

T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



**KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL  
İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**DOKTORA TEZİ**

**İrfan ERTEKİN**  
**(Y1314.860003)**

**Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı**  
**Halkla İlişkiler ve Tanıtım Programı**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hülya YENĞİN**

**Nisan, 2017**





13/04/2017

T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
DOKTORA TEZ ONAY BELGESİ

Enstitümüz Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Doktora Programı Y1314.860003 numaralı öğrencisi İrfan ERTEKİN'in "KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI" adlı doktora tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 13/03/2017 tarih ve 2017/05 sayılı kararı ile oluşturulan jüri tarafından .*gözetilmiştir* ile Doktora tezi olarak .*kabul*.. edilmiştir.

	Unvan- Ad-Soyad	İmza
Danışman	Prof. Dr. Hülya YENĞİN	<i>[Signature]</i>
Üye (TİK)	Prof. Dr. Emine Özden CANKAYA	<i>[Signature]</i>
Üye (TİK)	Prof. Dr. Suat GEZGİN	<i>[Signature]</i>
Üye	Doç. Dr. Seher ER	<i>[Signature]</i>
Üye	Yrd. Doç. Dr. Deniz AKBULUT	<i>[Signature]</i>

Tezin Savunulduğu Tarih: 13/04/2017

Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Özer KANBUROĞLU

Enstitü Müdür Vekili



## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum "Kamu ve Özel Sektör Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel İletişim Çalışmalarının Karşılaştırılması" adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya'da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.( 13.04.2017)

**İrfan ERTEKİN**







*Doktora eğitimim sırasında  
bana güç veren canım oğlum ve çok sevdiğim eşime ithafen*





## ÖNSÖZ

Bu çalışmada, bireyler için anayasal bir hak olarak ifade edilen sağlık hizmetlerinin kamusal bir görev anlayışıyla yerine getirildiği kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık çalışanları açısından örgütsel iletişim algısı ile söz konusu sağlık kuruluşlarından başta kendi sağlık problemleri ile ilgili tanı ve tedavi olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinden yararlanmakta olan hastanelerin en geniş hedef kitlesi konumundaki hasta ve hasta yakınları açısından sağlık iletişimi algısı başta kuramsal olarak detaylı ele alınmış, gerek sağlık çalışanlarının gerek hasta ve hasta yakınlarının demografik özellikler ile bu algılamalar arasındaki ilişkiler elde edilen veriler ile bilimsel yöntem ve tekniklerle ortaya konulmuştur.

Çalışmada örgüt ve örgüt kuramları, iletişim ve iletişim kuramları, örgütsel iletişim ve örgütsel iletişim kuramları, sağlık ile ilgili temel kavramlar, sağlık iletişimi ve sağlık iletişim kuramları detaylı ele alınarak, örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi konularının kavranarak, içselleştirilmesi ve özümsemesi amaçlanmıştır. Bunun için çalışmaya başlamadan önce gerek ulusal gerek uluslararası olmak üzere oldukça geniş bir literatür araştırması yapılmıştır. Söz konusu araştırma konusu, Web of Science, ULAKBİM, Scopus gibi uluslararası indekslerde taranmış olup, örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi ile ilgili hem ulusal hem de uluslararası kitap, makale, bildiri, yüksek lisans ve doktora tezlerinden maksimum düzeyde yararlanılmaya çalışılarak, çalışmanın kaynakça bölümü geniş tutulmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın araştırma ile ilgili bölümü, Erzincan il merkezinde sağlık hizmeti vermekte olan T.C Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Erzincan Özel Neon Hastanesinde 600 katılımcı ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Araştırmada yapılan anket çalışması ile ilgili gerekli resmi izinler, uygulamanın yapıldığı söz konusu hastane başhekimliklerinden alınmış olup, anket çalışmaları bu yönde yürütülerek tamamlanmıştır. Araştırmada sağlık çalışanları açısından örgütsel iletişim ile sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınları açısından sağlık iletişimi olmak üzere iki ölçme aracından yararlanılmıştır. Araştırmada, gerçek uygulamaya geçmeden önce, 100 sağlık çalışanı ve 100 hasta ve hasta yakını olmak üzere toplam 200 katılımcı ile pilot çalışması yapılmıştır.

Araştırma sonunda elde edilen veriler ile her iki hastane, örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi açısından önce kendi içerisinde değerlendirilmiş, her iki hastane arasında karşılaştırma yapılmıştır. Çalışmanın amacı, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi ile akademik ve sektörel düzeyde ilgili tüm araştırmacılara, akademisyenlere, sağlık sektörü yöneticilerine ve temsilcilerine, bu konularda sağlık politika geliştiricilerine, her anlamda bir katkı sağlamaktır.

Bu vesileyle, tez çalışması süresince beni her konuda destekleyen ve katkılarıyla bana yol gösteren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hülya YENĞİN'e; tez izleme komitemde bulunan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Emine Özden CANKAYA ile Prof. Dr. Suat GEZGİN'e çok teşekkür ederim.

Ayrıca tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, değerli hocam Doç. Dr. Elgiz YILMAZ'a, tez çalışmasının araştırma uygulamasının gerçekleştirildiği, T.C Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimisi Yrd. Doç. Dr. Fatih ÖZÇİÇEK'e yürekten teşekkür ederim. Erzincan Özel Neon Hastanesi başhekimisi Dr. Ufuk AKTAŞ'a, her iki hastane çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına teşekkür ederim.

Doktoraya başlamam için beni cesaretlendiren ve bitirmem konusunda desteklerini esirgemeyen başta eşim olmak üzere tüm aileme ve dostlarıma teşekkür ederim.

**Nisan, 2017**

**İrfan ERTEKİN**



## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

ÖNSÖZ.....	ix
İÇİNDEKİLER .....	xi
KISALTMALAR .....	xv
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xvii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xix
ÖZET.....	xxi
ABSTRACT .....	xxv
<b>1 GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1 Çalışma Konusu.....	1
1.2 Tezin Amacı .....	10
1.3 Hipotez .....	11
<b>2 ÖRGÜTSEL İLETİŞİM İLE İLGİLİ KAVRAMSAL YAKLAŞIMLAR VE TANIMLAR .....</b>	<b>15</b>
2.1 İletişim Nedir? .....	15
2.1.1 İletişim süreci öğeleri ve işleyişi.....	16
2.1.2 İletişimin işlevleri.....	31
2.1.3 İletişim çeşitleri .....	34
2.2 Örgüt Nedir? .....	44
2.3 Örgüt Kuramları .....	44
2.3.1 Klasik örgüt kuramları .....	45
2.3.1.1 Frederic Winslow Taylor'un bilimsel yönetim kuramı.....	45
2.3.1.2 Max Weber'in bürokrasi kuramı.....	47
2.3.1.3 Henri Fayol'un yönetim ilkeleri kuramı .....	48
2.3.2 İnsan ilişkileri kuramları .....	49
2.3.2.1 Elton Mayo'nun Hawthorne araştırmaları .....	49
2.3.2.2 Douglas McGregor'un X-Y kuramı .....	51
2.3.2.3 Rensis Likert'in katılımcı yönetim kuramı .....	52
2.3.3 Modern örgüt kuramları .....	53
2.3.3.1 Herbert Simon'un karar alma kuramı .....	53
2.3.3.2 Joan Woodward'ın durumsallık kuramı.....	54
2.3.3.3 Daniel Katz ve Robert Kahn'ın sistem kuramı .....	54
2.3.3.4 Genel sistem kuramı.....	55
2.3.3.5 James E. Grunig ve T. Hunt'un Dört halkla ilişkiler örgüt kuramı	60
2.4 Örgütsel İletişim Nedir? .....	62
2.4.1 Örgütsel iletişimin tarihsel gelişimi .....	63
2.4.2 Örgütsel iletişimin kapsamı .....	65
2.4.3 Örgütsel iletişimin amaçları .....	67
2.4.4 Örgütsel iletişimin önemi.....	68
2.4.5 Örgütsel iletişimin özellikleri.....	69
2.4.6 Örgütsel iletişim modeli.....	70
2.4.7 Örgütsel iletişim kuramları .....	71

2.4.7.1	Aberg'in örgütsel iletişim kuramı .....	71
2.4.7.2	Goodman'ın örgütsel iletişim kuramı .....	72
2.4.7.3	Paul Argenti'nin örgütsel iletişim kuramı .....	73
2.4.7.4	Alan Belesan'ın örgütsel iletişim kuramı .....	75
2.4.7.5	Van Riel'in örgütsel iletişim kuramı .....	77
2.4.7.6	Joseph Cornelissen'in örgütsel iletişim kuramı .....	83
2.4.8	Örgütsel iletişim ağ modelleri .....	84
2.4.8.1	Merkezi model .....	84
2.4.8.2	Y modeli .....	85
2.4.8.3	Zincir modeli .....	85
2.4.8.4	Dairesel model .....	85
2.4.8.5	Serbest model .....	85
2.4.9	Örgütsel iletişim araçları .....	86
2.4.9.1	Geleneksel iletişim araçları .....	86
2.4.9.2	Web tabanlı iletişim araçları .....	92
2.5	Kamu ve Özel Sektör Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel İletişim ile İlgili Tanımlar .....	95
2.5.1	Genel iletişim süreci .....	95
2.5.1.1	Örgüt içi iletişim süreci .....	95
2.5.1.2	Örgüt dışı iletişim süreci .....	95
2.5.1.3	Stratejik planlama .....	95
2.5.1.4	Sosyal girişimcilik .....	96
2.5.1.5	Yönetim anlayışı (İtibar Yönetimi) .....	97
2.5.1.6	Sağlık felsefesi .....	97
<b>3</b>	<b>SAĞLIK İLETİŞİMİ İLE İLGİLİ KAVRAMSAL YAKLAŞIMLAR VE TANIMLAR .....</b>	<b>99</b>
3.1	Genel Kavramlar .....	99
3.1.1	Sağlık .....	99
3.1.2	Sağlık modelleri .....	101
3.1.3	Sağlık hakkı .....	102
3.1.4	Hasta ve hastalık .....	103
3.1.5	Sağlık iletişimi .....	104
3.1.5.1	Sağlık iletişimi tarihçesi ve gelişimi .....	108
3.1.5.2	Sağlık iletişimi araştırma alanları .....	110
3.1.5.3	Sağlık iletişiminin özellikleri (Önemi) .....	111
3.1.5.4	Sağlık iletişiminde hedef kitle .....	112
3.2	Sağlık İletişimi Kuram ve Modelleri .....	114
3.2.1	Sağlık Davranışı Kuramları .....	115
3.2.1.1	Sağlık inancı modeli .....	115
3.2.1.2	Akla dayalı eylem/nedene dayalı kuramı .....	117
3.2.1.3	Planlanmış davranış kuramı .....	118
3.2.1.4	Sosyal öğrenme kuramı (Social Cognitive Theory) .....	119
3.2.1.5	McGuire'in ikna modeli .....	121
3.2.1.6	Transteorik model ya da değişimin evreleri modeli .....	121
3.2.1.7	Yeniliklerin yayılması kuramı .....	122
3.2.2	Hekim-hasta iletişimi .....	124
3.2.2.1	Hekim-hasta iletişim modelleri .....	129
3.2.3	Sağlık iletişimi kampanyaları süreci .....	132
3.2.3.1	Sağlık iletişimi kampanyaları sürecinde kullanılan modeller .....	133

<b>4 KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: ERZİNCAN İLİ ÖRNEĞİ .....</b>	<b>139</b>
4.1 Yöntem .....	139
4.1.1 Problem .....	140
4.1.1.1 Alt problemler .....	140
4.1.2 Araştırmanın amacı .....	142
4.1.3 Araştırmanın önemi.....	142
4.1.4 Sayıtlılar .....	142
4.1.5 Araştırmanın sınırlılıkları.....	143
4.1.6 Araştırmanın örneklemei .....	143
4.1.7 Araştırmanın evreni.....	144
4.1.8 Veri toplama araçları.....	144
4.1.9 Veri toplama süreci .....	145
4.1.10 Veri analizi .....	146
4.1.11 Verilerle ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları.....	146
4.1.11.1 Örgütsel iletişim ölçeği .....	146
4.1.11.2 Sağlık iletişimi ölçeği.....	152
4.1.12 Bulgular ve değerlendirilmesi .....	157
4.1.12.1 Örgütsel iletişim ile elde edilen bulgular ve değerlendirilmesi ...	157
4.1.12.2 Sağlık iletişimi ile elde edilen bulgular ve değerlendirilmesi.....	174
<b>5 SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>209</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>229</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>243</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>283</b>



## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>Bkz</b>	: Bakınız
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>BPI</b>	: Bireysel Pazarlama İletişimi
<b>CDS</b>	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalıkları Önleme Merkezi)
<b>CEO</b>	: Chief Executive Officer (Yönetim Kurulu Başkanı)
<b>CIS</b>	: Cancer Information Service (Kanser Enformasyon Servisi)
<b>Çev</b>	: Çeviren
<b>ĐİE</b>	: Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>Diğ</b>	: Diğerleri
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>EBYS</b>	: Elektronik Belge Yönetim Sistemi
<b>Ed</b>	: Editör
<b>FTR</b>	: Fizik Tedavi Rehabilitasyon
<b>H</b>	: Hipotez
<b>IMF</b>	: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
<b>IMC</b>	: Integrated Marketing Communication (Bütünleşik Pazarlama İletişimi)
<b>İKY</b>	: İnsan Kaynakları Yönetimi
<b>KBB</b>	: Kulak Burun Boğaz
<b>KİA</b>	: Kitle İletişim Araçları
<b>KİT</b>	: Kamu İktisadi Teşekkülleri
<b>MBWA</b>	: Management By Walking Around
<b>MEB</b>	: Milli Eğitim Bakanlığı
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>NAFTA</b>	: The North American Free Trade Agreement (Kuzey Amerika Ülkeleri Serbest Ticaret Anlaşması)
<b>ÖVD</b>	: Örgütsel Vatandaşlık Davranışı
<b>PR</b>	: Public Relation (Halkla İlişkiler)
<b>SBE</b>	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
<b>SDP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SPK</b>	: Sermaye Piyasası Kurulu
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>STÖ</b>	: Sivil Toplum Örgütleri
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TODAİE</b>	: Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurulu
<b>Vb</b>	: Ve Bunun Gibi
<b>Yy</b>	: Yüzyıl
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)





## ÇİZELGE LİSTESİ

### Sayfa

Çizelge 3.1: Hekim ve Hasta Merkezli Görüşme Teknikleri.....	128
Çizelge 4.1: Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	147
Çizelge 4.2: Uyum İndeks Değerleri .....	151
Çizelge 4.3: Güvenilirlik Analizleri.....	152
Çizelge 4.4: Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	153
Çizelge 4.5: Uyum İndeks Değerleri .....	156
Çizelge 4.6: Güvenilirlik Analizleri .....	156
Çizelge 4.7: Özel Neon Hastanesi ve Mengücek Gazi Hastanesinin Karşılaştırılması .....	158
Çizelge 4.8: Cinsiyete İlişkin Bulgular.....	159
Çizelge 4.9: Özel Neon Hastanesi Medeni Duruma İlişkin Bulgular.....	161
Çizelge 4.10: Mengücek Gazi Hastanesi Medeni Duruma İlişkin Bulgular .....	162
Çizelge 4.11: Özel Neon Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular .....	163
Çizelge 4.12: Mengücek Gazi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular .....	164
Çizelge 4.13: Özel Neon Hastanesine İlişkin Ünvan Değişkenine İlişkin Bulgular	166
Çizelge 4.14: Mengücek Gazi Hastanesine İlişkin Ünvan Değişkenine İlişkin Bulgular .....	167
Çizelge 4.15: Özel Neon Hastanesi Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular .	169
Çizelge 4.16: Mengücek Gazi Hastanesi Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular .....	170
Çizelge 4.17: Özel Neon Hastanesi Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular .	172
Çizelge 4.18: Mengücek Gazi Hastanesi Sağlık Alanında Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular .....	173
Çizelge 4.19: Neon Hastanesi ve Mengücek Gazi Hastanesinin Karşılaştırılması .	175
Çizelge 4.20: Cinsiyete İlişkin Bulgular.....	178
Çizelge 4.21: Özel Sigortalı Olma Durumuna İlişkin Bulgular .....	180
Çizelge 4.22: Hasta veya Hasta Yakını Olma Durumuna İlişkin Bulgular .....	182
Çizelge 4.23: Medeni Duruma İlişkin Bulgular .....	185
Çizelge 4.24: Özel Neon Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular .....	187
Çizelge 4.25: Mengücek Gazi Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular.....	188
Çizelge 4.26: Özel Neon Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeyine İlişkin Bulgular .....	191
Çizelge 4.27: Mengücek Gazi Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeyine İlişkin Bulgular .....	192
Çizelge 4.28: Özel Neon Hastanesine İlişkin Sosyal Güvence Değişkenine İlişkin Bulgular .....	195

