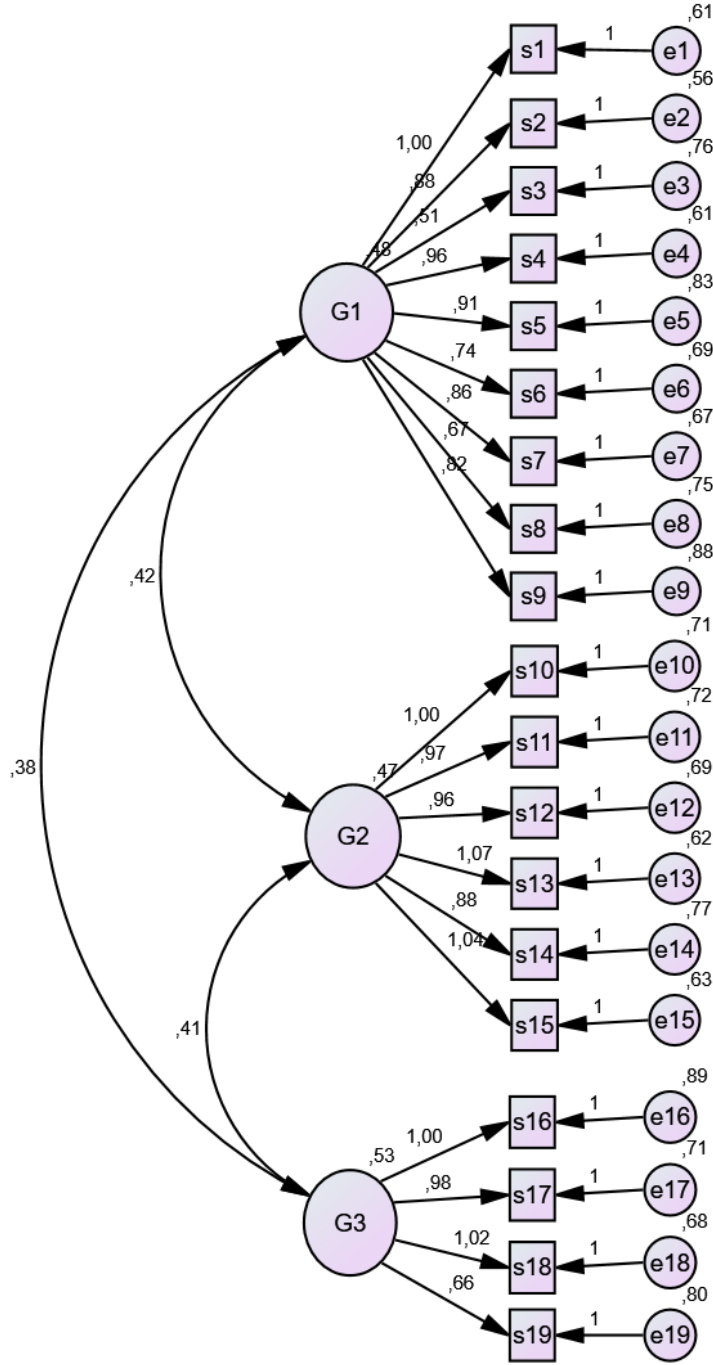
H. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeğin açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen yapısının kuramsal olarak faktör yapısına uygunluğu Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılarak test edilmiştir. Çok değişkenli normal dağılım metodu, En Çok Olabilirlik (Maximum Likelihood) Metod'u kullanılarak yapılan analiz sonucunda maddelere ilişkin standardize regresyon ağırlığı ve anlamlılık düzeyi incelenmiştir. Yapısal Eşitlik Modeli çerçevesinde yapılan analizlerde anlamlı olmayan değer bulunmadığı, dolayısıyla modelden çıkarılması gereken bir maddenin bulunmadığı tespit edilmiştir. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucunda X^2/sd oranı 1,977 olarak elde edilmiştir. Bu durum ölçeğin kabul edilebilir bir uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır. RMSEA=0,051, CFI=0,929, GFI=0,925 ve AGFI=0,905 IFI=0,925 olarak elde

edilmiştir. Bu kapsamda, DFA analizine göre elde edilen modelin doğrulandığı ifade edilebilir.

Çizelge 1. Modele İlişkin Uyum İndeks Değerleri

	Uyum İndeksleri	Uygulama Sonuçları	İyi Uyum	Kabul Edilebilir
X²/sd	Ki-Kare/Serbestlik Derecesi	1,977	<3	3 < (X ² /df) < 5
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşımın Hata Karekökü Ortalaması)	0,051	<0,05	<0,08
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0,929	>0,95	>0,90
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)	0,925	>0,90	>0,85
AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)	0,905	>0,90	>0,85
IFI	Incremental Fit Index (Artırmalı Uyum İndeksi)	0,929	>0,95	>0,90



Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirliği, madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Her bir maddeden elde edilen tutum puanı ile toplam tutum puanı arasındaki ilişkiyi ifade etmek için madde-toplam korelasyonu kullanılmış ve her bir tutum maddesinin korelasyon katsayısı hesaplanarak Tablo 2'de verilmiştir. Madde-toplam korelasyon için ve faktör yük değerleri, madde-toplam korelasyonu 0,30 ve üzeri olan maddeler bireyleri iyi ayırt

etmekte, faktör yük değeri 0,45 ve üzeri olan maddeler seçim için iyi bir ölçüt olacaktır (Büyüköztürk, 2007).

Çizelge 2. Madde-Toplam Korelasyonu

Ölçek Maddeleri	Madde Silindiğinde Hfın Ortalaması	Madde Silindiğinde Bütün Varyansı	Madde-Bütün Korelasyon Katsayısı n	R ²	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha
1.Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için ne gerekiyorsa yaparlar.	62,99	122,863	,607	,406	,886
2.Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.	62,95	124,776	,571	,394	,887
3.Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin zararları güvenilirdir.	63,05	129,513	,354	,181	,893
4.Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.	62,95	123,736	,579	,399	,887
5.Benim hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.	63,01	124,206	,509	,333	,889
6.Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.	62,75	126,787	,468	,333	,890
7.Eğer hekimim bana bir şey söylerse, o doğrudur.	63,00	124,888	,535	,369	,888
8.Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır.	62,79	127,604	,424	,303	,891
9.Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar aynı hekimi tercih ederim.	63,03	125,750	,450	,312	,891
10.Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söylemek konusunda tamamen dürüsttür.	63,07	122,958	,577	,393	,887
11.Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.	63,40	123,690	,548	,407	,888
12.Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim.	63,27	123,737	,558	,383	,887
13.Hekimim sağlığıma benim kadar çok önemser.	63,05	121,837	,630	,424	,885
14.Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.	63,14	124,872	,503	,322	,889
15.Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.	63,09	122,449	,611	,412	,886
16.Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elverirse bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.	63,52	123,453	,494	,348	,889
17.Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.	63,23	124,050	,515	,353	,889
18.Hekimim sosyal güvence masrafları karşılama da uygun tıbbi kararlar verir.	63,15	123,534	,538	,379	,888
19.Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.	62,97	126,718	,448	,250	,891

Cronbach's Alpha, bir iç tutarlılık ölçüsüdür; başka bir deyişle, bir öge grubunun grupla ne kadar yakından ilişkili olduğudur. Ölçeğin güvenilirliğinin bir ölçüsü olarak kabul edilmektedir. Alfa, 1951'de Lee Cronbach tarafından bir testin veya ölçeğin iç tutarlılığının bir ölçüsünü sağlamak için geliştirilmiş, 0 ile 1 arasında bir sayıdır. İç tutarlılık, bir testteki tüm maddelerin aynı kavramı veya yapıyı ölçme derecesini tanımlar ve bu nedenle testteki maddelerin birbiriyle ne kadar ilişkili olduğuna bağlıdır (Cronbach, 1951).