<b>Çizelge 4.29:</b> Mengücek Gazi Hastanesine İlişkin Sosyal Güvence Değişkenine İlişkin Bulgular .....	197
<b>Çizelge 4.30:</b> Özel Neon Hastanesi Meslek Değişkenine İlişkin Bulgular .....	199
<b>Çizelge 4.31:</b> Mengücek Gazi Hastanesine Meslek Değişkenine İlişkin Bulgular ..	201
<b>Çizelge 4.32:</b> Özel Neon Hastanesi Tedavi Olunan Poliklinik Değişkenine İlişkin Bulgular.....	203
<b>Çizelge 4.33:</b> Mengücek Gazi Hastanesi Tedavi Olunan Poliklinik Değişkenine İlişkin Bulgular .....	205



## ŞEKİL LİSTESİ

### Sayfa

Şekil 2.1: Temel İletişim Süreci Öğeleri .....	16
Şekil 2.2: Kaynak ve Mesaj İlişkisi .....	18
Şekil 2.3: Mesaj Kabulünde Zaman ile Kaynak Güvenirliği İlişkisi.....	22
Şekil 2.4: Lasswell Formülü ile Geri bildirim ve İleri Besleme Süreci.....	27
Şekil 2.5: Hedef ile Mesaj Arasındaki İlişki.....	30
Şekil 2.6: İletişim Çeşitleri .....	34
Şekil 2.7: Joharry Penceresi.....	39
Şekil 2.8: Örgüt Kuramları .....	45
Şekil 2.9: Açık Sistem .....	55
Şekil 2.10: Kapalı Sistem .....	56
Şekil 2.11: Kapalı Sistem .....	56
Şekil 2.12: Entropi .....	56
Şekil 2.13: Sistem İşleyişi .....	57
Şekil 2.14: Argenti'ye Göre Bütünsel Örgütsel İletişim Fonksiyonunun Örgütsel Yapılanma İçindeki Yeri .....	75
Şekil 2.15: Örgütsel İletişim Çelişen Değerler Yaklaşımı: Bakış Açıları ve Mesaj Yönelimleri.....	76
Şekil 2.16: Van Riel'in Örgütsel İletişim Modeli .....	78
Şekil 2.17: Girdi, Çıktı ve Etki Modeli .....	83
Şekil 2.18: Örgütsel İletişim Ağ Modelleri .....	84
Şekil 4.1: Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu .....	150
Şekil 4.2: Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu .....	155



## KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

### ÖZET

Bu çalışmada, örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi konusunda geliştirilen kuram, model ve yaklaşımlar detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu amaçla, örgüt ve örgüt kuramları, iletişim ve iletişim kuramları, örgütsel iletişim ve örgütsel iletişim kuramları, ayrıca sağlık ile ilgili temel kavramlar, sağlık iletişimi ve sağlık iletişimi kuramları ile ilgili kuramsal bilgilere ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Bireylerin yaşamları boyunca önemsedikleri sağlık problemlerinin çözüme kavuşturulması amacıyla başta tanı ve tedavi olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin verildiği kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında örgüt içi hedef kitle olarak da ifade edilen sağlık çalışanları açısından örgütsel iletişim algısı ve örgüt dışı hedef kitle olarak ifade edilen hasta ve hasta yakınları açısından sağlık iletişimi algısı ile gerek örgüt çalışanlarının gerek hasta gerekse hasta yakınlarının demografik özellikleri ile bu algılamalar arasındaki ilişkiler, elde edilen veriler ile bilimsel yöntem ve tekniklerle ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın araştırma bölümü, Erzincan il merkezinde sağlık hizmeti vermekte olan T. C. Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırması ile Erzincan Özel Neon Hastanesinde 300 örgütsel iletişim ve 300 sağlık iletişimi olmak üzere toplam 600 katılımcı ile yüz yüze gerçekleştirilmiş, anket çalışmaları 6 ay içerisinde tamamlanmıştır. Gerçek araştırma uygulamasına geçilmeden önce ise, araştırmanın sağlıklı ve verimli yürütülmesi amacıyla, 100 hastane çalışanı ve 100 hasta ve hasta yakını olmak üzere toplam 200 katılımcı ile örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi ölçme araçları ile ön test çalışması yapılmıştır.

Araştırmada yukarıda ifade edilen ilişkileri ortaya koymak amacı ile 29 maddelik beşli Likert-tipi örgütsel iletişim ölçeği ve 21 maddelik beşli Likert-tipi sağlık iletişim ölçme araçlarından yararlanılmıştır. Ampirik bir çalışma için verilerin analizi, SPSS 21.00 ve LISREL 9. 1 paket programları ile yapılarak araştırma ile ilgili istatistiksel sonuçlar ortaya konulmuştur. Elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada betimsel ve karşılaştırma yönteminden yararlanılmıştır. Çalışmanın temel problemi ve alt problemleri, çalışma öncesi ortaya konulan kuramsal ve araştırma hipotezleri ile belirlenmiş, hipotezler test edilerek ilgili sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmada örgütsel ve sağlık iletişimi ile ilgili şu kuramsal sonuçlara varılmıştır: Çalışma konusunun temel hareket noktası olan, gerek ulusal gerekse uluslararası önemi günden güne arttığı, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarının, oldukça önemli bir hedef kitlesi konumundaki hasta ve hasta yakınlarının almış oldukları sağlık hizmetlerindeki memnuniyetleri açısından, işleyişi, etkililiği ve verimliliği için örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi, çalışanlar ve hasta ve hasta yakınları tarafından

yeterince bilinmemektedir. Örgütsel iletişim sadece örgütler arasında gerçekleşen iletişim, sağlık iletişimi ise sadece hekim-hasta arasında gerçekleşen iletişim olarak algılanmaktadır. Geçmişten günümüze kadar gerçekleştirilen sayısızca sağlık reformu programlarında sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak için sağlık kuruluşlarındaki iletişim ve işleyişin sağlıklı yürütülmesinde, öneminin günden güne arttığına inanılan örgütsel iletişim ve sağlık iletişiminin önemi vurgulanmıştır. Ancak, bu konuda akademik ve sektörel anlamda hem kamu hem de özel sektör tarafında şu ana kadar yapılanların oldukça zayıf olduğu görülmüştür. Kamu hastanesindeki halkla ilişkiler birimi, özel hastanedeki halkla ilişkiler birimine göre faaliyetlerini biraz daha pasif olarak sürdürmektedir. Hasta ve hasta yakınları, bu konuda özel hastanedeki halkla ilişkiler birimindeki hizmetlerden memnun olduklarını sözlü olarak ifade etmişlerdir. Özel hastane, geniş hedef kitlelere ulaşmak için tanıtım ve reklam faaliyetlerini önemseyip yer verirken, kamu hastanesinde bunun oldukça zayıf olduğu görülmüştür.

Çalışmanın araştırma boyutunda örgütsel iletişim ile ilgili veriler "stratejik iletişim", "genel iletişim" ve "iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri" alt boyutları hastane türüne göre elde edilmiş, şu sonuçlara varılmıştır:

T.C Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Erzincan Özel Neon Hastanesi, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $t_{298}= 2,37$ ,  $p<.01$ ) hastane türüne göre anlamlı düzeyde farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için ortalamalar incelendiğinde Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının puan ortalamalarının ( $X= 8,36$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindeki puan ortalamalarının ( $X=7,50$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının, Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Buna karşılık, stratejik iletişim süreçleri alt boyutunda ( $t_{298}= 1,43$ ,  $p>.01$ ) ve genel iletişim süreçleri alt boyutunda ( $t_{298}= 1,50$ ,  $p>.01$ ) hastane türüne göre anlamlı farklılaşma olmadığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmanın araştırma boyutunda sağlık iletişimi ile ilgili veriler ise, "hekim-hasta iletişimi", "iş yoğunluğunun iletişime etkisi", "iletişimde etik unsurlar" ve "iletişime açıklık" alt boyutları ile hastane türüne (kamu-özel) göre ele alınmış şu sonuçlara varılmıştır:

T.C Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Erzincan Özel Neon Hastanelerinden sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{298}= 8,56$ ,  $p<.01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{298}= 3,78$ ,  $p<.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{298}= 4,31$ ,  $p<.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{298}= 6,63$ ,  $p<.01$ ) hastane türüne göre anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farklar incelendiğinde hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X= 17,33$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindeki puan ortalamalarının ( $X=14,16$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının hekim-hasta iletişiminin daha güçlü olduğu ve puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilebilir. İş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X= 20, 47$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindeki puan ortalamalarının ( $X=23,57$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve

hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve kamu hastanesinde iş yoğunluğunun iletişim üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu şeklinde değerlendirilebilir. İletişimde etik unsurlar alt boyutunda Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X= 14,36$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarının ( $X=16,21$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve kamu hastanesinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik iletişimde etik unsurların daha çok yaşandığı şeklinde değerlendirilebilir. İletişime açıklık alt boyutunda ise Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X= 14,74$ ); Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarının ise ( $X=10,06$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve özel hastanelerde iletişime açıklık algısının daha fazla olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** *Kamu, özel sektör, örgütsel iletişim, sağlık iletişimi, sağlık kuruluşu.*







## **COMPARISON OF ORGANIZATIONAL COMMUNICATION WORKS IN PUBLIC AND PRIVATE SECTOR HEALTHCARE INSTITUTIONS**

### **ABSTRACT**

In this study, the hypotheses, models, and approaches developed in the field of organizational and healthcare communication have been examined in detail. For this purpose, the concepts such as organization, organizational hypotheses, communication, communicational hypotheses, organizational communication, organizational communication hypotheses; the basic concepts on healthcare, communication in healthcare and the hypotheses on communication in healthcare have been included in the study in detail. For the purpose of resolving the healthcare problems that individuals care much about throughout their lives, the issues such as diagnosis and treatment of diseases, organizational communication perception in healthcare employees that are referred to as the target audience in public and private sector healthcare institutions where all healthcare services are provided, the perception of healthcare communication in relatives of patients, who are referred to as the target audience outside the organization, the relations among these perceptions and the demographical data of the employees of the organizations, and the patients and their relatives have been examined with scientific methods and techniques.

The research part of the study was conducted in R. T. Ministry of Health-Erzincan University, Mengücek Gazi Education and Research Hospital in the city center of Erzincan, and in Erzincan Private Neon Hospital with 600 participants 300 of whom were included in organizational communication and 300 of whom were included in healthcare communication. The questionnaire works were completed within 6 months. A pre-test application was performed with 100 hospital employees and 100 relatives of patients in order to conduct the study in a more accurate and productive manner before the actual application was started.

A 5-Point Likert Organizational Communication Scale consisting of 29 items were made use of to determine the abovementioned relations; and a 5-Point Likert Healthcare Communication Scale consisting of 21 items were also made use of in the study. The study data, which were obtained in an empirical manner, were analyzed in SPSS 21.00 and LISREL 9. 1 package programs, and the statistical results of the study were obtained. The reliability and validity studies of the data obtained in the study were performed with Explanatory and Confirmatory Factor Analyses. The descriptive and comparative methods were used in the study. The basic and sub-problems of the study were determined with the hypotheses before the study was started, and the hypotheses were tested in order to obtain the relevant results. The following results were obtained about the organizational and healthcare communication. It was determined that the importance of the study topic increased day by day both in national and international scale. It was also determined that the organizational communication and healthcare communication issues, which were

needed for satisfaction, functioning, activities and productivity in healthcare institutions, were not known by the employees and relatives of the patients, who are an important audience in public and private healthcare institutions. Organizational communication is perceived merely as the communication happening between the organizations; and the healthcare communication is perceived merely as the communication happening between the doctor and the patient. The issues of organizational and healthcare communication, which were believed to have an increasing importance, were emphasized in numerous Healthcare Reforms released throughout history until our present day to increase the quality of healthcare services and to regulate the communication and functioning in healthcare institutions. However, it was observed that the academic and sectoral studies and activities that were performed both in the public sector and in the private sector were inadequate. When the Public Relations Units in public hospitals are compared with their counterparts in Private Hospitals, the ones in Public Hospitals are observed to be more passive. The patients and their relatives stated verbally that they were satisfied with the public relations services in private hospitals. Private hospitals care for introductory and advertorial activities in order to reach the wider target audience, while public hospitals do not have adequate efforts on this topic.

In the research dimension of the study, the data on organizational communication were dealt with under the sub-dimensions of "strategic communication", "general communication" and "social activities intended for communication" according to the types of the hospitals (public-private); and the following results were obtained.

It was observed that the social activities sub-dimension results of the organizational communication in the healthcare staff working in R. T. Ministry of Health-Erzincan University, Mengücek Gazi Education and Research Hospital and Erzincan Private Neon Hospital differed at a significant level ( $t_{298}= 2,37, p<.01$ ) according to the types of the hospitals. In order to determine the source of the differences, the average values were examined and it was determined that the average point of the healthcare staff in Private Neon Hospital was  $X= 8,36$ ; and the average point of the healthcare staff working at Mengücek Gazi Hospital was  $X=7,50$ . These findings may be evaluated as the average points of the healthcare employees working at private hospitals are higher than those working at public hospitals at a significant level. On the other hand, it was determined that there was no significant differences in the strategic communication sub-dimension ( $t_{298}= 1,43, p>.01$ ), and in general communication sub-dimension ( $t_{298}= 1,50, p>.01$ ) according to hospital types.

On the research dimension of the study, the data on healthcare communication were examined under the titles like "doctor-patient communication", "the effect of intensive work on communication", "ethical elements in communication" and "being open to communication" according to hospital types (public-private), and the following results were obtained.

The healthcare communication average points of the patients who received healthcare services from R. T. Ministry of Health-Erzincan University, Mengücek Gazi Education and Research Hospital and Erzincan Private Neon Hospital did not differ significantly in the "doctor-patient communication" sub-dimension ( $t_{298}= 8,56, p<.01$ ), in the "effect of intensive work on communication" sub-dimension ( $t_{298}= 3,78, p<.01$ ), in the "ethical elements in communication sub-dimension" ( $t_{298}= 4,31, p<.01$ ) and in the "being open to communication" sub-dimensions ( $t_{298}= 6,63, p<.01$ ) according to hospital types.

When the differences between the average points were examined, it was observed that the average points of the patients and their relatives in Neon Hospital in "doctor-

patient” sub-dimension was  $X= 17,33$ ; and the average point of those in Mengücek Gazi Hospital was  $X=14,16$ .

These findings may be evaluated as the doctor-patient communication in Neon Hospital is stronger at a significant level. In the sub-dimension of “the effect of intensive work on communication sub-dimension”, it was observed that the average point of the patients and their relatives in Neon Hospital was  $X= 20, 47$ ; and that of the Mengücek Gazi Hospital was  $X=23,57$ . These findings may be evaluated as the average point of the patients and their relatives in Mengücek Gazi Hospital is higher at a significant level, and that the intensive work in a public hospital has a negative impact on the communication. In the “ethical elements in communication sub-dimension”, it was observed that the average point of the patients and their relatives in Neon Hospital is  $X= 14,36$ ; and that of the Mengücek Gazi Hospital was  $X=16,21$ . These findings may be evaluated as the average point of the patients and their relatives in Mengücek Gazi Hospital is higher at a significant level, and that the ethical elements about the communication with the patients and their relatives in public hospitals are observed more. In the “being open to communication” sub-dimension, it was observed that the average point of the patients and their relatives in Neon Hospital is  $X= 14,74$ ; and that of the Mengücek Gazi Hospital is  $X=10,06$ . These findings may be evaluated as the average point of the patients and their relatives in Neon Hospital is higher, and that the perception of “being open to communication” is more in private hospitals.