Cronbach's Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değerler alır. Cronbach's Alpha katsayısı;

- 0,80-1,00 yüksek güvenilirlik.
- 0,60-0,80 oldukça güvenilirlik.
- 0,40-0,60 düşük güvenilirlik.
- 0,00-0,40 güvenilir değil.

Yapılan analizde; Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven alt boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,799, Hekimin Kararlarına Güven alt boyutunun 0,8, Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven alt boyutunun 0,683 ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven ölçeğinin 0,893 olduğu saptandı (Çizelge 3).

Çizelge 3. Hasta-Hekim İletişimde Güven İletişimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Katsayısı

Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	n
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	0,799	9
Hekimin Kararlarına Güven	0,8	6
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	0,683	4
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	0,893	19

Sonuçlara göre ölçek ve alt boyutların yüksek güvenilirliğe sahip oldukları tespit edilmiştir.

Normallik Analizi

Hasta-Hekim İletişim Ölçeği ve alt boyutlarının demografik verilere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için anlamlılık testleri kullanılmıştır. Kullanılacak testlere karar vermek için veriler için normal dağılım testleri (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk) yapılmıştır. Ayrıca verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri de incelenmiş ve -1,5 ile +1,5 arasında değiştiği görülmüştür (Çizelge 4). Normal dağılım sonuçlarına göre veriler normal dağılım göstermiş ($p>0,05$) bu nedenle analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Çizelge 4. Normal Dağılım Testi Sonuçları

	F1	F2	F3	Hasta-Hekim İlişkisinde Güven
Kolmogorov-Smirnov	,313	,050	,071	,342
Shapiro-Wilk	,000	,000	,000	,000
Skewness	-,078	-,270	-,290	,012
Kurtosis	,555	,249	,088	,731

IV. ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN BULGULAR

Araştırmaya katılanların demografik dağılımları değerlendirildiğinde; %59,7'sinin kadın, %36,5'inin 21-30 yaş aralığında, %66,1'inin bekar, %48,8'inin lisans mezunu, %48'inin gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 5).

Çizelge 5. Araştırmaya Katılanların Demografik Dağılımları

	n (375)	%	
Cinsiyet	Kadın	224	59,7
	Erkek	151	40,3
Yaş	20 yaş ve altı	63	16,8
	21-30 yaş	137	36,5
	31-40 yaş	77	20,5
	41-50 yaş	52	13,9
	51 yaş ve üzeri	46	12,3
Medeni Durumunuz	Bekar	248	66,1
	Evli	127	33,9
Eğitim	Okuryazar	13	3,5
	İlköğretim	42	11,2
	Lise	116	30,9
	Lisans	183	48,8
	Lisansüstü	21	5,6
Gelir	Gelirim giderimden az	180	48,0
	Gelirim giderime eşit	145	38,7
	Gelirim giderimden fazla	50	13,3

Araştırmaya katılanların sağlık verileri değerlendirildiğinde; %44,5’inin son bir yıl içinde hiç hastaneye gitmediği, %42,7’sinin sağlık problemi yaşadığında ilk devlet hastanesine gittiği, %69,3’ünün genel sağlık durumunun iyi olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 6).

Çizelge 6. Araştırmaya Katılanların Sağlık Verilerinin Değerlendirilmesi

	n (375)	%	
Son bir yıl içerisinde hastaneye gitme sıklığınız	Hiç gitmedim	33	8,8
	Yılda bir	65	17,3
	Altı ayda bir	167	44,5
	Ayda bir	110	29,3
Sağlık problemi yaşadığınızda ilk tercih yeriniz	Aile Hekimi	115	30,7
	Devlet Hastanesi	160	42,7
	Özel Hastane	38	10,1
	Üniversite Hastanesi	51	13,6
	Eczane	11	2,9
Genel olarak sağlık durumunuz	İyi	260	69,3
	Orta	108	28,8
	Kötü	7	1,9
Toplam	375	100,0	

Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde; en yüksek ortalama puana sahip alt boyutun “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” (ort:3.63±,632) olduğu, en düşük ortalama puana sahip alt boyutun ise “Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven” (ort:3.36±,796) alt boyutu olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 7).

Çizelge 7. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

Alt Boyut ve Ölçek Puanı	Ortalama	S.S.
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	3,63	0,632
Hekimin Kararlarına Güven	3,41	0,758
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	3,36	0,796
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	3,50	0,618

Cinsiyete göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi skorları araştırmaya katılan hastaların cinsiyetine göre anlamlı bir fark göstermemiştir (Çizelge 8).

Çizelge 8. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

	Cinsiyet	n (375)	Ort.	S.S.	t	p*
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	Kadın	224	3,67	,670	1,661	,098
	Erkek	151	3,56	,565		
Hekimin Kararlarına Güven	Kadın	224	3,38	,840	-,642	,521
	Erkek	151	3,43	,619		
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	Kadın	224	3,33	,847	-,904	,366
	Erkek	151	3,40	,712		
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	Kadın	224	3,51	,682	,308	,758
	Erkek	151	3,49	,509		

*Bağımsız Örneklem t testi

Yaşa göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” ($p=0,000$) alt boyutunda ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven boyutunda ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla post hoc analizi uygulanmıştır. Hangi post hoc analizinin kullanılacağına ise Levene testi ile karar verilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre; 20 yaş ve altı grubun, diğer yaş gruplarına göre “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyutu ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven genel skorunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 21-30 yaş grubunun da daha yüksek yaş gruplarına göre, “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyutu ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven genel skorlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 9).

Çizelge 9. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Yaşa Göre Değerlendirilmesi

	Yaş	n (375)	Ort.	S.S.	f	p*	Fark
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	20 yaş ve altı	63	3,87	,556	9,275	,000	1>2,3,4,5 2>4,5 ¹
	21-30 yaş	137	3,73	,729			
	31-40 yaş	77	3,58	,536			
	41-50 yaş	52	3,45	,520			
	51 yaş ve üzeri	46	3,25	,432			
Hekimin Kararlarına Güven	20 yaş ve altı	63	3,52	,814	,835	,503	-
	21-30 yaş	137	3,44	,853			
	31-40 yaş	77	3,31	,667			
	41-50 yaş	52	3,34	,745			
	51 yaş ve üzeri	46	3,35	,488			
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	20 yaş ve altı	63	3,44	,833	,506	,731	-
	21-30 yaş	137	3,39	,887			
	31-40 yaş	77	3,26	,673			
	41-50 yaş	52	3,36	,784			
	51 yaş ve üzeri	46	3,31	,657			
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	20 yaş ve altı	63	3,67	,641	8,172	,000	1>2,3,4,5 2>4,5 ¹
	21-30 yaş	137	3,57	,713			
	31-40 yaş	77	3,43	,517			
	41-50 yaş	52	3,40	,570			
	51 yaş ve üzeri	46	3,29	,362			

*ANOVA ¹Games-Howell post hoc analizi

Medeni duruma göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” (p=0,008) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Sonuçlara göre bekar hastaların “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyut skorları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 10).

Çizelge 10. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

	Medeni D.	n (375)	Ort.	S.S.	t	p*
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	Bekar	248	3,69	,671	2,671	,008
	Evli	127	3,51	,527		
Hekimin Kararlarına Güven	Bekar	248	3,40	,821	-,202	,840
	Evli	127	3,41	,618		
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	Bekar	248	3,38	,835	,887	,375
	Evli	127	3,31	,712		
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	Bekar	248	3,53	,674	1,446	,149
	Evli	127	3,43	,486		

*Bağımsız Örneklem t testi

Eğitim düzeyine göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” (p=0,005) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla post hoc analizi uygulanmıştır. Hangi post hoc analizinin kullanılacağına ise Levene testi ile karar verilmiştir (p>0,05). Sonuçlara göre; ilköğretim mezunlarının, daha ileri eğitim düzeyine sahip gruplara göre “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyut skorlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Çizelge 11).

Çizelge 11. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

	Eğitim	n (375)	Ort.	S.S.	f	p*	Fark
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	Okuryazar	13	3,61	,862	3,805	,005	2<3,4,5 ¹
	İlköğretim	42	3,30	,595			
	Lise	116	3,63	,579			
	Lisans	183	3,67	,634			
	Lisansüstü	21	3,86	,636			
Hekimin Kararlarına Güven	Okuryazar	13	3,53	,782	,508	,730	-
	İlköğretim	42	3,36	,700			
	Lise	116	3,41	,797			
	Lisans	183	3,38	,760			
	Lisansüstü	21	3,59	,635			
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	Okuryazar	13	3,50	,816	,97	,423	-
	İlköğretim	42	3,26	,724			
	Lise	116	3,37	,899			
	Lisans	183	3,33	,748			
	Lisansüstü	21	3,64	,705			
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	Okuryazar	13	3,56	,685	1,746	,139	-
	İlköğretim	42	3,31	,535			
	Lise	116	3,50	,626			
	Lisans	183	3,51	,628			
	Lisansüstü	21	3,73	,538			

*ANOVA ¹Hochberg's GT2 post hoc analizi

Gelir düzeyine göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; “Hekimin Kararına Güven” (p=0,043) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla post hoc analizi uygulanmıştır. Hangi post hoc analizinin kullanılacağına ise Levene testi ile karar verilmiştir (p>0,05). Sonuçlara göre; geliri giderine eşit olan grubun, geliri giderinden az olan gruba göre “Hekimin Kararına Güven” alt boyut skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 12).

Çizelge 12. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Gelir Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

	Gelir	n (375)	Ort.	S.S.	f	p*	Fark
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	Gelirim giderimden az	180	3,57	,680	1,510	,222	-
	Gelirim giderime eşit	145	3,69	,609			
	Gelirim giderimden fazla	50	3,63	,489			
Hekimin Kararlarına Güven	Gelirim giderimden az	180	3,30	,782	3,175	,043	2>1
	Gelirim giderime eşit	145	3,50	,740			
	Gelirim giderimden fazla	50	3,49	,684			
Hekimin Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	Gelirim giderimden az	180	3,31	,808	,633	,531	-
	Gelirim giderime eşit	145	3,40	,788			
	Gelirim giderimden fazla	50	3,40	,774			
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	Gelirim giderimden az	180	3,43	,652	2,202	,112	-
	Gelirim giderime eşit	145	3,57	,597			
	Gelirim giderimden fazla	50	3,54	,528			

*ANOVA ¹Hochberg's GT2 post hoc analizi

Hastaneye gitme sıklığına göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” (p=0,004) alt boyutunda ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven ölçeğinde (p=0,015) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla post hoc analizi uygulanmıştır. Hangi post hoc analizinin kullanılacağına ise Levene testi ile karar verilmiştir (p>0,05). Sonuçlara göre; altı ayda bir hastaneye giden grubun, ayda bir giden gruba göre “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyutu ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven genel skorunun yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 13).

Çizelge 13. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Hastaneye Gitme Sıklığına Göre Değerlendirilmesi

	Hastaneye G.	n (375)	Ort.	S.S.	f	p*	Fark
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	Hiç gitmedim	33	3,51	,561	4,526	,004	3>4 ¹
	Yılda bir	65	3,69	,563			
	Altı ayda bir	167	3,73	,631			
	Ayda bir	110	3,47	,659			
Hekimin Kararlarına Güven	Hiç gitmedim	33	3,42	,662	1,804	,146	-
	Yılda bir	65	3,47	,742			
	Altı ayda bir	167	3,46	,748			
	Ayda bir	110	3,26	,799			
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	Hiç gitmedim	33	3,14	,712	2,155	,093	-
	Yılda bir	65	3,42	,743			
	Altı ayda bir	167	3,44	,779			
	Ayda bir	110	3,26	,859			
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	Hiç gitmedim	33	3,40	,539	3,530	,015	3>4 ¹
	Yılda bir	65	3,57	,560			
	Altı ayda bir	167	3,58	,616			
	Ayda bir	110	3,36	,653			

*ANOVA ¹Hochberg's GT2 post hoc analizi

Katılımcıların sağlık tesisi tercihlerine göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Buna göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi, rahatsızlandığında tercih edilen sağlık tesisi değişkeni açısından farklılaşmamaktadır (Çizelge 14).

Çizelge 14. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Katılımcıların Sağlık Tesisi Tercihlerine Göre Değerlendirilmesi

	Sağlık Tesisi	n (375)	Ort.	S.S.	f	p*
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	Aile Hekimi	115	3,69	,673	1,187	,316
	Devlet Hastanesi	160	3,60	,596		
	Özel Hastane	38	3,47	,643		
	Üniversite Hastanesi	51	3,71	,656		
	Eczane	11	3,61	,464		
Hekimin Kararlarına Güven	Aile Hekimi	115	3,45	,773	1,453	,216
	Devlet Hastanesi	160	3,45	,698		
	Özel Hastane	38	3,14	,844		
	Üniversite Hastanesi	51	3,36	,832		
	Eczane	11	3,45	,703		
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	Aile Hekimi	115	3,29	,825	1,457	,215
	Devlet Hastanesi	160	3,44	,739		
	Özel Hastane	38	3,14	,849		
	Üniversite Hastanesi	51	3,40	,848		
	Eczane	11	3,38	,777		
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	Aile Hekimi	115	3,53	,642	1,190	,315
	Devlet Hastanesi	160	3,52	,566		
	Özel Hastane	38	3,30	,676		
	Üniversite Hastanesi	51	3,54	,683		
	Eczane	11	3,52	,539		

*ANOVA

Genel sağlık durumuna göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi genel skoru ve ölçeğin her bir alt boyutundaki skorlar değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” (p=0,001), “Hekimin Kararlarına Güven” (p=0,000), “Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven” (p=0,000) alt boyutlarında ve Hasta-Hekim İlişkisinde genel güven skorlarında (p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla post hoc analizi uygulanmıştır. Hangi post hoc analizinin kullanılacağına ise Levene testi ile karar verilmiştir (p<0,05). Sonuçlara göre; sağlık durumu iyi olanlar ile sağlık durumu orta düzeyde olanların güven skorları arasında tüm alt boyutlarda ve ölçek genelinde istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı fark tespit edilmiştir (Çizelge 15).

Çizelge 15. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Genel Skoru ve Alt Boyutlarındaki Skorların Genel Sağlık Durumuna Göre Değerlendirilmesi

	Sağlık D.	n (375)	Ort.	S.S.	f	p*	Fark
Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven	İyi	260	3,70	,605	7,380	,001	1>2 ¹
	Orta	108	3,47	,610			
	Kötü	7	3,19	1,209			
Hekimin Kararlarına Güven	İyi	260	3,51	,701	10,139	,000	1>2 ¹
	Orta	108	3,17	,774			
	Kötü	7	2,85	1,447			
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven	İyi	260	3,49	,749	12,511	,000	1>2 ¹
	Orta	108	3,07	,777			
	Kötü	7	2,85	1,398			
Hasta-Hekim İlişkisinde Güven (Genel)	İyi	260	3,60	,578	12,415	,000	1>2 ¹
	Orta	108	3,30	,598			
	Kötü	7	3,02	1,247			

*ANOVA ¹Games-Howell post hoc analizi

Çalışmanın hipotez sonuçları çizelge 16'da yer almaktadır. Buna göre H1 hipotezi yaş değişkeni açısından, H2 hipotezi yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu açısından desteklenmiştir.