**Keywords:** *Public, private sector, organizational communication, healthcare communication, healthcare institution*



# 1 GİRİŞ

## 1.1 Çalışma Konusu

Mutlu insan olmanın en temel sağlayıcısı sağlıktır. Sağlık hayatımızın en temel taşıdır. Doğanın en kutsal varlıkları insanlar olarak, aldığımız her nefeste, attığımız her adımda, kısacası doğumdan ölüme kadarki her dönemde sağlık, değişmez ortak bir paydadır. Hayatımızda yaşadığımız her an, her saniye bu temel yapının içerisinde saklıdır. Bir yaşam boyu yaşanan, planlanan her detay bu gizemli paydaya göre hesaplanır. Bu yüzden, hastalık ve sağlık kavramları, insanların gündelik yaşamlarında her geçen gün önemli ivme kazanarak yer almaya devam etmektedir. Varlığımızı devam ettirdiğimiz, 21.yüzyılda küresel anlamda sağlık ve diğer alanlardaki gelişmelerle birlikte insanların gündelik ihtiyaçları da hem bir değişim hem de bir dönüşüm içerisine girmiştir. Özellikle 1980’li yıllarda neo-liberalizmin etkisiyle devletler büyük ekonomik çalkantılar ve krizlerle karşı karşıya kalmışlardır. İşsizliğin genel anlamda artması, gelir dağılımının bozularak insanların gelirlerindeki makasın her geçen gün açılması hem sosyal hem de ekonomik sorunları beraberinde getirmiştir (Keyder, 2007). Türkiye hem Asya hem de bir Avrupa ülkesi olarak bulunduğu coğrafi konumu nedeniyle küresel olarak dünyada yaşanan bu sorunları bire bir yaşamıştır.

1990’lı yıllarda popüler kültürün ön plana çıkması ile birlikte insanların para harcama ihtiyaçları büyük oranda artış göstermiştir. Ancak toplumun büyük çoğunluğunun bu ihtiyaçları karşılamakta ekonomik olarak güçlük çekmesi yaşanmakta olan sorunları derinleştirmiştir. Bu durum, hem dünya ülkelerinin hem de Türkiye’nin ekonomik imkânlar doğrultusunda gerçekleştirilebilecek sağlık alanındaki reformlarını da gözden geçirmelerine neden olmuştur. Bu gelişmeler doğrultusunda, Türkiye’de gerek kamuda gerek özel sektörde çalışmakta olan ücretlilerin sağlık giderlerini karşılamakta olan sosyal güvenlik kurumları olan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın bütçe açıkları günden güne artmaya başlamıştır. Özellikle herhangi bir sağlık güvencesi olmayan vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak üzere "Yeşil Kart" sistemine geçilmesi ülkenin sağlık giderlerine ayrılan

bütçesini önemli ve büyük oranda artırmıştır. Bu durum, yeni sağlık politikalarının gelişmesini ve dönüşmesini önemli ölçüde olumsuz etkilemiştir. Çünkü özellikle büyükşehirlerde nüfus yoğunluğuna bağlı olarak hasta sayısının fazla olması, yeterince yardımcı sağlık personelinin ve hekimin yeterli olmaması, sağlık hizmeti vermekte olan başta hastaneler olmak üzere birçok sağlık kuruluşunda yaşanan sağlık ekip ve donanımı eksikliklerinin verilen sağlık hizmeti kalitesini günden güne düşürmüştür. Ayrıca, bu yıllarda yaşanan sosyal güvenlik alanındaki aksaklıklar sağlık alanında yaşanan bu sorunları daha da artırmıştır. Bu anlamda, Türkiye 2000'li yıllara doğru IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası örgütlerden hem parasal hem de sosyal destekler almıştır (Sezgin, 2010). Ancak, alınan bu destekler sağlık alanında yaşanan sorunları çözmekte yetersiz kalmış, artık Türkiye, 21.yüzyıla girerken AB yolunda müzakerelerini derinleştiren bir ülke olarak sağlık politikalarını yeniden gözden geçirmek yeni sağlık reformlarına adım atmak ihtiyacı duymuştur. Çünkü sağlık sektörü, eğitim, yargı ve güvenlikte olduğu gibi bir ülkenin gelişmişliğinin en önemli göstergelerinden birisidir.

Tıp alanındaki gelişmeler, Türkiye'nin en çok karşılaştığı hastalıklar tablosunu değiştirmiştir. Artık bulaşıcı hastalıklarla (frengi, sıtma, çiçek, verem vb.) mücadele yerini kanser, bağışıklık sistemi hastalıklar ve kronik hastalıklarla mücadeleye bırakmıştır. Ancak, insanların yaşamlarında bir dönüm noktası olan bu hastalıklarla mücadele sağlık alanındaki maliyetleri doğal olarak artırmıştır. Sağlık alanındaki gelişmeler, medya ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler artık insanların daha uzun ve kaliteli yaşama, arzu ve isteklerini artırmıştır. Dolayısıyla vatandaşlar daha kaliteli sağlık hizmeti alma talebinde bulunmuşlar ve bu isteklerini ülke yönetimine talip yöneticilere ve siyasi örgütlere, demokratik bir hak ve özgürlük olarak iletmışlerdir.

1920'de kurulan Sağlık Bakanlığı (SB), sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bütün ülke geneline yaygınlaştırılması için birçok adım atmıştır. 1987 yılında tekrar "Genel Sağlık Sigortası" sistemine geçiş istenmiş ancak bir türlü sisteme geçilememiştir. Aynı yıl "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. 1990 DPT tarafından kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları ile ilgili master planı hazırlanmış olup, bu bağlamda 1992 yılında 1.Ulusal Sağlık Kongresi, 1993 yılında 2.Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış bu toplantılarda yeni sağlık politikalarının değişimi ve dönüşümünün yol haritası çıkarılmıştır. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özertleştirilmesi hedeflenmiş ancak bu hedefler gerçekleştirilememiştir (SB, 2003).

Sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin amacı olmamıştır. Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde de sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak için yapılan çalışmalar her zaman ön planda olmuştur. Çünkü siyasi partilerin seçim kazanmalarında sağlık politikalarının her zaman etkisi olmuştur. Bu anlamda, gerek ülkemizde gerek diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan seçim kampanyalarında sağlık hizmetlerindeki kalitenin artırılmasına yönelik konular her zaman göz önüne alınmıştır. Çünkü sağlık hizmeti eğitim hizmetinde olduğu gibi toplumun büyük çoğunluğuna yapılan bir kamu hizmetidir. Sağlık hizmetinin hedef kitlesi halkın ya da kamunun büyük çoğunluğudur. Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak için Cumhuriyetin kuruluşundan 2000’li yıllara kadar sağlık alanında yapılmış birçok yasal düzenlemelere rağmen vatandaşların 21.yüzyıla girerken, oldukça önemli bir kamu hizmeti olan sağlık alanındaki hizmetlerden memnun olduğu söylenemez. Gerçi tüm dünyada sağlık alanındaki hizmetlerin mükemmel olduğu bir ülke yoktur. Mutlaka gelişmiş ülkelerde de sağlık sorunları tam haliyle çözüme kavuşturulamamıştır. Çünkü sağlık hizmeti maliyeti oldukça yüksek bir kamu hizmetidir. Sadece tek başına ekonomik doyuma yeterli değildir. Sağlık hizmeti aynı zamanda alanında yetişmiş insan gücüne ihtiyaç duyulan bir hizmettir. Bir ülkede, diğer disiplinlerde olduğu gibi sağlık alanındaki başarılarından söz etmek için siyasi istikrar oldukça önemlidir. Bu anlamda Türkiye’de 2002 yılında yapılan genel seçimlerde siyasal iktidarın tek elde toplanması, sağlık alanındaki gelişmelerde yeni bir dönemin başlangıcı olarak değerlendirilebilir.

Türkiye’de siyasal iktidarın tek elde toplanması ile vatandaşların kamu veya özel sektör sağlık kuruluşlarında almış oldukları hizmet kalitesini, AB standartlarına getirmek için temelde sağlıkta yapısal reform hareketi başlatılmıştır. Bu yapısal reform hareketinin birinci ayağını "Sosyal Güvenlik" alanında yapılacak değişim ve dönüşüm çalışmaları oluşturmaktadır. İkinci ayağını ise "Sağlıkta Dönüşüm" ile ilgili çalışmalar oluşturmaktadır. Bu reform hareketinin "Sosyal Güvenlik Kuruluşları" boyutunda, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı 2006 yılında çıkan bir yasayla Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (SGK) adı altında birleştirilmiştir (SGK, 2013a). Bu anlamda 2008 yılında çıkan bir yasayla Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmiştir (SGK, 2013b). Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak üzere oluşturulan "Yeşil Kart Sistemi" 1 Ocak 2012 tarihinden

itibaren Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmış olup, 2008 yılında Sosyal Güvenlik alanında başlatılan reform hareketi tamamlanmıştır.

SDP projesinin başlatıldığı 2003 yılında Türkiye nüfusu, yaklaşık 68 milyonla dünyanın en kalabalık 20 ülkesinden birisidir. Nüfusun %30'u 15,yaklaşık %11'i 5 yaş altındadır. Türkiye, yaklaşık 18 milyona yakın yaşları 15-49 arasında kadın nüfusa (%38) sahip bir ülke olarak doğurganlığı yüksek düzeyde olan bir ülke imajı vermektedir. Türkiye'nin bu görüntüsüyle genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip bir ülke olduğu söylenebilir. Türkiye'nin, 2003 yılında gelirlerinin eşit olduğu diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında sağlık sektörü açısından çok parlak bir görüntü verdiği söylenemez. Bu yıllarda, özellikle göze çarpan yüksek düzeyde anne ve bebek ölüm oranlarındaki artıştır. Sağlık alanındaki ilk acil eylem planının amacı, erken yaştaki anne ve bebek ölümlerinin önüne geçmektir (SB, 2003).

Genel anlamda sağlık hizmetleri karmaşık bir yapıdır. Çünkü içerisinde bir paydaşı olan bir alandır. Sağlık hizmetleri, bir ülkede bir bütünlük içerisinde verilen bir hizmet olarak düşünüldüğünde, sağlık alanında bir "Stratejik Yönetim" eksikliğinden söz etmek yanlış olmaz. Çünkü bakanlık 2002'li yıllara kadar sağlık hizmeti vermekte olan başta SSK Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Kurum Hastaneleri ve diğer özel sektör sağlık kuruluşlarındaki koordinasyonu sağlayamamıştır. Bu durum, sağlıkta çok başlı bir yönetim anlayışını beraberinde getirmiştir. 2003 yılında uygulamaya konulan SDP projesinin ilk amacı yukarıda söz edilen sağlıkta çok başlı yönetim anlayışından acilen vaz geçerek, kamuda sağlık hizmeti vermekte olan kurum ve kuruluşları sağlık bakanlığı bünyesine katmaktır. Bu amaçla ilk çalışma olarak tüm SSK hastaneleri ve diğer kurum hastaneleri sağlık bakanlığına devir-teslim edilmiştir.

2000'li yıllara girilirken sağlık alanındaki en önemli sorunlardan biride finansman sorunudur. Devlet bir taraftan sağlık giderlerini finanse ederken, bir taraftan da sağlık hizmetini yerine getirmek için çaba sarf etmektedir. Bu durum devletin sağlık harcamalarına olan bütçesinin büyük oranda sağlık hizmetlerine ayrılmasını mecbur kılmaktadır. Diğer taraftan da SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık giderlerini karşılayamaz durumda olması, devletin sürekli bütçe açığı vererek, yaşanmakta olan ciddi finansman eksikliklerinin giderilmesi için IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlardan uzun vadeli kredi kullanmasına neden olmaktadır. Bu durum, ülkeyi sürekli borç ödeyen, yabancı kuruluşlara



bağımlı kılan, ekonomik, sosyal ve sağlık politikalarının sürdürülebilirliğini imkânsız hale getirmektedir. Bu önemli sorunların altında bu yıllarda sağlıklı bir veri setinin olmaması yatmaktadır. Türkiye’de genel bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan pay, OECD ülkelerinin oldukça altındadır. Ancak, kişisel sağlık harcamalarının ise yine OECD ülkelerinin üstünde olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’de bu yıllarda (2000), çalışan sigortalı kişi sayısı bile tam olarak bilinmemektedir. Bu oldukça önemli bir eksikliktir. Çünkü bir kişiye ne kadar sağlık harcamasının yapıldığının bilinmemesi, kayıt altına alınmaması, ileriye dönük projeksiyon yapma ve uzun vadeli planlama yapmayı ortadan kaldırmaktadır. 2003 yılında ortaya konulan SDP projesinin en önemli amaçlarından biri de bu eksikliklerin giderilerek tüm sağlık harcamalarının kayıt altına alınmasıdır (SB, 2000).

2000’li yıllara girilirken önemli bir diğer sorun, sağlık alanındaki insan kaynaklarının dengeli ve verimli kullanılmamasıdır. Özellikle hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personellerinin batıdaki şehirlerde yoğunlaşması göze çarpmaktadır. Oysa, başta Güney Doğu Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesindeki hekim ve sağlık personeli ihtiyacı her geçen gün artmaktadır. Başta hekimler, bu bölgelerde görev yapma eğiliminde değillerdir. Bu durum, bu bölgelerdeki sağlık hizmeti kalitesini günden güne azaltırken, ülkenin diğer bölgelerindeki sağlık hizmet kalitesi, uygulanan insan kaynaklarının dengeli dağıtılmaması sonucu farklılıklar göstermektedir. Diğer bir sorun, bakanlığa bağlı her birimin verilerini kendi örgüt içerisinde oluşturmasıdır. Oysa, merkezi bir veri ve otomasyon sistemine geçilmesi sağlık politikalarında hızlı ve sağlıklı karar almada oldukça önemlidir. Yine bu yıllarda Türkiye’nin bir ilaç politikasının olmaması oldukça önemli bir eksikliktir. Çünkü, sağlıklı bir ilaç veri setinin olmaması, kişi başına ne kadar ilaç tüketiminin yapıldığı konusunda bilgi kirliliğine sebep olmakta bu durum ileriye dönük ilaç tüketimi konusunda projeksiyon oluşturma ve planlama yapmayı imkânsız kılmaktadır. Akdağ ve Ünüvar (2002). SDP<sup>1</sup>, Türkiye’nin uzun projeksiyonunda temel sağlık politikalarının ve değişimlerinin yer aldığı bir programdır.

SDP’nin temel amaçları arasında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak

---

<sup>1</sup> SB tarafından, 2003 yılında sağlıkta ciddi yapısal reformların gerçekleştirilmesi amacıyla başlatılan bir programdır. Bu çalışma, reform olarak adlandırılmamıştır. Çünkü, sağlık reformu olarak adlandırılan sayısızca proje amaçlarına uygun tam anlamı ile gerçekleştirilememiştir. Bundan dolayı, bu proje SDP olarak adlandırılmıştır (SB, 2003).

sıralamak mümkündür.<sup>2</sup> Temel olarak, insan odaklı bir felsefeye sahip olan SDP; parçalı, heterojen ve adil olmayan bir sağlık finansman sisteminden, homojen ve adil yararlanma imkânı veren bir yapıya geçişi sağlamaktadır. Hizmet sunumu açısından ise, farklı toplum kesimlerine farklı hizmetler sunan parçalı yapı yerine toplumun tüm kesimlerine hakkaniyetli hizmet arzı sağlayan bir yapıya dönüşümü gerçekleştirmeyi hedeflemiştir. Bunların yanında tüm hizmet basamaklarında var olan alt yapı ve ekipman eksikliklerine odaklanılarak var olan yetersizlikleri giderme ve iyileştirme sağlama yönünde atılacak olan adımlar öncelenmiştir (Akdağ, 2010).

Roberts ve diğ. (2004)<sup>3</sup> ve arkadaşları tarafından dünya bankasının desteğiyle "Sağlık Reformu", geniş bir bakış açısı ile ele alınmış, ilk defa yeni geliştirilen kavramlar doğrultusunda sağlık reformu bilimsel olarak irdelenmiştir.

SB, 2003 yılında başlatmış olduğu SDP kapsamında yukarıda ifade edilen tüm bileşenleri doğrultusunda 2016 tarihi itibari ile şu programları gerçekleştirmiştir.