Çizelge 16. Hipotez Sonuçları

Hipotezler	Hipotez Sonuçları
H1 Belirlenmiş sosyodemografik özelliklere göre, hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi açısından hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	Yaş değişkeni açısından hipotez desteklendi.
H2 Belirlenmiş sosyodemografik özelliklere göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişiminin alt boyutları açısından hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	Yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu açısından hipotez desteklendi.

V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

A. Tartışma

İletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, insan haklarının gelişmesi, küreselleşme, diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerini de etkilemiştir. Teknolojinin ilerlemesi, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, toplumun refah ve eğitim seviyelerinin yükselmesi hastalarla hekimler arasındaki etkileşimi arttırmıştır. Bu etkileşimi sağlam zeminde sürdürmek ve karşılıklı anlayışı sağlayabilmek için insanların bilgi alışverişinde bulunmaları, etkili iletişim sürecini gerçekleştirebilmeleri gerekmektedir (Cüceloğlu, 2002). Sağlık sektöründeki teknolojik ve bilimsel ilerlemeye rağmen iletişim, hâlâ etkin teşhis ve tedavinin olmazsa olmazıdır. Hastaların memnuniyeti, sağlık hizmeti verenlerle kurulan iletişimin kalitesiyle orantılıdır (Gordon et al., 2001). Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin iyi göstergelerinden biri de güvendir (Sherwood et al., 2018). Güven, hastaların tıbbi bakım ve tedavi alımının daha verimli bir hale getirilmesini önemli bir etkidir (Elk and Landrine, 2012: 97).

Sağlık iletişimi bağlamında hekim-hasta iletişiminin başladığı ilk alan özellikle acil servisler ve poliklinikler olmaktadır. Hasta ile olan ilk iletişim muayene sürecinde gerçekleşmektedir. Özellikle ağrı ve hastalığa dair anlatımların hasta tarafından ifade edilmesi sonrası hekimler tanı, teşhis ve tedavi aşamasına geçmektedir. Araştırmanın iletişim noktasında hedeflendiği alan da bu noktadır. Akbolat vd. (2016)'nin yapıları çalışmada sağlık okuryazarlığı üzerinden hekim-hasta iletişimi irdelenmiş sağlık okuryazarlık oranı düşük hastaların polikliniklerden ziyade acil servislere yöneldikleri belirlenmiştir.

Literatürde bizim çalışmamızda kullandığımız ölçeğin kullanılarak yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle tartışma benzer ölçeklerle yapılmış çalışmalar ile yapılmıştır.

İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi acil servisine başvuran hastaların hekimler ile olan iletişiminde güven düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri

belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada; hastaların %59,7'sinin kadın, %36,5'inin 21-30 yaş aralığında, %66,1'inin bekar, %48,8'inin lisans mezunu, %48'inin gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sağlık verileri değerlendirildiğinde; %44,5'inin son bir yıl içinde hiç hastaneye gitmediği, %42,7'sinin sağlık problemi yaşadığında ilk devlet hastanesine gittiği, %69,3'ünün genel sağlık durumunun iyi olduğu tespit edilmiştir.

Hall et al. (2001), hekime güven ölçeğinde alınan yüksek puanların, hastaların hekimlerini sevmediklerini kabul etmek istememelerine neden olduğunu, çünkü hekimleri bunu fark ettiklerinde aldıkları sağlık hizmetlerinin etkileneceğinden endişe duyacaklarını öne sürmüştür. Karsavuran vd. (2011)'nin yaptıkları "Hasta-Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği" isimli çalışmalarında hastaların hekimlerine güven ortalamasını $4,05 \pm 0,87$ puan bulmuşlardır. Bu çalışmada ise Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Ölçeği genel puan ortalaması $3,5 \pm 0,618$ bulunmuştur. Puan farkının farklı birimlerde farklı tarihlerde yapılmış olması ve sağlıkta kalite standartlarının günümüzde daha ileri seviyede olması, dolayısıyla yeni dönem tıp fakültesi mezunu hekimlerin kalite standartlarına daha uygun hareket etmelerinden kaynaklandığı söylenebilir. Acil servislere başvuran hastalar genellikle yoğunluk ve eksik personel nedeniyle istedikleri hizmeti alamayabilirler. Yoğunluk nedeniyle hekimlerin fazla zaman ayıramaması hastalarda tedaviye yönelik, dolayısıyla hekime yönelik güveni olumsuz yönde etkileyebilir.

Gezergün vd. (2006), Gülcemal ve Kekli (2016), Kim et al. (2018) ve Deniz ve Çimen (2021) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile hekime güven ölçeği arasında anlamlı fark saptamamışlardır. Bu çalışmada da cinsiyete göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Bu bakımdan sonuçlarımız diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Literatürde kullandığımız ölçeğe benzer çalışmaya rastlanmadığından alt boyutlar açısından karşılaştırma yapılamamıştır.

Birçok çalışmada bazı sosyodemografik özelliklerin insanların tıbbi bakım kalitesine ilişkin beklentileri, memnuniyetleri ve algılarını önemli ölçüde etkileyebildiği, bazı çalışmalarda ise anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (Campbell et al., 2001; Kong et al., 2007; Van Ryn and Burke, 2000). Hasta-hekim ilişkisini ve iletişim kalitesini hastaların değerlendirdiği benzer bazı araştırmalarda, yaşlı hastaların değerlendirme puanlarının daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi yüksek

genç hastaların ise daha eleştirel olduğu ve daha düşük puanlar verdiği görülmüştür. (Campbell et al., 2001; Abadel and Hattab, 2014). Karsavuran vd. (2011)'nin yaptıkları çalışmada 55 yaş üstü hastaların güven düzeylerinin daha yüksek olduğu, en düşük güven düzeyinin ise 26-35 yaş arasında olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada ise yaşa göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” ($p=0,000$) alt boyutunda ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven ölçeğinde ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). 20 yaş ve altı grubun, diğer yaş gruplarına göre “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyutu ve “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven” genel puanının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 21-30 yaş grubunun da daha yüksek yaş gruplarına göre, “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyutu ve “Hasta-Hekim İlişkisinde Güven” genel puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karsavuran vd. (2011)'nin yaptıkları çalışmaya kıyasla bizim çalışmamızdaki daha küçük yaş grubunun daha yüksek puan almasının nedeni olarak söz konusu çalışmanın daha eski olması ve sağlıkta dönüşüm ve kalite standartlarının günümüzde daha yüksek olması ve bu nedenle de genç yaştaki grubun bahsi geçen sağlıkta dönüşüm ve kalite standartlarını daha iyi algıladıklarından kaynaklı olabileceği söylenebilir. Bunun yanı sıra genç hastaların hastane deneyimlerinin düşük olması da güven puan ortalamasının yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Karsavuran vd. (2011)'nin yaptıkları çalışmada evli ve dul/ayrı hastaların ortalama puanlarını bekar hastaların ortalama puanlarından daha yüksek saptamışlardır. Kiriş (2021) “Hasta-hekim güven iletişiminin ve öz yeterliliğin tedaviye uyuma etkisi” isimli çalışmasında medeni duruma göre hekim-hasta güven iletişiminde anlamlı bir fark saptamamıştır. Bizim çalışmamızda medeni duruma göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” ($p=0,008$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre bekar bireylerin “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyut puanları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bekar hastaların daha genç olabilecekleri düşünüldüğünde, hastane deneyimlerinin düşük olabileceği ve çalışmamızda genç hastaların puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünüldüğünde puan ortalamalarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Karsavuran vd. (2011)'nin yaptıkları çalışmada ilkokul ve ortaokul mezunlarının hekime güven ortalama puanlarının lise ve lisans ve üstü mezunlarının ortalama puanlarından daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bazı çalışmalarda düşük eğitilmiş hastaların hekimlerine daha fazla güvendikleri ve onların önerilerine uyma konusunda daha istekli oldukları saptanmıştır (Anderson and Dedrick, 1990; O'Malley et al., 2004; Trachtenberg et al., 2005). Bu çalışmada ise eğitim düzeyine göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; "Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven" ($p=0,005$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre; ilköğretim mezunlarının, daha ileri eğitim düzeyine sahip gruplara göre "Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven" alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesinin artması hastaların hekimlerine olan güvenini düşük de olsa azaltabilmektedir. Çünkü eğitim seviyesi artan toplumlarda hastalar daha fazla öğrenme, daha fazla haklarını arama ve dolayısıyla daha fazla sorgulama yoluna başvururlar.