- a. Sürekli denetleyen ve projeksiyon yapan bir bakanlık teşkilatı kuruldu (bileşen a).
- b. Genel Sağlık Sigortasına geçildi (bileşen b).
- c. Tüm 1., 2.ve 3.sınıf basamak sağlık kuruluşlarına randevu sistemi ile erişim sağlandı (bileşen c).

---

<sup>2</sup> Etkililik, uygulanacak sağlık politikalarının halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacını ifade etmektedir.

Verimlilik, kaynakları uygun bir şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla üretilmesidir.

Hakkaniyet, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır (SB, 2000).

<sup>3</sup> **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması:** Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz: **Politika Döngüsü:** Bir reformcunun, sürecin her bir aşamasında başa çıkmak için hazırlıklı olması gereken anahtar görevlerin tanımlanması. **Etik Çerçeve:** Etik temeller aracılığıyla düşünmeye yardımcı olmak için hazırlanan etik teori kılavuzu. **Siyasi Analiz:** Siyaset, sağlık reformu döngüsünün her bir adımında önemlidir. Siyasi analiz erken aşamada ve genellikle proje döngüsü boyunca gerçekleştirilmelidir. **Teşhis Ağacı:** Sağlık sistemi teşhisine yönelik sistematik bir yaklaşım. **Performans Hedefi Formülasyonu:** Kaliteli bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi ile birlikte daha iyi performansa ulaşmak için bağımsız politikaların geliştirilmesine odaklanması. **"Sağlık sistemleri amaçlara varmak için araçlardır"** **Konsepti:** Etik çerçeve içerisinde, kaliteli sağlık hizmeti için gerekli hedeflerin belirlenmesidir (Akdağ, 2010).

- d.** Pratisyen hekimlik sisteminden aile hekimliği sistemine geçiş yapıldı. Artık her ailenin s¼rekli sağlık hizmeti aldığı bir aile hekimi oldu (bileşen d).
- e.** Hastanelerdeki hasta yoğunluğunu azaltmak için ¼nce 1.basamak sağlık kuruluşlarından sevk zinciri zorunlu hale getirildi. Artık vatandaş ilaç yazımı v. b sorunlarını kendi bağlı olduğu aile hekimi aracılığıyla öz¼me kavuşturacaktır (bileşen e).
- f.** Performans sistemine dayalı sağlık kuruluşlarına geçiş yapıldı. Artık hastaneler birer kâr ve zarar eden, finansmanını kendisinin sağladığı işletmelere d¼n¼řt¼r¼ld¼ (bileşen f).
- g.** Vatandaşlara daha kaliteli bir sağlık hizmeti için hizmet içi eğitim çalışmalarına ağırlık verildi (bileşen g).
- h.** Sistemi desteklemek için sağlık bakanlığı bünyesinde birçok eğitim ve araştırma hastanesi kuruldu. Amaç, bu hastanelerde tıp alanındaki akademisyenlerin yetişmesini sağlık bakanlığı bünyesinde gerçekleştirmek olup, hekim açığını kapatmak için tıp alanındaki gelişmeleri yaygınlaştırmaktır. (bileşen h).

Bu gelişmelerden başka, şehir hastaneleri kurarak, tüm sağlık birimlerinin bir arada yer aldığı sağlık kamp¼sleri oluşturılmaya başlanmıştır. Hastanelerde ¼zel tedavi sistemi ortadan kaldırılarak sağlıkta fırsat eşitliği amaç edinilmiştir. Hekimlerin hem kamuda hem ¼zel sektörde sağlık hizmeti vermelerinin ¼n¼ne geçilmiştir. Hastanelerde hem hastaların hem de hasta yakınlarının memnun olacağı tedbirler alınmıştır (Akdağ, 2008). Yine en ¼nemli reformlardan biri tüm hastaneler, yeni bir idare birimi olarak kamu hastaneleri genel sekreterliğine bağlanmışlardır.

T¼rkiye 21.Y¼zyıla yukarıda ifade edilen genel resimde hak ettiği yeri alması için, diğer siyasal, ekonomik ve k¼lt¼rel alanlardaki gelişmeleri sağlık alanında gerçekleştirdiği SDP ile talandırmayı amaç edinerek, vatandaşların AB standartlarında kaliteli bir sağlık hizmeti almalarının ¼n¼n¼ amayı hedeflemiştir.

SDP ile ilgili yapılan değerlendirme ve eleştirilerde programın uzun vadedeki projeksiyonunda bazı sakıncalarının da olduğu ileri s¼r¼lm¼řt¼r. 1982 anayasası "Devlet herkesin sağlık hizmetini sağlamakta g¼revlidir" ifadesiyle, vatandaşlar açısından oldukça ¼nemli bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin herhangi bir maddi bedel ¼denmeden alınmasını g¼vence altına almıştır (T¼rkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982). Ancak SDP kapsamında, yapılacak ¼zelleřtirme ve ¼zerkleřtirme çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin kamudan alınarak, ¼zel sektör sağlık

kuruluşlarına devredilme düşüncesi, anayasal bir hak olan sağlık hizmeti güvencesinin geleceği açısından sakıncalı bulunmaktadır. Yine, program dahilinde, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına yapılacak ödemelerin performansa dayalı yapılması, performans adına gereksiz sağlık harcamalarına neden olduğu açıktır. Bu durum, SDP'nin uzun projeksiyonda sürdürülebilirliğini, kamu maliyesi ve disiplini açısından tehlikeye sokacağı düşüncesidir (Başol 2015).

SDP çerçevesinde birçok yapısal reformlar gerçekleştirilmiştir. Ancak sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık kuruluşlarındaki sorunlarının aşılmasında hastanedeki bürokratik işleyişi doğrudan etkileyen "örgütsel iletişim" ile hastaların teşhis ve tedavisinde olmaz ise olmaz denilen "sağlık iletişimi" konusunda, SB'nin kurulduğu 1920'den günümüze kadar, gerek sayısızca sağlık hizmeti çalışmalarında, gerekse ciddi yapısal reformların gerçekleştirildiği SDP de, ciddi anlamda bu çalışmaların göz ardı edildiği görülmüştür. Diğer taraftan kamunun bilgilendirilmesi önemlidir. Grunig ve Hunt tarafından geliştirilen dört halkla ilişkiler modelinden biri olan kamuyu bilgilendirme modelinin uygulanabilirliği göz ardı edilmemelidir. Bu durumda günümüzde, ciddi bir kamu maliyesi ve disiplini gerektiren SDP çerçevesinde gerçekten yapılan başarılı yapısal değişiklik ve dönüşümlere rağmen, kamunun oldukça büyük bir kesimini oluşturan hasta ve hasta yakınlarının, gerek kamu ve gerek ise özel sektör sağlık kuruluşlarındaki teşhis ve tedavi sürelerince örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi konularında oldukça ciddi sorunlar yaşadığı görülmüştür.

Bu bağlamda, bu tez çalışmasında örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi konusunda geliştirilen kuram, model ve yaklaşımlar ele alınmış, örgüt içi hedef kitle denilen, sağlık hizmetinin verildiği kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında çalışanlar açısından örgütsel iletişim ile örgüt dışı hedef kitle olarak ifade edilen hasta ve hasta yakınları açısından sağlık iletişimi araştırma ve uygulama boyutunda ele alınmıştır. Uygulama Erzincan ili merkezinde sağlık hizmeti vermekte olan kamu ve özel hastanelerde gerçekleştirilmiştir.

Tez çalışması dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde "Giriş" (çalışma alanı, tezin amacı, literatür araştırması ve hipotez), ikinci bölümde "Örgütsel İletişim ile İlgili Kavramsal Yaklaşımlar ve Tanımlar", üçüncü bölümde "Sağlık İletişim ile İlgili Kavramsal Yaklaşımlar ve Tanımlar", dördüncü bölümde ise "Kamu ve Özel

Sektör Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel İletişim Çalışmalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma: Erzincan İli Örneği" şeklinde yer verilmiştir.

Tez çalışmasının genelinde *kurum* sözcüğü yerine *örgüt* sözcüğünün kullanılmasına azami ölçüde tercih edilmesinin gerekçeleri şunlardır;

**a.** *Örgüt* sözcüğü ortak bir amaç için bir araya gelmiş insanların, birimlerin ve hatta kurumlardan oluşan yapıyı en kapsamlı bir şekilde ifade eder.

**b.** *Örgüt* kavramı daha geneldir. Yapının en üstünde örgüt vardır. Oysa kurumlar zaman zaman örgütlerin altında organize olurlar.

**c.** Tez konumuzda üzerinde çalışacağımız sağlık kuruluşlarının hem kamu hem de özel sektörde hizmet eden *örgütler* olarak temel amaçları; hem sağlık hizmeti vermek hem de yüksek oranlarda kar elde etmektir. Oysa, bir kamu örgütü olan hastaneler devletin bir kurumu olarak algılandığından kâr elde etmesi, kurum kimliği açısından hem örgüt içi kamu hem de örgüt dışı kamu tarafından olumlu algılanmamaktadır. Oysa, örgütlerin temel işlevlerinden biri de kendileri için katma değer üretmek olup, bu algı imaj ve kimlik açısından herhangi bir sakınca yaratmamakta tam aksine olumlu görülmektedir. Bu yüzden, araştırmasını yapacağımız hastaneler birer işletme özelliği taşıdıkları için bu sektörler için *kurum* sözcüğünün yanında *örgüt* kavramı da kullanılmıştır.

**d.** Tez konumuz, hem örgütsel iletişim hem de aynı zamanda halkla ilişkiler çalışmasıdır. James E. Grunig'e göre halkla ilişkiler denildiği zaman dar anlamda sadece kamuda hizmet veren kurumlar akla gelmektedir. Oysa, Grunig'in *IABC (International Business Communicators Association-Uluslararası İş İletişimcileri Birliği)* ile yaptığı genel halkla ilişkiler kuramı projesi sonucunda mükemmel halkla ilişkiler ve departmanları ile mükemmel yönetim kuramlarının sadece kamu kurumlarında geçerli olamayacağı belli bir amaç için bir araya gelmiş tüm birimleri ifade eden örgütler için de geçerli olduğu sonucuna varmıştır. Dolayısıyla, Grunig'in bu öngörüsü ile bu tez çalışmasında "*kurum*" kavramı yerine daha kapsayıcı olduğu için mümkün olduğunca "*örgüt*" kavramının kullanımı tercih edilmeye çalışılmıştır.

## 1.2 Tezin Amacı

Anayasal bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik reform düzeyinde birçok yasal düzenlemeler yapılarak, hizmetin gerçekleştirildiği kamu ve özel sağlık kuruluşlarına yönelik gerek yapısal değişim ve dönüşümler, gerek sağlık hizmetlerinin birincil önceliği olan hastaların teşhis ve tedavilerindeki sorunların minimum düzeye indirilmesi için, Cumhuriyet tarihinden günümüze kadar birçok girişimlerde bulunulmuştur. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde finansman kaynakları, alt yapı, tıbbi malzemeler, teknolojik kullanımlar ve başta hekimler olmak üzere sağlık alanında yetişmiş insan gücünün niteliği ve niceliği oldukça önemlidir. Ancak, günümüzde örgütsel anlamda sağlık kuruluşlarının bu özelliklere sahip olması, kaliteli sağlık hizmeti açısından yeterli değildir. nkn artık içinde bulunduğumuz 21.yüzyılda kaliteli sağlık hizmeti denildiğinde ilk olarak hasta memnuniyeti kavramının ön plana çıktığını görmekteyiz.

DİE tarafından, 2003 yılında yapılan bir "Yaşam Memnuniyeti" araştırma sonucunda; sağlık kuruluşlarından memnuniyet oranı özel sektör sağlık kuruluşlarında %48,3, niversite hastanelerinde %46,6, devlet hastanelerinde %41 ve sağlık ocaklarında %39.4 olarak bulunmuştur. Özer ve akıl (2007).

Algılanan hizmet kalitesinin ölümünde Parasuraman ve diğerleri (1985) tarafından geliştirilen "SERVQUAL" leği yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu lek, hastanın alınan hizmetle ilgili algılama ile hizmeti almadan önceki beklentilerin karşılaştırılması yoluyla hizmet kalitesini ölçmektedir. Algılamalar beklentilere eşit ya da yüksekse hizmet kaliteli, tersi durumda da kalitesiz olarak düşünülür.

Bu konuda yapılmış araştırmalarda elde edilen sonuçlara göre, anayasal bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesinde hasta memnuniyeti olmaz ise olmaz bir boyuttur. Bu boyutları oluşturan en önemli kriterler ise kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında bir alt yapı sorunu olarak nitelendirilen fiziksel özelliklerden ziyade, bu tez çalışmasının en önemli amaçlarından biri olan hasta ve hasta yakını memnuniyeti boyutlarının büyük çoğunluğunu kapsayan "rgtsel iletişim" ve "sağlık iletişimi" konularına dikkat çekmektir. nkn, Cumhuriyet tarihinden günümüze kadar, altı dönemde incelediğimiz sağlık reform hareketlerinde (SDP 2003 dahil) sağlık hizmetleri kalitesinin öncül belirleyicisi olarak nitelendirilen hasta ve hasta yakını memnuniyetini belirleyen, sağlık kuruluşlarında tüm sağlık

çalışanları ve yöneticiler açısından örgütsel iletişim algısının ve yine gerek hasta memnuniyeti veya memnuniyetsizliğinin en önemli kriteri olan hekim-hasta ve hasta yakını iletişimi ile hasta ve hasta yakınları ile yöneticiler ve diğer sağlık çalışanları arasındaki kişiler arası iletişim olarak ifade edilen sağlık iletişim algısının, gerek sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan programlarda, gerek yapılan yasal düzenlemelerde ve yapılan akademik ve bilimsel çalışmalarda, en önemli önemli hasta memnuniyeti kriterleri olmalarına rağmen dikkate alınmadığı görülmüştür.

Bu tez çalışması ile geçmişten günümüze kadar, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında ve akademik dünyada oldukça önemli olduğuna inandığımız örgütsel ve sağlık iletişim algılarının, geliştirilen kuram, model ve yaklaşımları ile ele alınarak, Erzincan il merkezinde faaliyet göstermekte olan bir kamu ve bir özel hastanede uygulamalı olarak elde edilen bilimsel verilerin karşılaştırılması hedeflenmektedir. Sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetlerinde veya memnuniyetsizliklerinde, hastalıklarının teşhis ve tedavileri aşamalarında oldukça önemli bir sorun olarak görülen, hastanelerin işleyişi açısından örgütsel iletişim ve hekim-hasta ve hasta yakını iletişimi açısından sağlık iletişim ile ilgili başta hastalar olmak üzere hasta yakınlarının yaşamakta oldukları sorunlara çözüm bulmak ve somut önerilerde bulunmak hedeflenmektedir. Ayrıca, bu tez çalışması ile sektörde faaliyet göstermekte olan temsilcilere, iş adamlarına, üniversitelerde halkla ilişkiler açısından örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi konularında araştırma yapacak akademisyenlere ve siyasi temsilcilere elde edilen bilimsel veriler doğrultusunda yararlı olmak en önemli hedefler arasındadır.

### **1.3 Hipotez**

Tez çalışması ile ilgili hipotezlere iki bölümde yer verilmiştir.

#### **A. "Örgütsel İletişim" ve "Sağlık İletişimi" kuram ve uygulamaları ile ilgili hipotezler:**

**H<sub>1</sub>:** Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında "Örgütsel İletişim" kavramı yeterince bilinmemektedir.

**H<sub>2</sub>:** Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında "Sağlık İletişim" kavramı yeterince bilinmemektedir.

**H<sub>3</sub>:** Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında hasta ve hasta memnuniyetindeki algılmalarda "Örgütsel İletişim" ve "Sağlık İletişimi" konuları, gerek yapılan yasal düzenlemelerde, gerek uygulamalarda yeterince benimsenmemiştir.

**H<sub>4</sub>:** "Örgütsel İletişim" ve "Sağlık İletişimi" kavramlarının hasta ve hasta memnuniyetlerindeki önemli rolü yeterince bilinmemektedir.

**H<sub>5</sub>:** Sağlık İletişimi kavramından söz edildiğinde sadece hekim-hasta iletişimi anlaşılmaktadır.

**H<sub>6</sub>:** Kamu sağlık kuruluşlarında hasta iletişim birimleri (halkla ilişkiler birimi) yeterince aktif ve verimli değildirler.

**H<sub>7</sub>:** Hasta ve hasta yakınları, kamu sağlık kuruluşlarında hasta iletişim birimlerindeki hizmet kalitesinden memnun değildirler.

**H<sub>8</sub>:** Özel sektör sağlık kuruluşlarındaki hasta iletişim birimleri (halkla ilişkiler birimi) kamu sağlık kuruluşlarındaki birimlere göre nispeten kaliteli hizmet vermektedirler.

**H<sub>9</sub>:** Hasta ve hasta yakınları, özel sağlık kuruluşlarındaki hasta iletişim birimlerinde verilen hizmetten memnundurlar.

**H<sub>10</sub>:** Kamu sağlık kuruluşlarında örgüt dışı kamuya yönelik tanıtım çalışmaları az denecek kadar azdır.

**H<sub>11</sub>:** Özel sağlık kuruluşları, örgüt dışı kamuya yönelik tanıtım çalışmaları kamu hastanelerine göre nispeten fazladır.

## **B. Araştırma ile ilgili hipotezler:**

### **Örgütsel İletişim:**

**H<sub>1</sub>:** Erzinçan Özel Neon Hastanesi<sup>4</sup> ile T.C Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi<sup>5</sup>, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

---

<sup>4</sup> **Erzinçan Özel Neon Hastanesi:** Hastane adı oldukça sık kullanıldığından, metindeki yazım uyumunu bozmamak için kısaltılarak, metnin devamında ve analiz tablolarında *Özel Neon Hastanesi* olarak kullanılmıştır.

<sup>5</sup> **T.C Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi:** Hastane adı, oldukça sık kullanıldığından, metindeki yazım uyumunu bozmamak için kısaltılarak, metnin devamında ve analiz tablolarında *Mengücek Gazi Hastanesi* olarak kullanılmıştır.



**H<sub>2</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma söz konusu değildir.

**H<sub>3</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma yoktur.

**H<sub>4</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

**H<sub>5</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında unvanlarına göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

**H<sub>6</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma vardır.

**H<sub>7</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında sağlık sektöründeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma vardır.

#### **Sağlık İletişimi:**

**H<sub>1</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşmalar söz konusudur.

**H<sub>2</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma vardır.

**H<sub>3</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında özel sigortalı olup olmama durumuna göre anlamlı farklılaşma söz konusu değildir.

**H<sub>4</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hasta veya hasta yakını olma durumuna göre anlamlı farklılaşma olabilir.

**H<sub>5</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma yoktur.

**H<sub>6</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma vardır.

**H<sub>7</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

**H<sub>8</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılaşma söz konusu değildir.

**H<sub>9</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında mesleklerine göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

**H<sub>10</sub>:** Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma vardır.

## 2 ÖRGÜTSEL İLETİŞİM İLE İLGİLİ KAVRAMSAL YAKLAŞIMLAR VE TANIMLAR

### 2.1 İletişim Nedir?

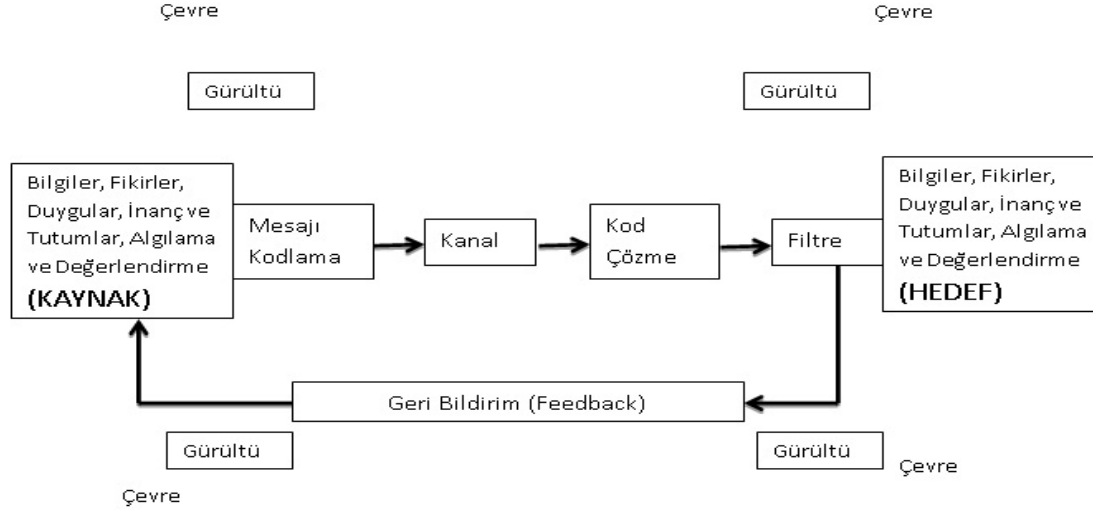
İletişim iki kişi arasındaki anlamları ortak kılma sürecidir. Başka bir deyişle, iletişim iki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirini anlaması ile ilgili bir süreç olarak tanımlayabiliriz. Latince "Communis" kelimesinden türetilmiş olan ve Batı dillerinin çoğunda "Communication" olarak adlandırılan "iletişim" sözcüğü bir anlamlaştırmayı, bir ortaklığı, toplumsallaşmış olmayı ve birlikteliği anlatmaktadır (Eskiyörük, 2015).

İletişim kavramı yerine yaklaşık 1990'lı yılların sonuna kadar haberleşme sözcüğü kullanılıyordu. Bugün artık ortaklaşa yapılan ve paylaşılan "şey" anlamında iletişim sözcüğü kullanılmaktadır. İletişim bilinçli bir süreçtir ve insanın özellikle sosyal yaşamının temelini oluşturur. İletişim, mesaj alışverişi sürecidir ve etkileşimden farklı anlama gelir. İnsanın diğer canlılarla kurduğu ilişkilere etkileşim denir. Tutar ve Yılmaz (2013). İletişimin temel amacı, bir davranış değişikliği yapmaktır. İletişim, bir tür zihin yönlendirme aracıdır. İletişimde değişim önce zihin düzeyinde başlar, sonra inanç ve tutumla gelişir ve sonra davranışla tamamlanır. Buna göre iletişimin temel amacı, alıcıda maddi, duygusal veya düşünsel bir değişiklik yaratmaktır. Örgütsel iletişim açısından amaç, bir ürünün, hizmetin veya fikrin satın alınmasını sağlamak için alıcının dikkatini çekmek, istek oluşturmak ve satın alma konusunda ikna olmasını sağlamaktır (Tutar, 2008).

İletişimin bir diğer tanımı da insanların toplu halde yaşamaya başlamalarından itibaren toplumsal etkileşimlerde rol oynayan sembolik mesajların karşılıklı ulaştırılmasıyla, bazı anlamları aralarında paylaşmaları sürecidir. Söz konusu süreç kişiler arası ilişkinin her türünü, Örgütleri ve toplumları bir araya getiren, onları bir arada tutup devamlılığını sağlayan bir harç işlevi görmektedir (Aktaran; Dincer Aydın: Durğun, 2006).

## 2.1.1 İletişim süreci öğeleri ve işleyişi

İletişim sürecinin gerçekleşmesinde bazı öğelere ihtiyaç vardır. Bu öğeleri şu şekilde ifade edebiliriz.



Şekil 2.1: Temel İletişim Süreci Öğeleri

Şekil 2.1’de görüldüğü gibi iletişim süreci, iki yönlü olarak işlemektedir. İletişim süreci, *mesajın* (ileti) *kaynaktan* (gönderici) *hedefe* (alıcı) aktarılması ile başlar. Ardından, mesajın değiş-tokuşu ile süreç devam eder. Kaynak, mesajı göndermeden, göndereceği mesajı kodlar. Kodlama işlemi bittikten sonra, mesajı bazı kanallar aracılığıyla hedefe ulaştırır. Hedef, mesajı almadan önce alacağı mesaj ile ilgili *kodları* çözümler ve algılama süzgeci dediğimiz *filtreden* geçirerek, mesajı değerlendirir. Ardından iletişimin tek yönlü olmaması için, *hedef* tekrar *geribildirimle* (feed-back) <sup>6</sup> mesajı *kaynağa* ulaştırır. Bunu yaparken çevresel faktörlerden kaynaklanan *parazit* dediğimiz gürültülerden etkilenebilir. Bu, mesajın kaliteli bir şekilde geribildirimini olumsuz yönde etkileyebilir. İletişim sürecinin başarısı, mutlaka etkileşim dediğimiz *geribildirim*in *hedef* tarafından *kaynağa* başarılı bir şekilde parazitlerden etkilenmeden ulaştırılmasına bağlıdır. *Kaynak* (gönderici), *mesaj* (ileti) ve *hedef* (alıcı) iletişim üç temel unsurudur. İletişim, ikincil unsurlar ile birlikte toplam sekiz öğeden oluşmaktadır. Bunlar; 1.*Kaynak* (Gönderici), 2. *Kod ve Kodlama*, 3.*Mesaj* (İleti), 4. *Kanal* (Araç) 5. *Hedef* (Alıcı), 6. *Kod çözme/Kod açma*, 7. *Geribildirim* (Feed-back, Geri besleme, Dönüt), 8. *Gürültü*

<sup>6</sup> *Feed-back* kavramı ilk defa Neubert Wiener tarafından, Aristo modeli (Gönderici → Mesaj → Alıcı)’ne geri besleme olarak uyarlandı. Öğrencileri, Shannon ve Weaver tarafından kendi iletişim modellerinde uygulanmaya başlandı.

(Parazit) şeklinde sıralanabilir. Bu temel iletişim unsurlarını şu şekilde açıklayabiliriz.

**1. Kaynak (Gönderici):** Gönderici (kaynak), mesajı (ileti) oluşturan ve mesajı bir kanal aracılığıyla alıcıya (hedef kitle) ulaştıran gönderen, kısacası iletişimi başlatan birimdir. Gönderici, hangi mesaj veya mesajları göndereceğine karar veren ve alıcının anlayacağını varsaydığı sembolleri kullanarak kodlayan kişidir (Eskiyörük, 2015). Kaynak, kimi zaman tek bir kişidir, kimi zaman ise bir gazete, bir ajans, radyo ya da televizyon istasyonudur. Tek kişi olduğunda kişi, gazete ya da radyo olduğunda ise bir kurumsal yapı söz konusudur (Oskay, 2011).

İletişim sürecinde kaynak, hedeflediği kişi ya da grupta (alıcıda) davranış değişikliği oluşturmak üzere iletişim sürecini başlatan kişidir.

Kaynağın başarısında en önemli özellik, iletişimin etkin olmasıdır. Bunlar;

**a. Kaynak güvenilir olmalıdır.** Kaynak her zaman hedef kitle <sup>7</sup> durumundaki hedefe öz güven vermek vermeyi hissettirmelidir. Çünkü iletişimde ikna (retorik) <sup>8</sup> oldukça önemlidir. Dolayısıyla güven ve ikna arasında her zaman bir ilişki söz konusudur. Güven var ise hedefi ikna kolay olacaktır. Kaynağın güvenilir olmasını sağlayan bir diğer konu, onun alanında uzmanlaşmasıdır. Hedef, kaynağın alanında uzman olduğunu önceden bilmesi durumunda, mesaja vereceği tepki daha olumlu olacaktır. Ancak bu konuda kaynak oldukça hassas olmalıdır ve durumunu, statüsünü abartmamalıdır. Aksi halde, hedef karşısındaki inandırıcılığını kaybedebilir.

**b. Kaynak bilgili olmalıdır.** Kaynağın bilgi derecesi hem mesajı kodlama başarısını ve hem de mesajın gönderim gücünü etkilemektedir. Kaynağın sahip olduğu bilgi seviyesi mesajın kodlanma biçimini belirlediği gibi içeriğini, alıcıdan beklenecek olan davranışın sınırını da etkilemektedir. Kaynak, göndereceği mesajın oluşturacağı davranış, mesajın nedeni ve alıcıda yaratacağı etki hakkında bilgili olmak durumundadır. Kaynağın bilgili olması iletişimin devamlılığını da etkilemektedir.

---

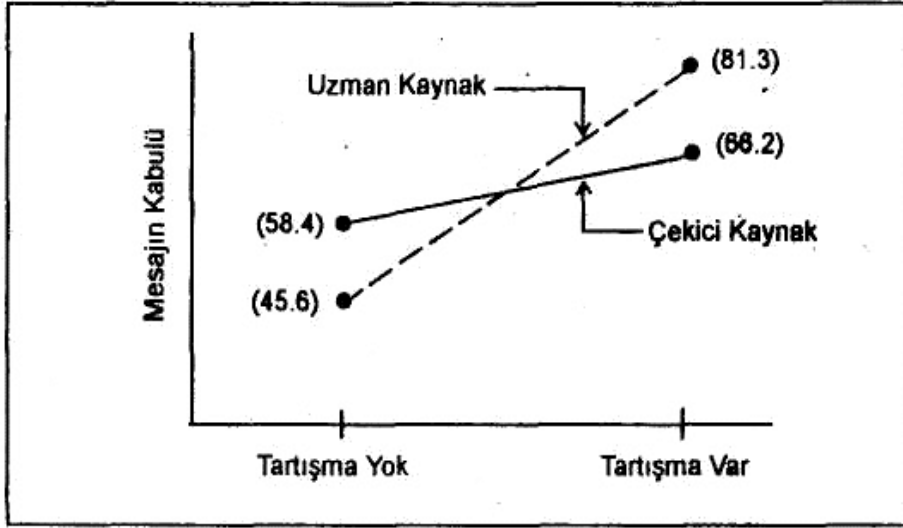
<sup>7</sup> **Hedef Kitle:** Kurumun yaptığı tüm faaliyetlerin yönlendirildiği ve bunun sonucunda kendilerinden eylem ve düşünce değişikliğinin beklendiği kişiler ve gruplar olarak söylenebilir (Asna, 2012).

**Hedef Kitle:** İletişim sürecinde seslenilmek istenen kişi ya da kişilere, toplumsal kesimlere hedef kitle (destination) denir (Oskay, 2011).

<sup>8</sup> **Retorik:** Retorik terimi, ikna stratejileri ve tartışmacı söz/söylev anlamında kullanılır. Tanımı, etik kurallar ve bilgi kuramı bakımından, retorik çalışmasının halkla ilişkiler ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir. Retorik, Ortaçağ Avrupası eğitiminde resmi bir branş haline gelen yedi liberal sanat ve bilimden bir tanesidir. L'Etang ve Pieckza (2002).

Alıcının istediği ek bilgileri sağlayabilmesi ancak kaynağın gerekli bilgiye sahip olması ile mümkündür. Aksi durumda kaynak sadece bir aktarıcı olacaktır (Eskiyörük, 2015).

Yine kaynağın uzman ve ilgi çekici olması, mesajın hedef tarafından kabulünü kolaylaştırmaktadır. Bu ilişkiyi şu şekilde görmek mümkündür.



Şekil 2.2: Kaynak ve Mesaj İlişkisi (Ergin, 2010).

Şekil 2.2’de görüldüğü üzere uzman ve çekici kaynağın kabul düzeyi yüksek ise tartışma söz konusudur. Kaynak, uzman ve çekici olmaktan uzaklaştıkça mesajın kabul düzeyinde o derece azaldığını ve doğru orantılı olarak bir tartışmanın, iletişim sürecinin yoğunluğu söz konusu değildir. Şekil 2.2’ye göre, bir iletişim sürecinde gönderici konumundaki kaynağın niteliğinin (uzman, ilgi çekici), mesajın kabulünü doğrudan etkilediği söylenebilir.

**c. Kaynak kodlama özelliğine sahip olmalıdır.** Kaynak, mesajı göndermeden önce, göndereceği mesajı en iyi şekilde kodlamalıdır. Yani kaynak, göndereceği mesajı en iyi şekilde tasarlayarak, anlaşılır ve net ifadelerle şekillendirmesini bilmelidir. Aslında iyi bir kaynak aynı zamanda iyi bir kodlayıcıdır. Yanlış ve yetersiz bir biçimde kodlanan mesajın hedef tarafından algılanışı ve anlaşılması zordur. Bu yüzden, mesaj doğru, tam ve anlaşılır olmalıdır. Diğer taraftan mesajın kısa ve öz olması da diğer önemli bir konudur. Kaynağın bir diğer özelliği hedef ile özdeşleşmesidir. Burada kültür ve yaşam koşulları devreye girer. Yani kaynağın, hedef ile ortak kültürel alışkanlıklar ve yaşam koşullarında birleşmesi, mesajın sağlıklı bir şekilde ulaştırılmasını sağlayabilir.