Hekimlerin iletişimsel niteliklerinin değerlendirilmesinde hastaların ekonomik düzeyinin minimal düzeyde etkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. (Campbell et al., 2001; Van Ryn and Burke, 2000). Bizim çalışmamızda gelir düzeyine göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; "Hekimin Kararına Güven" ($p=0,043$) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre; geliri giderine eşit olan grubun, geliri giderinden az olan gruba göre "Hekimin Kararına Güven" alt boyut puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların gelir durumları hastane ve hekim tercihlerini etkileyebilmektedir. Gelir durumu yüksek veya orta olan hastaların aldıkları hizmetten beklentileri farklılaşabilir. Fakat daha düşük gelirli hastaların sağlık güvencelerinin kapsamı sınırlı olduğundan, alternatif sağlık hizmeti kuruluşlarına başvurma durumları bulunmamakta dolayısıyla gittikleri sağlık kuruluşunda verilen hizmet ile yetinmek durumundadırlar.

Murphy et al. (2001) 1996-1999 yılları arasında gerçekleştirdiği ve aynı hekim tarafından muayene edilen yaklaşık 2400 hastayı kapsayan çalışmada, hekim-hasta iletişim süresinin artmasına karşın hastaların hekime olan güveninin azaldığını saptamıştır. Çünkü bu çalışmada hastalar hekimlerin işlerinden daha fazla ücret almasından endişe duyuyorlardı. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastaneye gitme sıklığına göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği ve alt boyutları

değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” ($p=0,004$) alt boyutunda ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven ölçeğinde ($p=0,015$) istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre; altı ayda bir hastaneye giden grubun, ayda bir giden gruba göre “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” alt boyutu ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven genel puanının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişiminin ölçek ve alt boyutları sağlık tesisi tercihinin göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlardan yola çıkarak hastaların benzer nedenlerle (özellikle kronik hastalığı olan hastalar) hastaneye daha sık başvurduğu ve aldıkları hizmetten memnun kalmadıkları, bu durumun da hekim-hasta güveninde düşüşe neden olduğu söylenebilir. Bununla beraber hastane tercihi mesafe, gelir durumu, önceki deneyim vb. nedenlerle ilgili olabilir.

Genel sağlık durumuna göre hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; “Hekimin Sağlık Bakım Davranışlarına Güven” ($p=0,001$), “Hekimin Kararlarına Güven” ($p=0,000$), “Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven” ($p=0,000$) alt boyutunda ve Hasta-Hekim İlişkisinde Güven ölçeğinde ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuçlara göre; sağlık durumu iyi olanların tüm alt boyutlarda güven düzeyleri ve ölçek genelinde puanları, sağlık durumu orta düzeyde olanlara göre yüksek bulunmuştur. Hastaların hekimler tarafından uygulanan tedavi yöntemlerinden olumlu bir sonuç alamaması, hekime olan güveni olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle aynı sorun nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmak ve olumlu bir sonuç alamamak, hekimlere olan güveni daha fazla olumsuz yönde etkileyebilir. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların puanlarının yüksek olması, hastanelere tedavi amacıyla çok fazla gitmemesiyle ilişkili olabilir.

Kişilerarası ilişkilerde güven geliştirmek için zamana ve tekrarlayan etkileşime ihtiyaç vardır. Kısa sürede ve yetersiz yapılan tetkikler hekim ve hasta arasındaki yakınlığın gelişmesine yeterli zamanı sağlamamaktadır. Hizmetin sürekliliği ayrıca hastalara kişilerarası güvenlerini geliştirmeleri için bolca zaman verir. Sürekliliğin artırılması hekim-hasta ilişkisini arttırabilir ve hastaların hekimlerine olan güven düzeyini yükseltebilir.

Mevcut literatür, hastalara verilen daha iyi ve etkili bir tedavi için hekim-hasta ilişkisinde güven ve iletişimin önemini göstermektedir. Güven, inşa edilmesi ve

kazanılması gereken bir kavramdır ve iyi iletişim becerilerine sahip olmak, hekim ve hasta arasında bu güvenin oluşturulmasına yardımcı olur. Kanıtlar, hasta merkezli bir yaklaşımla güven ve iletişimin, hastaların sağlık tesisinde kendilerine sunulan hizmetlerden memnun kalmasıyla hasta sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Bu, tedaviye daha iyi uyum ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin daha iyi algılanması ile ilişkilidir. Hekim-hasta ilişkisinde güven ve iletişimin önemi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından belirleyici unsurlardır. Düzenli hasta memnuniyeti anketleri yapmak ve bu konuda daha fazla araştırma yapmak, sağlık tesislerinin hizmetlerini değerlendirmelerine ve hizmetlerini iyileştirmeye yönelik stratejik planlamalarına yardımcı olacaktır.

B. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma sonucunda:

- Ölçek skorları göz önüne alındığında çalışma kapsamındaki hastaların hekimlerine güven düzeylerinin yüksek olduğu,
- Çalışma kapsamındaki genç yaş aralığında, bekar, hastaneye daha az giden ve sağlık durumunu iyi olarak belirten hastaların hekimlere güvenlerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışma sonucunda elde edilen yüksek skorların hekimlerin iletişim yeteneklerinin yüksek olmasının yanı sıra, sağlıkta dönüşüm ve kalite çalışmalarının hekim-hasta iletişimini pozitif yönde etkilemesiyle hekim-hasta arasındaki güveni de pozitif yönde etkilediği söylenebilir.

Hekim-hasta görüşmesinde iletişim yönetimi hekimin sorumluluğunda olmakla birlikte hem hekimlerin hem hastaların iletişim becerilerinin kalitesi ile hastaların sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi içerebilecek çok merkezli çalışmalar mevcut durumun belirlenmesi yararlı olacaktır. Bununla birlikte; bir ekip işi olan bakım ve tedavi hizmetlerinin vazgeçilmez unsuru olan hekim dışı sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimde güven ilişkisi de önem arz etmekte ve bu konuda da araştırma yapılması, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarındaki hekim-hasta iletişimindeki güven ilişkisi düzeyinin araştırılması, farklı birim ve hastanelerde

yapılacak çalışmalarda sosyodemografik özelliklere göre güven iletişiminde anlamlı farklılığın araştırılması da yararlı olacaktır.