#### **d. Kaynağın sosyo-demografik özellikleri ile mesaj arasındaki uygunluk düzeyi.**

Cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, sosyal statü, ekonomik düzey gibi sosyo-demografik özellikler mesaj üzeri önemli etkilere sahiptir. Toplumsal yaşam içerisinde bir sorunla karşılaşıldığında bireylerin kendilerinden yaşça büyük olanlara başvurarak, onların görüş ve tavsiyelerini almaları, bireylerin inandırıcı bir yapıya sahip olabilmeleriyle yaş arasında bir ilişki olduğu görüşünü desteklemektedir (Eskiyörük, 2015).

Diğer taraftan bireyler kendi cinsleri ile daha kolay iletişime geçerler. Din olgusunun ön planda olduğu toplumlarda bu özellik daha da diğer toplumlara göre belirgindir. Çünkü bazı inançları örfler ve gelenekler bunu gerektirmektedir. Din olgusunun ön plana çıktığı toplumlarda, bireyler arasındaki mesaj alış-verişi daha kolaydır. Çünkü bireyler daha rahat davranırlar. Bu özellik onların aralarındaki iletişim kalitesinde psikolojik bir etkidir. Bir diğer özellik, iletişim sürecinin gerçekleştiği bireyler arasındaki eğitim seviyesidir. Özellikle kaynağın eğitim seviyesinin yüksek olması, hedefin mesajları daha kolay almasında oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü kaynağı ikna etmek kolay olacaktır. Oysa eğitim seviyesi düşük bir kaynağın, karşısındaki hedefe mesajı ulaştırması zor ve güç olacaktır.

**e. Kaynak tanınmalıdır.** Hedef, aldığı mesajı hedefin özelliğine göre değerlendirecek ve dikkate alacaktır. Kaynak, hedef tarafından ne ölçüde tanınıyorsa ve bu tanıma ne kadar sağlıklı ise, aralarındaki iletişim süreci o derece sağlıklı işleyecek ve mesajın kaynak tarafından hedefe ulaştırılması olumlu geri bildirimler ile sağlanmış olacaktır. Zaten iletişim sürecinde en önemli amaç, olumlu geri bildirimler almaktır. Tanınmayan ve toplum tarafından olumsuz bilinen kaynaklar tarafından gönderilen mesajlar hedef tarafından dikkate alınmayacaktır. Bu durum da iletişim sürecini olumsuz etkileyecektir.

**2. Kodlama ve Kod <sup>9</sup> Çözme:** *Kod*, mesajın işaret haline dönüşmesinde kullanılan simgeler ve bunlar arasındaki ilişkileri düzenleyen kuralların tümüdür. En çok bilinen kod sistemi dildir. Bunun yanında sayılar, üzerinde anlaşılan bazı işaretler (trafik işaretleri, matematiğin sembolleri vb.) bazı el-kol yüz, beden hareketleri de birer koddur. Kodun en temel niteliği, üzerinde sosyal bir uzlaşmanın olmasıdır.

---

<sup>9</sup> **Kod:** İnsanların anlamlı mesajları değiş-tokuş etmeleri için sistemle aşına olmalarına olanak verecek şekilde düzenlenmiş bir göstergeler sistemidir. Tanımdan anlaşılacağı üzere kod bir anlam sistemidir ve belli bir kültürel uzlaşmaya dayanır (Mutlu, 2012).

Örneğin Türk kültüründe argoda kullanılan bazı el kol hareketleri, başka bir kültürün insanı için bir kod olmayabilir. Çünkü her iki kültürün bu işaret konusunda bir uzlaşısı söz konusu değildir. Aynı mesaj farklı kültürlerde farklı kodlarla gönderilebilir (Kaya, 2015).

Fiske (2013) ise kodu, bir kültür ya da alt kültürün üyelerinin paylaştığı bir anlam sistemi olarak tanımlamaktadır. *Kodlama* ise, mesajın içeriğinin kod simgelerine dönüştürülmesidir.

Tutar (2013) ise kodlamayı, bilginin, düşüncenin, duygunun iletmeye uygun hale simgelerle kodlanarak, mesaja dönüştürüldüğünü ifade eder. Kaynağın mesajı kodlaması, aynı zamanda onun tecrübelerini de kapsar. Eskiörük (2015) ise kodlamayı, mesajın içeriğinin kod simgelerine dönüştürülmesi olarak tanımlar. Başka bir ifade ile kodlama, mesajın kaynak tarafından hedefe anlaşılacak şekilde tasarlanmasıdır. Ancak kaynak, bu tasarlamayı nasıl yapmalıdır? gibi bir soru ile karşılaşabiliriz. Bu soruya cevap olarak, aşağıdaki maddeleri sıralayabiliriz.

- a. Kaynak kodlama yaparken, alıcının bilgi ve tecrübe alanına giren semboller kullanmalıdır.
- b. Kaynak, soyut ifade ve sembollerden daha çok somut semboller kullanmalıdır.
- c. Kaynak, sembolleri alıcının daha önce alışmış olduğu anlamda kullanmalıdır.
- d. Kaynak, alıcının anlayamayacağı tahmin edilen kelimeleri açıklamalıdır (Eskiörük, 2015).

Kaya (2015)'ya göre, kod çözme, kaynaktan gelen mesajın içeriğinin alınıp çözümlenmesi ve anlamın anlaşılmasıdır. Tutar (2013)'a göre ise mesajın, yorumlanarak<sup>10</sup> anlamlı bir şekilde algılanmasına kod çözme<sup>11</sup> denir. Kod çözme, gelen mesajın alınması iken yorumlama mesajın içeriğinden öte kişinin mesajı gönderen ile olan ilişkisi ve ona ilişkin algılarına bağlı olarak kendi fenomenolojik alanında üretmiş olduğu bir anlamdır. Mesajın içeriği ile bu mesajın yorumlanması sonucunda çıkarılan, algılanan mesaj her zaman uyuşmayabilir. Aşağıda verilen,

---

<sup>10</sup> **Yorumlama:** Kod açımından sonra mesajın yeniden değerlendirilerek bir sonuca varılmasıdır (Kaya, 2015).

<sup>11</sup> **Kod çözme (açma):** Mesajların doğasını yorumlama, çözümlenme ve anlama sürecidir (Mutlu, 2012).



okula geç kalan bir öğrenci ile onunla okulun bahçesinde karşılaşan okul müdürü arasındaki konuşmayı inceleyelim:

**Okul Müdürü:** Günaydın Ali, uyuya mı kaldın?

**Öğrenci Ali:** Hocam siz de hep beni görüyorsunuz. Her zaman geç kalmıyorum. Bu sabah trafik biraz yoğundu onun için geç kaldım.

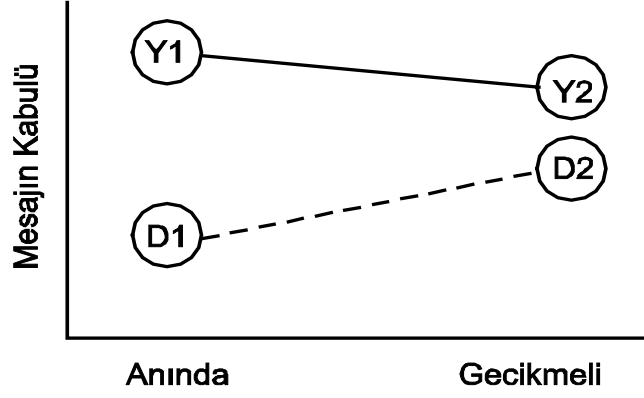
**Okul Müdürü:** ???

Bu konuşmada okula geç gelen Ali, okul müdürünün mesajını almış, kodu çözmüş ve bu mesajı yorumlayarak (okul müdürünün, kendisinin geç geldiğini ima ettiğini düşünerek) tepkide bulunmuştur. Görüldüğü gibi mesajın görünen içeriği ile yorumlanması sonucu oluşan içerik örtüşmemiştir.

**3. Mesaj (İleti):** Mutlu (2012), mesajı, bir alıcı için bir uyarıcı olarak işlev gören bir sinyal ya da sinyaller birleşimi olarak tanımlamaktadır. Mesaj, kaynak tarafından anlamlandırılarak hedefe gönderilir. Ancak iletişim sürecinin sağlıklı işleminde bu yeterli değildir. Aynı şekilde anlamlandırmanın da alıcı konumundaki hedef tarafından yapılması gerekir. Yani anlamlandırma tek taraflı değil çift taraflı bir işlemdir.

Mesaj, etkin olması için şu özelliklere sahip olmalıdır.

- a. Mesaj, kısa ve öz olmalıdır.
- b. Mesaj, alıcısı hedefin duygu ve düşüncelerine uygun olmalıdır.
- c. Mesaj, anlamlı ve mantıklı olmalıdır.
- d. Mesaj, alıcısı hedefin kültür, yaşam biçimi ve din vb. değerlerine uygun olmalıdır.
- e. Mesaj, hedefin ilgi, istek ve arzularına hitap etmelidir.
- f. Mesaj, zamanında iletilmelidir.
- g. Mesaj, alıcısı hedefin yaşamakta olduğu toplumsal normlara uygun olmalıdır.
- h. Mesaj, gönderici konumundaki hedef ile alıcı konumundaki hedef arasında gerekli etkiyi göstermelidir.
- i. İletişimde sağlıklı sonuç almak için, gönderilecek mesajların geri bildirimine uygunluğu kaynak tarafından denetlenmelidir.
- j. Mesajın güvenilir olması ile hedef tarafından kabul zamanı arasında bir ilişki söz konusudur. Bu ilişkiyi şöyle açıklayabiliriz.



**Şekil 2.3:** Mesaj Kabulünde Zaman ile Kaynak Güvenirliği İlişkisi (Ergin, 2010).

**Y1:** Mesajın yüksek güvenilirliği olan kaynak tarafından verilmesinden hemen sonraki kabul düzeyini,

**Y2:** Mesajın yüksek güvenilirliği olan kaynak tarafından verilmesinden birkaç hafta sonraki kabul düzeyini,

**D1:** Mesajın düşük güvenilirliği olan kaynak tarafından verilmesinden hemen sonraki kabul düzeyini,

**D2:** Mesajın düşük güvenilirliği olan kaynak tarafından verilmesinden birkaç hafta sonraki kabul düzeyini ifade etmektedir.

Bu açıklamalara göre, mesajın güvenilirliği ile alıcı tarafından kabulü arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu söylenebilir. Yani mesajın güvenilirliği ne kadar fazla ise kabul, onay düzeyi ve geri bildirim düzeyi o kadar fazladır. Mesajın güvenilirliği ne kadar az ise, hedef tarafından algılanışı ve dolayısıyla kabul, onayı ve geri bildirim düzeyi o kadar azdır.

**4. Kanal (Araç):** Kanal, iletişim sürecinde mesajın hedefe ulaşmasını sağlayan oldukça önemli bir araçtır. Kanal, alıcı ve kaynak arasındaki bağıdır. Kanal, mesajı taşır ve sözlü (bir kişisel rica), sözsüz (bir gülümseme), yazılı (memo gibi) veya elektronik (e-mail mesajı gibi) olabilir. Kanal, en basit anlamıyla mesajın göndericiden alıcıya ulaşmasını sağlayan ortam, yol, araç, yöntem ve tekniklerdir. Mesajın iletilmesinde kullanılan iletişim araçları aynı zamanda kanal fonksiyonunu üstlenmektedir. Her mesaj, bir kanal vasıtasıyla alıcıya ulaştırılmaktadır. Etkin ve verimli bir iletişim için kullanılacak iletişim araçları mesaja uygun olmalıdır. Bir iletişim kanalı tercih etmeden önce alıcının özellikleri, yer ve zaman durumu gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Toplantılar, gazete, rapor, görüşme birçok

iletişim araçlarından hangisinin seçileceği konusu önemli olduğu kadar aynı anda birkaç duyu organını etkileyen kanalın tercih edilmesi de iletişimin gerçekleşebilmesi ve etkinliğinde önemli bir role sahiptir (Eskiyörük, 2015).

Yani iletişimdeki kanal kavramını, örgütsel iletişim açısından ele aldığımızda, herhangi bir sektörde faaliyet göstermekte olan bir örgütün başarılı olmasında en önemli örgüt dışı hedef kitle diye tanımlanan kamuya gönderilecek mesajların ulaştırılmasında o hedef kitleye uygun iletişim araçlarının tercih edilmesi gerekir. Örneğin, bu aşamada uygun bir medya tercih etmez iseniz, mesajlarınızın sağlıklı geri bildirimlerle sonuçlanması oldukça zor olacaktır. Çünkü, alıcı konumundaki hedef kitle kendisine uygun mesajları yine kendisine uygun kanallarla almak isteyecektir. Bir diğer önemli konu iletişimsürecinde kullanılacak kanalların kapasitesidir. Kanal, ne kadar hızlı ve geniş bir kapasiteye sahip olursa, iletişim o derece hızlı ve etkili olmaktadır. Örgütlerde iletişim kanalları iki şekilde gerçekleşmektedir.

**a. Formel (resmi) İletişim Kanalları:** İdare tarafından kabul edilmiş kanallardır. Bu iletişim kanalları, önceden tarifi yapılmış, hangi şekilde olacağı, yeri, zamanı ve kapasitesi belirlenmiş resmi kanallardır. Bir örgüt içerisinde, bu iletişim kanalları dikey kullanılır. Genelde bu iletişim kanalları örgütsel iletişim ve yönetim açısından önemlidir. Örnek olarak, 2010 yılından itibaren özellikle kamu sektöründe uygulamaya konan EBYS, örgüt içi yazışmalar, memo sistemi, ilan tahtası, prosedürler, öneri/şikayet sistemi, örgüt gazetesi, dergisi ve bülteni, bilgisayara dayalı iletişim vb. verilebilir.

**b. İformel (resmi olmayan) İletişim Kanalları:** Bu iletişim kanalları ise önceden planlanmamış, gelişmiş güzel oluşan iletişim kanallarıdır. Bir örgüt içerisinde yöneticiler tarafından da zaman zaman tercih edilen iletişim kanallarıdır. Örnek olarak, resmi olmayan bire bir görüşmeler, örgüt içerisinde dedikodu, söylenti ve eleştiriler sonucu oluşan görüşmeler, örgüt içi ve örgüt dışındaki çalışanlar arasındaki birliktelikler, MBWA denilen zaman zaman örgüt içi çalışanlar arasına girilerek yapılan konuşmalar, örgüt ile ilgili açıklamalar verilebilir.

**5. Hedef (Alıcı):** İletişimin ikinci temel faktörü olan alıcı, mesajı alır, çözümler, beklenen davranışı gerçekleştirir, gelecekte davranışa dönüşmek üzere tutum oluşturur, anlaşılmayan bir olgu varsa kaynağa dönüş yapar ve ek bilgi ister. İletişim

sürecinin temel unsurlarından biri olan, Shannon ve Weaver'in iletişim modeline uyarladığı ve uyguladığı geri bildirim (feed-back) oldukça önemlidir. Örgütler açısından *feed-back* ve *hedef kitle* kavramları oldukça önemlidir. Örgütsel iletişim açısından alıcı konumundaki hedef kitlenin geri bildirimde bulunması, iletişim açısından hayati öneme sahiptir. Aksi halde mesajlar, sadece hedefe gönderilmiş olur. Mesajların, geri bildirim ile tekrar kaynağa geri dönmesi ile iletişim süreci başarılı sonuçlanmış olur.

İletişim sürecinin başarılı olması için, hedefin taşınması gereken bazı özellikleri söz konusudur. Bu özellikleri şöyle sıralayabiliriz.

**a. Hedef, mesajı algılayabilmeli ve algılamaya istekli olmalıdır.** Alıcı, gönderilen mesajı algılayacak düzeyde ve güçte olmalı, algılama engeli olmamalıdır. Bunun yanı sıra alıcının etkin bir iletişim için, iletişime arzulu olması gerekmektedir. Eğer alıcı, göndericinin ilettiği mesaja karşı kayıtsız ise, mesaj algılanmayacak, iletişim gerçekleşse dahi etkinlik sağlanamayacaktır. Yani, iletişim sürecinin başarıya ulaşması, hedefin mesajı nasıl algıladığı ile ilgilidir. Hedefin almak istemediği hiç bir mesaj iletilmez ve süreç geri bildirimle sonuçlanamaz.