VI. KAYNAKLAR

KİTAPLAR

- ALPAR, R. (2013). **Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler**. Ankara: Detay Yayıncılık.
- AZİZ, A. (2012). **İletişime Giriş**. Hiperlink Yayınları.
- BRIDGE, B. (2003). **Okulda iletişim**, Beyaz Yayınları.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2007). **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**, Ankara: Pegem A Yayıncılık
- CÜCELOĞLU D. (2002). **İletişim Donanımları**, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- CÜCELOĞLU, D. (2000). **İyi Düşün Doğru Karar Ver**. Sistem Yayıncılık.
- CÜCELOĞLU, D. (2005). **Yeniden insan insana**. Remzi Kitabevi.
- ÇINARLI, İ. (2008). **Sağlık İletişimi ve Medya**. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- ÇIRAKLI, Ü. ve GÖZLÜ, K. (2019). Hekim- hasta, hasta-hastane ilişkileri. İçinde ÖZER, Ö. ve ŞANTAŞ, F. (Eds.), **Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık** (ss. 45-70), Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti.
- ÇUBUKÇU, İ. KÜÇÜK, O., SANCAR, C., KORUCUK, S. (2016). **İletişim**. (Ed.), Ekin Basım Yayın.
- DÖKMEN, Ü. (2010). **Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çalışmaları ve Empati**. (43. Baskı). Remzi Kitabevi.
- ELK, R. and LANDRINE, H. (2012). **Cancer Disparities: Causes and Evidence-Based Solution**, New York.: Springer Pub.
- EREN, E. (2015). **Örgütsel Davranış Ve Yönetim Psikolojisi**. Beta Yayıncılık.
- ERGİN, A. (2011). **Sağlık Hizmetlerinde İletişim**. Anı Yayıncılık.
- ERTÜRK, M. (2013). **İşletmelerde Yönetim Ve Organizasyon**. Beta Yayıncılık
- FİDAN, M. (2009). **İletişim kurmak istiyorum**. Tablet Kitabevi.

- GORDON, T. and EDWARDS W. S. (2001). **Doktor Hasta İş Birliği**. Sistem Yayıncılık.
- GORDON, T. and EDWARDS, W. S. (2014). **Hasta ve Hekim İletişimi**. Çev. O. Aytolu. İstanbul: Profil Yayıncılık.
- GÜLER, D. (1991). **Eğitim İletişimi Kurumu Olarak Çocuk Televizyonu ve Uygulamaları ile Bir Model Önerisi**. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- GÜNEY, S. (2009). **Davranış Bilimleri**. Nobel Yayıncılık.
- GÜRGEN, H. (1997). **Örgütlerde İletişim Kalitesi**. Der Yayınları.
- GÜRÜZ, D. ve TEMEL EĞİNLİ, A. (2015). **Kişilerarası İletişim Bilgiler, Etkiler, Engeller**. Nobel Akademik Yayıncılık.
- GÜZELDEMİR, E. (2006). **Hasta Bilgilendirmenin Önemi, Aydınlatılmış Onam**, Karaman Tabip Odası, Konya.
- IŞIKHAN, V. (2016). Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu. M. Gülhan, Ü. Yılmaz, içinde, **Akciğer Kanserine Destek Tedavisi** (s. 366-391). TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 368.
- İLAL, E. (1989). **İletişim, Yıgınsal İletişim Araçları ve Toplum: Kavramlar, Kurumlar, Kuramlar**. Der Yayınları.
- KENNETH, D. M. (1999). **Öğretim Becerileri**. Nobel Yayınları.
- PARKER, J. C. and THORSON, E. (2009). **Health Communication in the New Media Landscape**. New York: Springer Publishing Company.
- PARSONS T. (1951). **The Social System**. London: Routledge and Kegan Paul.
- SCHIAVO, R. (2014). **Health Communication: From Theory to Practice**. John Wiley & Sons
- TAYFUN, R. (2014). **Etkili İletişim Ve Beden Dili**. (5. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- TERZİ, A. R. (2005). İletişim ve sosyal etkileşim. Y. Özden (Ed.), **Eğitim ve Okul Yöneticiliği**, (s.279-301). Pegem Yayıncılık.
- THOMAS, R. K. (2006). **Health Communication: USA**, Springer Science – Business Media Inc.

- TUTAR, H. ve YILMAZ, M.K. (2010). **Genel İletişim: Kavramlar ve Modeller**. (7.Baskı). Seçkin Yayıncılık.
- TUTAR, H. ve YILMAZ, M. K. (2013). **İletişim: Genel ve Örgütsel Boyutuyla**. Seçkin Yayıncılık.
- YÜKSEL, A. H. (2009). İletişim Kavram ve Tanımı. İçinde. Demiray, U. (Eds.). **Genel İletişim** (ss. 3-34). Ankara: Pegem Akademi.
- ZILLIOĞLU, M. (2009). İletişim kavramı ve tanımı. (Ed.), YÜKSEL, N.A. **İletişim Bilgisi**, (s. 1-20). Anadolu Üniversitesi Yayınları.

MAKALELER

- ABADEL, F. T. and HATTAB, A. S. (2014). "Patients' assessment of professionalism and communication skills of medical graduates". **BMC Med Educ**,14:28, 1-8.
- AKBOLAT, M. KAHRAMAN, G., ERİGÜÇ, G. ve SAĞLAM, H. (2015). "Sağlık Okuryazarlığının Hasta-Hekim İlişisine Etkisi: Sakarya İlinde Bir Araştırma". **TAF Prev Med Bull**, 15(4), 354-363.
- ANDERSON, L. and DEDRICK R.F. (1990). "Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient physician relationships". **Psychol Rep**, 67:1091-1100.
- ATICI, E. (2007). "Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar". **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 33(2), 91-96.
- ATİLLA, G. OKSAY, A. ve ERDEM, R. (2012). "Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma", **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, 43, 23-37.
- AYDIN, B. O. ve ŞAHİN E. (2018). "Hastanelerde hasta yakınları tarafından belirlenen iletişim engellerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi". **Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İletişim Fakültesi Süreli Elektronik Dergisi**, 46, 59-75.

- AYDIN, B. O. ve ŞAHİN, E. (2016). “Hastanede hasta ve hasta yakınları düzeyinde görülen iletişim problemlerinin çözümüne yönelik bir model önerisi”. **Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi**, 6(15), 64-94.
- AYTAÇ, Ö. ve KURTDAŞ, M. Ç. (2016). “Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”. **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 25(1), 231-250.
- BANERJEE, A. and SANYAL, D. (2012). “Dynamics of doctor–patient relationship: A crosssectional study on concordance, trust, and patientenablement”. **Journal of Family and Community Medicine**, 19(1), 12-19.
- BARTLETT, G., BLAIS, R., TAMBLYN, R., CLERMONT, R. J. and MACGIBBON, B. (2008). “Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings”, **CMAJ**, 178(12), 1555-62.
- BERRIOS, R. RICHARD, L. S., MARIA G. P., MICHAEL A. K., MARSHA N. R., NAMIETA, M. J. and DONALD, M. M. (2006). “Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus”. **Arthritis Rheumatol**, 55(3), 385–393.
- CAMPBELL, J. L., RAMSAY, J. and GREEN, J. (2001). “Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care”. **Qual Health Care**, 10(2), 90-95.
- CELEP, C. (1992). “İlkokullarda yönetici–öğretmen iletişimi”. **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 8, 301-316.
- CHANDRA, S., MOHAMMADNEZHAD, M. and WARD, P. (2018). “Trust and communication in a doctor- patient relationship: A literature review”. **Journal of Healthcare Communications**, 3(36), 1-6.
- CRONBACH, L. (1951). “Coefficient alpha and the internal structure of tests”. **Psychometrika**, 16, 297-334.
- ÇALAPKULU, Ç. ve ÇELENK, E. (2018). “Hasta-Hekim İlişkisi ve İletişimi: Sakarya Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği”. **International Journal of Social Science**, 1(2), 87-95.