**b. Hedef, iyi bir bilgi donanımına sahip olmalı, gerektiğinde geribildirimde bulunmalıdır.** İletişimim temel unsurlarından biri olan hedef, kaynak kadar önemlidir. Bu yüzden; kişilerarası iletişim sürecinde hedef, kaynaktan bağımsız ele alınamaz ve değerlendirilemez. Ancak, örgütsel anlamda bu iletişim süreci zaman zaman tek yönlü işleyebilir. Şöyle ki; siyasal bir parti, iktidara gelmek için halkın karşısında propaganda yaparak seçim çalışmalarını yürütür. Sürekli verici konumunda olan siyasi parti temsilcileri kaynak olarak tek yönlü olarak anlatır, konuşur. Alıcı konumundaki halktan siyasi propaganda boyunca bir şey beklemez. Onun beklentisi seçim sonuçlarıdır. Eğer söz konusu siyasi parti başarılı olmuş ise siyasal iletişim denilen süreç başarılı sonuçlanmışır. Yani, kaynak mesajını başarılı iletmış, hedef ise mesajı olumlu geri bildirim ile tekrar kaynağa iletmıştır. Sonuçta iletişim süreci aşamasında kaynağın gönderdiği mesajın başarıya ulaşması için, mesajı alıcı konumundaki hedefin gerekli bilgi, beceri ve algılama kapasitesine, iyi bir donanıma sahip olması gerekmektedir.

**c. Hedef, objektif ve açık olmalıdır.** Bazen, hedef mesajı alıp almamakta şüpheye düşebilir. Bunda, onun seçici özelliği oldukça etkilidir. Çünkü hedefin yaşam biçimi,

değer yargıları, hayata bakış açısı, inançları onun seçici olmasına neden olabilir. Oysa bu seçicilik, mesajın arzu edildiği şekilde değerlendirilmesini ve algılanmasını olumsuz yönde etkileyebilir. O yüzden hedefin, tüm bu değerlerden uzak olarak objektif bir değerlendirme için seçici olmaması gerekir.

**d. Hedef, içinde bulunduğu konumu iyi bilmelidir.** İletişim sürecinde hedefin konumu önemlidir. Çünkü kaynak ile hedefin buldukları konum mesajın iletilmesinde ve olumlu sonuç alınmasında önemlidir. Çünkü hedef aldığı mesajı içinde bulunduğu konuma göre irdeleyecek ve konumunun sınırlar içerisinde yeni bir davranış sergileyecektir. Aksi halde, iletişim süreci içerisinde hedef ile kaynak arasında çeşitli düşünce çatışmalarının yaşanması mümkün olacaktır. Söz konusu süreç aşamasında gerek kaynağın gerek hedefin aynı konumda olmalarının büyük önemi vardır.

**e. Hedef, gerektiğinde kaynak olabilme özelliğini taşımalıdır.** İletişim, çift yönlü ise bazen kaynak hedef pozisyonuna bazen de hedef kaynak pozisyonuna geçebilmektedir. Bu yüzden, bu gibi süreçlerde, iletişimin başarısızlığını önlemek için hedefin kaynak olma özelliklerinin farkında olması ve bu özellikleri taşıması gerekmektedir. Çünkü hedef, rol model olarak, kaynağın yerine geçerek iletişimin başarılı sonuçlanmasını sağlayabilir.

**6. Kod çözme/Kod açma:** Mesajın yorumlanarak, anlamlı bir şekilde algılanmasına *kod açma* denir. Kodlama, kaynak tarafından *kod açma* ise *alıcı* tarafından yapılır. Mesajın yorumlanarak anlamlı bir şekilde açıklanmasına *kod-açma* denir. Kod açmanın başarısı, kodlamaya bağlı olduğu için, kodlamada anlam birliğine dikkat etmek gerekir. Bu, ancak mesajın hedefin algılayacağı ve anlayacağı biçimde kodlanması ile mümkün olabilir

İletişim sürecinde sadece kaynağın mesajı hedefe bir şekilde ulaştırması kesinlikle yeterli değildir. Yani süreçte önemli olan mesajı iletmek değil, arzulanan şekilde mesajın ulaştırılarak, hedefte istenen şekilde davranış değişikliklerinin elde edilmesidir. Bu amaca ulaşmak için, mesajın kaynak tarafından iyi kodlanması hem de kodun hedef tarafından doğru açılması gerekmektedir. Bu süreçte, bazen alıcı konumundaki hedef, kendi süzgecinden (filtreleme) geçirdiği mesajların bir kısmını almak istemeyebilir ve dikkate almayabilir. Yani hedef, kaynaktan farklı olarak

mesajı farklı algılayarak farklı anlamlar ve önemler yükleyebilir. Bunda üç türlü faktör ön plana çıkar. Bunlar;

- a. Hedef, seçici davranarak, kaynağın uyarılarını dikkate almayabilir.
- b. Hedef, seçici çarpıtma içerisine girebilir. Yani hedef, mesajı duymak istediği şekilde kendine göre sokabilir, değiştirebilir.
- c. Hedefler aldıkları mesajların büyük bir çoğunluğunu belleklerinde tutmak istemezler. Bunda da seçici davranırlar.

**7. Geribildirim (Feed-back):** İngilizce feed-back sözcüğünün karşılığı olarak Türkçe’de geribildirim, geri besleme ve dönüt sözcükleri kullanılmaktadır.. Sistem yaklaşımına<sup>12</sup> göre, her sistemde girdiler ve sistemin üretmiş olduğu çıktılar vardır. Sistem, çıktılarına ilişkin değerlendirmeleri, kararları, algıları kendini düzeltmek için bir girdi olarak kullanır. Bu işlev, geribildirim sayesinde olur. Dolayısıyla, geribildirim işlevi; sisteme kendi kendini kontrol etme ve varsa olumsuzluklarını düzeltme olanağı sağlamaktır (Kaya, 2015).

İletişim sürecinde etkililik ancak ve ancak çift yönlü bir iletişim ile gerçekleştirilebilir. Yani geribildirim olduğu bir iletişim süreci söz konusudur. Geribildirim iki şekilde gerçekleşebilir. Bunlar;

**a. Olumlu (pozitif) gerçekleşen geribildirim:** Mesaj, hedef tarafından anlaşılıyorsa ve algılanıyor ise, hedef tepki olarak olumlu geribildirimde bulunacaktır.

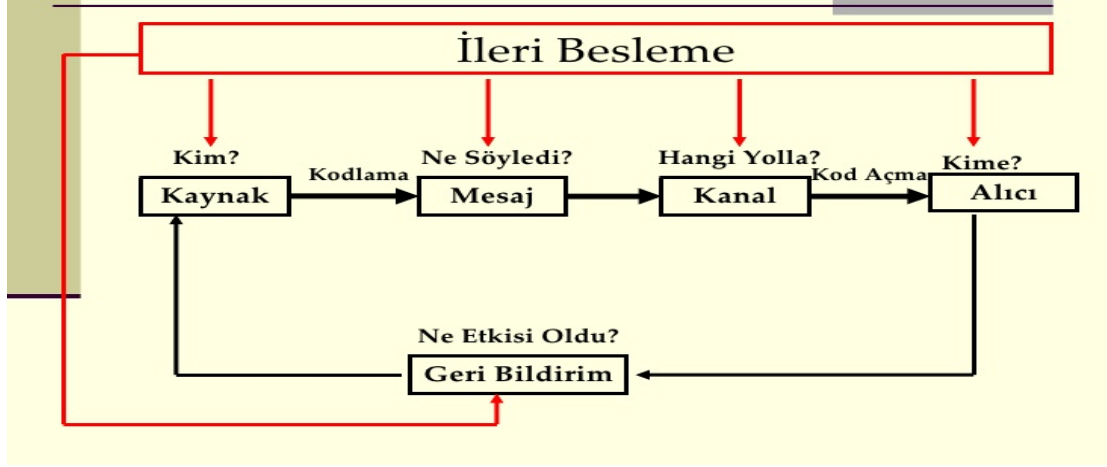
**b. Olumsuz (negatif) gerçekleşen geribildirim:** Mesaj, hedef tarafından tam anlamı ile anlaşılmıyorsa, algılanamıyorsa ve eksik ise, buna tepki olarak hedef, ister istemez olumsuz geribildirimde bulunacaktır.

İletişim süreçlerinde etkin geribildirimler oldukça önemlidir. Çünkü sonuç almak için bu olmaz ise olmaz bir özelliktir. Etkin olmayan geribildirimlerde ise sonuç almak imkansızdır.

---

<sup>12</sup> **Sistem Yaklaşımı:** 1.Birçok davranış disiplini birleştiren ortak bir sözlük. 2.Büyük ve karmaşık örgütleri yönetmek için teknik. 3.Pratikte tanımlanabilen, objektif, maksatlılığın antropomorfik olmayan çalışması, amaca yönelik sistem davranışı, sembolik bilişsel süreçler, bilinç ve bilinçlenme ve genel olarak sosyo-kültürel zuhur ve geneldeki dinamikler (Buckley, 1867).

## İLETİŞİM SÜRECİ VE ÖĞELERİ



Şekil 2.4<sup>13</sup>: Lasswell Formülü ile Geri bildirim ve İleri Besleme Süreci. McQuail ve Windahl (2010).

**8. Gürültü (Parazit):** Bir iletişim sisteminde alınan mesajın gönderilen mesaj olmaması durumunda gürültü söz konusudur (Mutlu, 2012). Gürültü, iletişim sürecinin her aşamasında oluşabilen, iletişimin doğruluğunu azaltan bir durumdur.

İletişim sürecinin tamamlanabilmesi, mesajın sorunsuz bir şekilde kaynaktan hedefe iletilmesi ile mümkündür. Ancak bazen araya giren parazit denilen gürültüler nedeniyle mesajın iletilmesi engellenebilir. Bu durumda hedef, mesajı alamadığı için mesajı anlamakta, algılamakta ve yorumlamakta sorun yaşamış olacaktır. Dolayısıyla gürültü kaynak ve hedef arasındaki iletişim sürecini engellemiş olacaktır. Bazen gürültü engeli geri bildirim sürecinde de yaşanabilir. Hedef sorunsuz bir şekilde mesajı alabilir. Ancak hedef, araya giren bir gürültü engeli ile karşılaşırse geri bildirim gerçekleşmeyebilir. Bu durumda, iletişim tek yönlü gerçekleşmiş olacaktır. *Tek yönlü iletişim*, genelde örgütlerde, yönetsel anlamda genelde yukarıdan aşağıya (üst-alt) doğru işler. Bu tür iletişim çeşidi (dikey örgütlenme) örgütlerde genelde tercih edilir. Şayet mesaj hedeften kaynağa doğru geri bildirim ile iletirse, *çift yönlü iletişim* gerçekleşmiş olur. Çift yönlü iletişim, yazılı ve sözlü olmak üzere iki kişi arasında gerçekleşir. Temel bir iletişim sürecidir. Tüm örgütlerde kullanılır.

<sup>13</sup> Şekil 2.4, Lasswell formülünden esinlenerek, geri bildirim ve ileri bildirim süreçleri eklenmiştir. Çünkü Lasswell Formülünde ileri besleme süreci yoktur. Hatta bu konuda Lasswell eleştirilmiştir. McQuail ve Windahl (2010).

Tek yönlü iletişim ile çift yönlü iletişim arasında etkinlik açısından şu farklılıklar vardır.

- a. Tek yönlü iletişim hedefe geri bildirim fırsatı vermez, ancak çift yönlü iletişim, hedefe geri bildirim fırsatı verir.
- b. Tek yönlü iletişim, çift yönlü iletişimden daha hızlı işler. Çünkü geri bildirim söz konusu değildir ve geri bildirim zaman alır.
- c. Çift yönlü iletişim, tek yönlü iletişime göre daha fazla gürültü tehditi altındadır.
- d. Çift yönlü iletişimde hedef, daha fazla kendini güvende hisseder. Çünkü kendi yargısı ile iletişim sonuçlanacaktır. Oysa tek yönlü iletişimde bu söz konusu değildir. Çünkü hedef, gelen mesajı sadece alır ve uygular.
- e. Çift yönlü iletişim tek yönlü iletişime göre daha sağlıklıdır.
- f. Çift yönlü iletişimde interaktif iletişim süreci işler.

Örgütsel iletişim açısından çift yönlü iletişim bir ihtiyaçtır. Çünkü bir örgüt içerisinde ortak amaçlara ulaşmak için yukarıdan-aşağıya, aşağıdan-yukarıya doğru çift yönlü bir iletişim, her zaman örgüt içi çalışanlar açısından etkili ve önemlidir. Bir diğer önemli konu, bir örgüt içerisinde çalışanlar arasındaki her dünya görüşü farklılıklarını ortadan kaldırarak, örgütün başarısı için ortak hareket etmelerini sağlayan, örgüt içi çalışanlar arasındaki motivasyonu sağlayan *örgütsel iletişim* önemlidir.

Genel olarak bir iletişim engeli olan gürültüyü ikiye ayırmak mümkündür. Bunlar;

**a. Teknik Gürültü:** Hedefin algılamasını bozan veya zorlaştıran her bozucu faktördür. Örneğin konuşması anlaşılmayan bir konuşmacı, teknik kavramların (jargon) kullanılması veya telefondaki parazit teknik gürültüdür.

**b. Anlamsal Gürültü:** Kaynak ve hedefin mesaja aynı anlamı yüklemeleridir. Örneğin, bir zanlının sorgulanması sırasında polis memuru zanlıyı suçta eğilimi olarak nitelerken, sosyal psikolog sosyal nedenleri vurgulayabilir (Tutar, 2013).

İletişimi negatif yönde etkileyen gürültünün kaynağı gönderici, mesaj, kanal, alıcı veya iletişim ortamı olabilir. İletişimi engelleyen gürültüleri dört grup altına incelenip mümkündür (Güney, 2001).

**1.Fiziksel Gürültü:** Fiziksel gürültü (aşırı ses, parazitler vb.) mesajı bozmasa da onun algılanmasını zorlaştırır. Örneğin, sınıfta ders yaparken sınıfın karşısında bulunan hava limanından her beş dakikada bir uçağın kalkması.



**2.Nörofizyolojik Gürültü:** Norofizyolojik gürültü, hedef birimde yani alıcıda meydana gelen bir gürültü çeşididir. Hedef birimdeki işitme organ bozuklukları nörofizyolojik gürültüye sebep olmaktadır. Örneğin, kulağı ağır işittiği için arkadaşının söylediklerini anlamakta güçlük çeken birisinin iletişim engelini yaşaması gibi.

**3.Psikolojik Gürültü:** Hedef birimin merkezinde yer alan psikolojik gürültü çoğunlukla algılama hataları, inançlar, tutumlar ve diğer psikolojik durumlardan kaynaklanmaktadır. İnsanlar inançları, tutumları veya o anda içinde buldukları duygusal durumlar nedeniyle karşındakilerin söylediklerini farklı biçimlerde yorumlarlar veya farklı anlamlar çıkarabilirler. İnsanlar arasındaki iletişim kopukluklarının temelinde çoğunlukla psikolojik gürültü yatmaktadır.

**4. Toplumsal-Kültürel Gürültü:** İletişim süreci içerisinde olan taraflar, aynı ortamda hayatını devam ettirmekte olan insanların bilgi düzeyi farklılıkları, ekonomik ve çevresel farklılıklar toplumsal-kültürel gürültüye neden olmaktadır.