- DENİZ, S. ve ÇİMEN, M. (2021). “Hekimlere güven düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma”. **Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 8(1), 10- 16.
- DERİN, N. ve DEMİREL, E. (2011). “Hastanelerde verimlilik artışı için hasta güvenliği uygulamaları ve hasta güvenliğinin sağlanmasında dönüşümcü liderliğin etkisi”. **Verimlilik Dergisi**, (3), 51-81.
- DONOVAN, E., LOVE, B., MACKERT, M., VANGELISTI A. and RING, D. (2017). “Health communication: a future direction for instructional communication research”. **Communication Education**, 66(4), 490-492.
- GEZERGÜN, A., ŞAHİN, B., TENGİLİMOĞLU, D., DEMİR, C. ve BAYER, E. (2006). “Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği”, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 6(1), 129-144.
- GÜLCEMAL, E. ve KEKLİK, B. (2016). “Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği”, **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 8(14), 65-69.
- GÜLDAL, D., YILDIRIM, E., KURUOĞLU, E., GÜNVAR, T. ve MEVSİM, V. (2012). “Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır?”. **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, 16(3), 107-112.
- GÜVEN, B. ve TAŞKIRAN B.H. (2019). “Sağlık iletişimde doktor – hasta ilişkisi modelleri ve ilişki taraflarının değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik bir araştırma”. **Uluslararası Halkla İlişkiler ve Reklam Çalışmaları Dergisi**, 2(1), 7-38.
- HA, J. F. and LONGNECKER, N. (2010). “Doctor-patient communication: a review”. **Ochsner Journal**, 10(1), 38-43.
- HALL, M. A., DUGAN, E., ZHENG, B. and MISHRA A.K. (2001). “Trust in Physicians and Medical Institutions: What is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?”. **Milbank Quarterly**, 79(4), 613-39.
- HÜLÜR, A. (2016). “Sağlık iletişimi, medya ve etik: bir sağlık haberinin analizi”. **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 14(1), 155-178.

- JAGOSH, J., BOUDREAU, J. D., STEINERT, Y., MACDONALD, M. E. and INGRAM, L. (2011). "The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship". **Patient Education and Counseling**, 85(3), 369-374.
- KARSAVURAN, S., KAYA, S. ve AKTURAN, S. (2011). "Hasta-hekim iletişimde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği". **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 14(2), 185-212.
- KIM, A.M., BAE, J, KANG, S, KIM, Y. Y. and LEE, J.S. (2018). "Patient Factors that affect Trust in Physicians: A Cross-Sectional Study", **BMC Family Practice**, 19:187, 1-8.
- KING, A. and HOPPE, R.B. (2013). "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review". **J Grad Med Educ**. 5(3), 385-393.
- KOCA, G.Ş. ve ERİĞÜÇ, G. (2021). "Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Hastaların Bakış Açısıyla Ölçmeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması", **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 19, 186-202
- KOCH, E. ve TURGUT, T. (2004). "Hasta-hekim ilişkisinin güncel sorunları ve kültürlerarası yönleri: Bir bakış". **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15(1), 64-69.
- KONG, M. C., CAMACHO, F. T., FELDMAN, S. R., ANDERSON, R. T. and BALKRISHNAN, R. (2007). "Correlates of patient satisfaction with physician visit: differences between elderly and non-elderly survey respondents". **Health Qual Life Outcomes**, 5(62), 1-6.
- KOWALSKI, C., NIETZSCHE, A., SCHEIBLER, F., STEFFEN, P., ALBERT, U. S. and PFAFF, H. (2009). "Breast cancer patients trust in physicians: the impact of patients perception of physicians' communication behaviours and hospital organizational climate". **Patient Education and Counseling**, 77(3), 344-348.
- KREPS, G. L. (2003). "Trends and directions in health communication research". **Medien & Kommunikationswissenschaft**, 51(2), 353-365.
- KURIHARA, H., MAENO, T. and MAENO, T. (2014). "Importance of physicians' attire: factors in influencing the impression it makes on patients, a cross-sectional study". **Asia Pacific Family Medicine**, 13(1), 1-7.

- MERCER, S. W., MCCONNACHIE, A., MAXWELL, M., HEANEY, D. and WATT, G.C. (2005). "Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice". **Family Practice**, 22(3), 328-334.
- MURPHY, J., CHANG, H., MONTGOMERY, J., ROGERS, W. H. and SAFRAN, D. G. (2001). "The quality of physician-patient relationships. patients' experiences 1996 to 1999". **J Fam Pract**, 50, 123-129.
- O'MALLEY, A. S. SHEPPARD, V. B., SCHWARTZ, M. and MANDELBLATT, J. (2004). "The role of trust in use of preventive services among low-income African American women". **Prev Med**, 38, 777-785.
- OGLE, J., BUSHNELL, J. A. and CAPUTI, P. (2013). "Empathy is related to clinical competence in medical care". **Medical Education**, 47(8), 824-831.
- OH, H. J. and LEE, B. (2012). "The Effect of computer-mediated social support in online communities on patient empowerment and doctor-patient communication", **Health Communication**, 27(1), 30-41.
- OSORIO, J. H. (2011). "Evolution and changes in the physician-patient relationship". **Colombia Médica**, 42(3), 401-405.
- ÖNAL, Ö., TAMAM, İ. ve EROĞLU, H. N. (2020). "Bir Tıp Fakültesi 4-5-6. Sınıf Öğrencilerinin Hasta-Hekim İlişkisinde Hasta Merkezliliğe Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler". **Medical Journal of Süleyman Demirel University**, 27(2), 201-208.
- ÖNGÖREN, B. (2017). "Hekim-Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim". **Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi**, (10), 57-69.
- ROTER, D. L., HALL, J. A. and KATZ, N. R. (1987). "Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. **Med Care**. 25(5), 437-451.
- SHERWOOD, A., BRINKMANN, J. and FATONE, S. (2018). "Review of benefits to practitioners of using good patient-practitioner communication", **Journal of Prosthetics and Orthotics**, 30(1), 5-12.

- SKIRBEKK, H., MIDDELTHON, A. L., HJORTDAHL, P. and FINSET, A. (2011). "Mandates of trust in the doctor–patient relationship". **Qualitative Health Research**, 21(9), 1183-1188.
- SOLMAZ, B. ve DUĞAN, Ö. (2018). "Sağlık Çalışanı İle Hasta Ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden" İletişim" Üzerine Bir İnceleme". **Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 18(2), 185-206.
- SÖYLET, Y. ve MENGÜ, S.Ç. (2011). "Doktorlara Yönelik İzlenim ve Tutum Oluşumunun; Yazılı Basında Doktorlara Yönelik Oluşturulan Söylem Bağlamında İrdelenmesi". **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi**, (40), 103-118.
- STOKES, T., DIXON-WOODS, M. and MCKINLEY, R. K. (2004). "Ending the doctor– patient relationship in general practice: a proposed model". **Family practice**, 21(5), 507-514.
- STREET, R. L. and HAIDET, P. (2011). "How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs". **Journal of general internal medicine**, 26(1), 21-27.
- TAŞCI, B. İ. (2013). "Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları". **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, 6(2), 25-36.
- TRACHTENBERG, F., DUGAN, E. and HALL, M. A. (2005). "How patients' trust relates to their involvement in medical care. trust in the medical profession is associated with greater willingness to seek care and follow recommendations". **J Fam Pract**, 54, 344-352.
- TURABIAN, J. L. (2019). "Doctor-Patient Relationships: A Puzzle of Fragmented Knowledge". **J Family Med Prim Care Open Access**, 3, 128, 1-7.
- VAN RYN, M. and BURKE, J. (2000). "The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients". **Soc Sci Med**, 50(6):813-28.
- YAĞBASAN, M. ve ÇAKAR, F. (2006). "Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması". **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 15, 609-629.

TEZLER

- DEMİRKAYA, Y. (2012). “Okul müdürlerinin çatışma yönetimi stratejileri ve iletişim tarzlarına yönelik öğretmen algıları”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- GENÇ, A. (2008). “Meslek liselerinde sınıf içi öğretmen – öğrenci iletişiminin öğrencilere göre algılanması”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- GÖZLÜ, K. (2018). “Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Aile sağlığı merkezleri örneği”. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- KİRİŞ, P. (2021). “Hasta-Hekim Güven İletişiminin ve Özyeterliliğin Tedaviye Uyuma Etkisi”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü.
- KORKMAZ, İ. D. (2017). “Sağlık İletişimi Kanser Hastaları İle Hekim İlişkisi”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- LEVENT, B. (2011). “Sınıf öğretmenlerinin kişilik özelliklerinin iletişim becerilerine etkisi”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- ŞAŞI, M. (2008). “Ortaöğretim kurumlarındaki öğretmen ve diğer personelin okul müdürleriyle iletişimlerinde karşılaştıkları yönetimsel sorunlar”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ŞİMŞEK, M. Y. (2019). “Üniversite öğrencilerinin iletişim becerileri ile dinleme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Kış Sporları ve Spor Bilimleri Enstitüsü.

TOMAÇ, S. (2009). “Anaokulu öğretmenlerinin iletişim becerileri açısından yöneticileri algılamaları”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

ÜNAL, Ö. (2016). “Hasta-hekim iletişiminin hastanın hekim bağlılığına etkisi”. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

İNTERNET KAYNAKLARI

BERRY, D. (2007). Health Communication: Theory and Practice, Buckingham: Open University Press.
<http://blogs.unpad.ac.id/teddykw/files/2012/06/HealthCommunication-Theory-and-Practice.pdf>, Erişim tarihi: 07.09.2022.

EKLER

Ek.1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.03.2022-42744



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-88083623-020-42744
Konu :Etik Onayı Hk.

01.03.2022

Sayın ALPER ABBAS ETGÜ

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 28.02.2022 tarihli ve 2022/03 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin KAZAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSP3Y796Z3 Pin Kodu : 67452

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Keş Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Hicran DEMİR
Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı



Ek.2. Kurum İzni

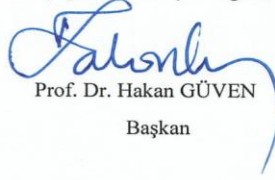
PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK) KARAR TUTANAĞI

Toplantı Tarihi: 29.04.2022

Toplantı No: 69

KARAR

Hastanemizde Veri Giriş Kontrol İşletmeni olarak göre yapan, aynı zamanda İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi Alper Abbas ETGÜ'nün "Hasta-Hekim İlişkinde Güven İletişimi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Acil Servis Örneği" isimli tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi oy birliği ile uygun görülmüştür.


Prof. Dr. Hakan GÜVEN
Başkan

Prof. Dr. Mine ADAŞ
Eğitim Koordinatörü



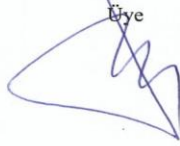
Prof. Dr. Namigar TURGUT
Üye



Prof. Dr. Veli MİHMANLI
Üye



Prof. Dr. Emin İrfan GÖKÇAY
Üye



Doç. Dr. Asım KALKAN
Üye



Doç. Dr. Adem KARBUZ
Üye



Belge Doğrulama Kodu: 62984c53-a766-4065-9068-0069c6c3cff7

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek.3. Ölçek Kullanım İzni

Re: ölçek hakkında

[Alper Etgü <alperetgu@gmail.com>](mailto:alperetgu@gmail.com)

31.01.2022 (Pzt) 11:54

Kime:Abdulkadir GÜÇLÜ <aguclu@aydin.edu.tr>;

9 Kas 2021 Sal, saat 09:24 tarihinde GÜLSÜM ŞEYMA KOCA <g.seymakoca@gmail.com> şunu yazdı:

Sayın Alper Etgü,

Akademik yazım kurallarına uygun bir şekilde referans/kaynak göstererek kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.
Sağlık ve esenlikle.

Arş.Gör. Gülsüm Şeyma KOCA
Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Beytepe-ANKARA
Tel : 0312 297 63 56 Dahili:121
Fax: 0 312 299 20 84
E-mail: g.seymakoca@gmail.com

Research Assistant Gülsüm Şeyma KOCA
Hacettepe University Faculty of Economics and Administrative Sciences, Dept. of Healthcare Management, Beytepe - ANKARA
Phone : +90 (312) 297 63 56/121
Fax : +90 (312) 297 63 59
E-mail: g.seymakoca@gmail.com

Gulsun Eriguc <geriguc@gmail.com>, 4 Kas 2021 Per, 19:11 tarihinde şunu yazdı:

----- Forwarded message -----

Gönderen: Alper Etgü <alperetgu@gmail.com>

Date: 3 Kas 2021 Çar 10:33

Subject: ölçek hakkında

To: <geriguc@hacettepe.edu.tr>

Sayın hocam,

Ben, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Yönetimi yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışmamda sizin tarafınızdan yapılmış olan "Hasta Hekim İlişkisinde Güven İletişimi" ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. Ayrıca ölçeğin son halini gönderebilerseniz sevinirim.

Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla

Ek.4. Anket Formu

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3- Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

3- Eğitim durumunuz: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlköğretim () Lise () Lisans ve Üzeri

4- Çalışma durumunuz: () Çalışıyor () Çalışmıyor

5- Mesleğiniz:

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ ÖLÇEĞİ

Ölçek Maddeleri	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hekimin Sağlık Bakım Davranışına Güven					
1-Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için her ne gerekiyorsa yaparlar.					
2-Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.					
3-Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirdir.					
4-Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.					
5-Benim hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.					
6-Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.					
7-Eğer hekimim bana bir şey söylerse, o doğrudur.					
8-Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır.					
Hekim Kararlarına Güven					
1-Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar					

aynı hekimini tercih ederim.					
2-Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söylemek konusunda tamamen dürüsttür.					
3-Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam					
4-Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim.					
5-Hekimim sağlığımı benim kadar çok önemser.					
6-Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.					
7-Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.					
Hekimin Hastanın Ödeme Durumuna İlişkin Davranışlarına Güven					
1-Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.					
2-Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.					
3-Hekimim sosyal güvencem masrafları karşılamasa da uygun tıbbi kararlar verir.					
4-Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.					

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Alper Abbas ETGÜ

ÖĞRENİM DURUMU:

Önlisans: İstanbul Aydın Üniversitesi Optisyenlik

İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği

Lisans: Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi

Yüksek Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Sağlık Yönetimi Bilim Dalı

MESLEKİ DENEYİM:

2012- 2016 Opmar Optik (Kurumsal Gözlük Firması)

2016- Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi (Ameliyathane, İdari

Birimler, Acil Servis, Göz Kliniği)