İletişim sürecini en iyi şekilde anlamak, kavramak ve özümsemek için üç türlü yaklaşım geliştirilmiştir. Bunlar;

- a. Süreç Okulu Yaklaşımı
- b. Anlambilim Okulu Yaklaşımı
- c. Seçmecî Yaklaşım

#### **Süreç ve Anlambilim Okulları Arasındaki Farklar:**

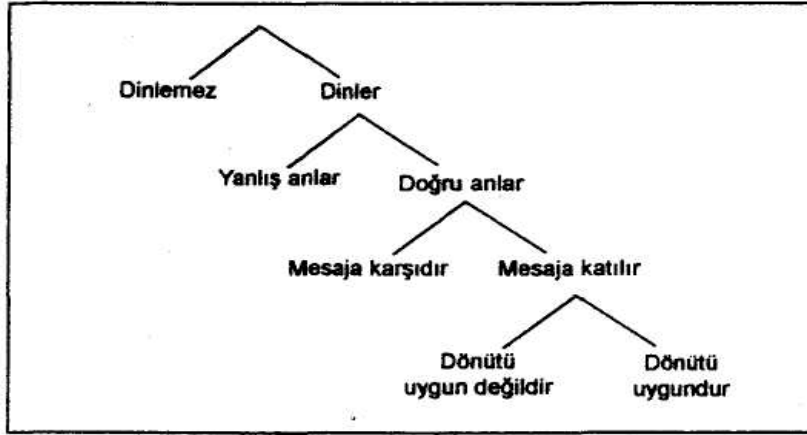
- a. Süreç okulu taraftarları sosyal bilimlere, özellikle de psikolojiye ve sosyolojiye yönelirler ve kendilerini "iletişim eylemleriyle uğraşanlar" olarak görürler.
- b. Anlambilim okulu taraftarları dilbilime ve sanat konularına yönelirler ve kendilerini "iletişim ürünleriyle uğraşanlar" olarak görürler.
- c. Süreç okulu, mesajı, iletişim süreciyle aktarılan eleman olarak görür. Bu okulun çoğu taraftarı mesajı nelerin yapılandıracağıının en önemli belirleyicisinin amaç olduğuna inanır. Onlara göre kaynağın amacı belirtilmiş ya da belirtilmemiş, bilinçli ya da bilinçsiz olabilir; ancak, çözümlemeyle yeniden elde edilebilir olmalıdır.

**d.** Anlambilim okulu taraftarlarına göre mesaj, alıcılarla etkileşerek anlamlar üreten işaretler bütünüdür. Kaynağa pek önem verilmez. Kaynak mesajın ileticisi olarak görülür. Önem metine ve metnin nasıl okunduğuna verilmektedir.

İletişim süreci aşamasında özellikle örgütsel iletişim açısından önemli bir konu da; kaynağın mesajı göndermeden önce, hedef ile ilgili olarak aldığı önlemlerle ilgili olarak, "*İletişimde Beş Aşama Kuralı*" dır. Bu kurala göre, iletişim sürecinin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi için, gönderici konumundaki kaynağın, alıcı konumundaki hedef ile ilgili şu amaçları söz konusudur.

- a.** Hedefin, mesajı kabul etmesi,
- b.** Hedefin mesajı anlaması ve algılaması,
- c.** Hedefin iletişim sürecini kabul etmesi,
- d.** Hedefin eyleme geçmesi,
- e.** Hedefin geri bildirimde bulunmasıdır.

İletişim sürecinde bu ilişkiyi şu şekilde görmek mümkündür.



**Şekil 2.5:** Hedef ile Mesaj Arasındaki İlişki (Ergin, 2010).

Şekil 2.5’de görüldüğü gibi, *iletişimde beş aşama kuralı* devreye girdiğinde, hedefin mesajı dinlemesini, doğru anladığını, mesaja katıldığını ve dönütünün uygun olduğunu görmek mümkün olacaktır. Aksi halde, hedefin mesajı dinlemediği, yanlış anladığı, mesaja karşı olduğu ve geri bildiriminin de uygun olmadığı görülecektir.

### 2.1.2 İletişimin işlevleri

Birey, toplum ve örgüt kavramları birbirlerinden ayrılmayan üç önemli olgudur. Dolayısıyla, iletişimi, bu üç kavram açısından ele almak ve irdelemek gerekir. İletişimin işlevlerini, bireysel, toplumsal ve örgütsel olarak üç ana bölümde incelemek mümkündür.

Ancak bireysel derken, bireyin psikolojik davranışları devreye girdiğinden, iletişimin işlevler bireysel-psikolojik olarak ele alınabilir.

#### 1. İletişimin Bireysel-Psikolojik İşlevleri:

İletişimin bireysel-psikolojik işlevlerini üç ana bölümde incelemek mümkündür. Bunlar;

**a. İlişki Kurma İşlevi:** Birey, biyolojik, psikolojik ve sosyal/kültürel olarak üç boyutta var olmuştur. Birey önce dünyaya gelir, fiziksel olarak varlığını ortaya koyar, ardından duyguları gelişir. Büyüdükçe hem sosyal hem de kültürel olarak yaşamı bir hayat boyu şekillenmeye başlar. Ancak bu varoluş, onun çevresiyle olan kişilerarası iletişimiyle devam eder. Aksi halde

birey, çevresiyle sosyo-kültürel ilişkilerini gerçekleştiremediği gibi, biyolojik ve psikolojik var oluşu onu hayat boyu başarılı kılamayacak ve mutlu olamayacaktır. Bu yüzden iletişim bireyler için olmaz ise olmaz bir boyuttur. Bireyin varoluş nedeni başarılı olmak ve mutlu olmaktır. Bu amacını gerçekleştirmek için iletişim oldukça önemli bir araçtır.

Kuşkusuz ilişki kurmak tek başına yeterli değildir. Kurduğumuz ilişkilerin niteliği de önemlidir. Kimi zaman bizi mutlu eden, ruh sağlığımızı destekleyen, güçlendiren ilişkiler kurabildiğimiz gibi, kimi zaman bazı ilişkileri hiç yaşamamış olmayı tercih edebiliriz. Çünkü o ilişkiler bizi üzmüş, incitmiş, hayal kırıklığına uğratmış kısaca pek çok olumsuz duyguyu yaşamamıza neden olmuş olabilir Kendi iç dünyamızla iletişimimizi artırdıkça ve bunun sonucu olarak kendimizi daha iyi tanıdıkça, kendimize ilişkin farkındalığımızı artırdıkça, başarılı insan ilişkileri için gerekli olan iletişim becerilerini öğrendikçe, bunları kendi ilişkilerimizde kullanmaya başladıkça ve bu konuda ustalaştıkça daha doyurucu, anlamlı, olumlu ilişkiler kurabiliriz.

**b. Benliği Geliştirme İşlevi:** Algı nasıl oluşur? İnsan doğduğu andan itibaren içinde yer aldığı fiziksel çevredeki nesnelere ve başta annesi olmak üzere diğer insanlarla

etkileşimde bulunmaya başlar. Zamanla çevresindeki diğer insanlarla, başta anne-babasıyla kurmuş olduğu ilişki ve iletişimlerde, kendisi ile ilgili görüş değerlendirme ve mesajları biriktirir. Kendi yaşantıları, deneyimleri ve diğer insanlarla iletişimlerinde kendisi hakkında elde ettiği ipuçlarını kendisi hakkındaki görüşü bir başka ifadeyle benliği için birer referans çerçevesi olarak kullanır ve kendine ilişkin bir algı oluşturur. Bu algı statik, değişmez değildir. Yeni yaşantılar, ilişki ve iletişimlerle yeniden organize edilebilir. Kısacası, benliğimizi içerisinde yaşadığımız hem sosyal hem de kültürel süreç içerisinde geliştirebiliriz.

**c. Var Olduğunu İfade Etme ve Tanınma İşlevi:** Bireyi psikolojik gereksinimlerinden biri, onun var olduğunu ifade etmek ve iletişim sürecinde olduğu bireylere ve dolayısıyla "ben varım, buradayım" mesajını ileterek karşı taraftan olumlu geri bildirimler almaktır. Bu, bireyin mutlu olması ve başarılı olması için oldukça önemli bir psikolojik gereksinimdir. İster çocuk, ister yaşlı olsun, tüm bireyler için bu hayatları boyu başarının ve mutluluğun kapısını aralayacak bir kapıdır.

İnsan başka insanların gözünde bir değer taşıdığını bilmek ister. Bu istek insanın başkaları tarafından fark edilme ve onların nazarında bir değer taşıdığına inanma gereksinimini yansıtır. Bir an hiç kimsenin bizi fark etmediğini ve bu evrende hiç kimse için bir anlam ifade etmediğimizi, bizi seven, değer veren hiç kimsenin olmadığını düşünelim. Böyle bir dünyada ne kadar yaşayabiliriz? Herhalde böyle bir durumda sayılmak, etrafımızdaki insanların biz yokmuşuz gibi davranmaları, bizi dikkate almamaları psikolojik sağlığımız için önemli bir tehdittir.

**d. Paylaşma:** Sosyal/kültürel bir varlık olarak insanın yüzü diğer insanlara dönüktür. Onlarla duygu, düşünce ve yaşantılarını paylaşmak ister. Duygularımızı paylaşırız, düşüncelerimizi paylaşırız, yaşadıklarımızı, yaşamak istediklerimiz paylaşırız. Kimi zaman üzüntümüzü, acımızı, mutsuzluğumuzu paylaşır, kimi zaman heyecanlarımızı, coşkumuzu, mutluluğumuzu, kimi zamanda hayallerimizi, umutlarımızı paylaşırız. Bütün bunları yapmak için bir insana, dosta gereksinim duyarız. Bu insana özgü yaşantıları paylaşmamıza olanak sağlayan şey iletişimdir (Kaya, 2015).

**2. İletişimin Toplumsal İşlevleri:** İletimin toplumsal işlevlerini şu şekilde sıralamak mümkündür. Bunlar;

**a.** Toplumla çeşitli konularda haber ve bilgi sağlama.

- b. Bireylerin toplumsallaşma süreçlerine katkıda bulunma.
- c. Toplumu belirli amaçlara güdüleme.
- d. Tartışma ortamı hazırlama.
- e. Eğitime katkıda bulunma.
- f. Kültürün gelişimine katkıda bulunma.
- g. Eğlendirme.
- h. Bireyler, gruplar arasında toplumsal bütünleşmeye katkıda bulunma.

**3.İletişimin Örgütsel İşlevleri:** Örgütlerin işleyişlerinde iletişim oldukça etkilidir. Örgüt içi ve örgüt dışı iletişim ne kadar sağlıklı olursa, o örgüt o kadar başarılı olur. Çünkü örgüt içi çalışanların örgütlenmelerini, örgüt dışı hedef kitle ile olan sosyal ve ekonomik ilişkilerini sağlayacak olan iletişimdir. Bu bir anlamda o örgütün hem iç hem de dış eşgüdüm işlevidir.

Bir örgüt içerisinde iletişimin dört işlevi vardır. Bunlar:

**a. Bilgi Sağlama İşlevi:** Bilgi, bireyin sosyal-kültürel açıdan gelişmesi, toplumsallaşması ve *çevreyle uyumlu* olması açısından gereklidir. Aynı uyum örgüt çalışanları ve örgütler içinde geçerlidir. Örgütler kendi hedef kitlelerine yönelik gerekli her türlü bilgiye gereksinim duyarlar. Çünkü bire-bir iletişim ve ilişki içerisinde oldukları bu kitlelerdir. Örgütler, bu kitlelerin gereksinimlerine göre davranış sergilerler. Bu süreçte ancak bilgi ile gerçekleşebilir.

Bilgi sağlamanın bir diğer etkisi *örgütün amaçlarını* gerçekleştirmesidir. Örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için örgüt içi çalışanlarının, iş görenlerin neyi nasıl hangi yöntemle yapacaklarına yönelik bilgiye ihtiyaçları vardır. Kısacası, bir örgüt içerisinde gerekli bilgi zamanında örgüt içi çalışanlara ve iş görenlere zamanında sağlanmalıdır. Aksi halde, o örgüt hiçbir zaman başarılı olamayacaktır.

Bir diğer iletişimin örgüt içerisinde *karar vermede* olan etkisidir. Örgütler karar verme mekanizmalarını zamanında devreye sokmaları için gerekli bilgiye ihtiyaç duyarlar. Çünkü sorunların çözümü için gerekli bilgiye ihtiyaç vardır. *Belirsizlik* gerek örgütler için gerek büyük işletmeler için oldukça önemli bir kavramdır. Genelde ticari faaliyet içerisinde olan işletmeler için *belirsizlik*<sup>14</sup>, istenmeyen, bir

---

<sup>14</sup> **Belirsizlik:** Genel olarak, bireyler için, örgüt çalışanları için, iş görenler için ve örgütler için gerekli bilgi ile mevcut bilgi arasındaki farktır.

söylem olarak tercih edilmeyen bir kavramdır. Örgütler için bu belirsizliği ortadan kaldıracak olan bilgidir.

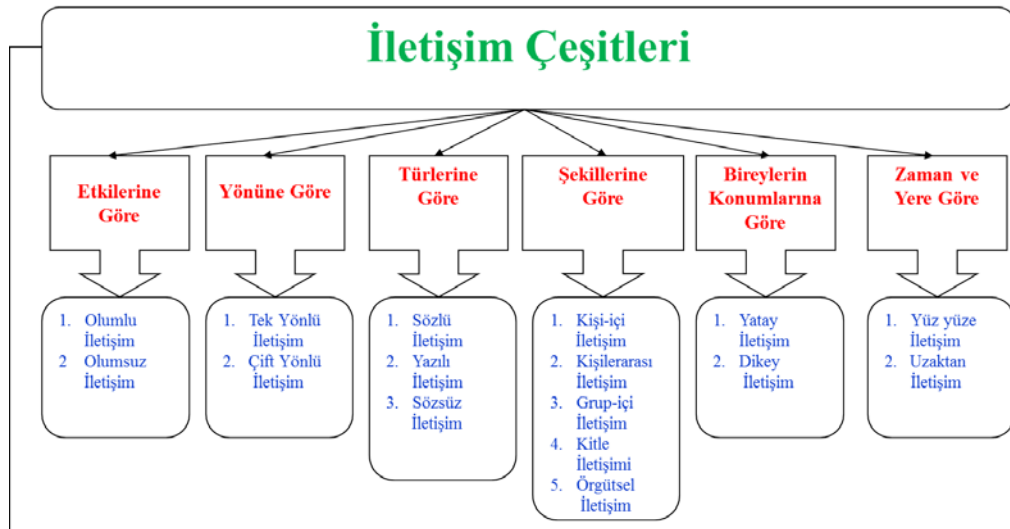
**b. İkna Etme ve Etkileme İşlevi:** İkna ya da etkileme, iletişimin en önemli amacıdır. *İkna etme*, karşımızdaki kişi veya kişilerin düşünce, davranış veya tutumlarını bizim istediğimiz biçimde etkileme ya da değiştirme sürecidir. *Etkileme* ise karşımızdaki kişilerin tutum ve davranışlarını onların istek ve çıkarlarına ters düşmeyecek şekilde daha uzun sürede değiştirme girişimi olarak tanımlanabilir.

**c. Emredici ve Öğretici İşlevi:** Örgütlerde dikey iletişim önemlidir. Çünkü örgütler, üst ve alt hiyerarşi içerisinde işler. Bu işlevselliği sağlayan üst yöneticilerin iş görenleri motive ederek ilettikleri emirleri yerine getirmelerini sağlamaktır. Diğer taraftan yöneticilerin örgüt çalışanlarına yönelik öğretici davranışlar sergilemeleridir. Çünkü iş görenler faaliyetlerini, örgüt içi bilgi donanımlarıyla uygulamaya koyacaklardır. Yöneticilerin astlarını yetiştirme görevi de vardır.

**d. Birleştirme İşlevi:** İletişimin bir diğer işlevi de birleştirme ve eşgüdüm sağlamadır. Kültürel olarak birbirlerine bağlı bir toplumsal sistem içinde yer alan kişilerin, karşılıklı ilişki ve bağlılığını sürdürebilmeleri ancak iletişimle mümkün olabilir.

### 2.1.3 İletişim Çeşitleri

İletişim, genel anlamda *etkilerine göre, yönüne göre, türlerine göre, şekillerine göre, bireylerin konumlarına göre, zaman ve yere göre* sınıflandırılabilir.



Şekil 2.6: İletişim Çeşitleri

**1.Etkilerine Göre İletişim:** İletişim, alıcı konumundaki hedefte bıraktığı etki bakımından olumlu ve olumsuz iletişim olmak üzere olarak sınıflandırılır.

**a. Olumlu İletişim:** Eğer bir iletişim süreci katılanlarda hoş, olumlu etkiler bırakıyorsa, katılanlar bu iletişim sonunda gereksinimlerini karşılamış, değer verdikleri, anlaşıldıkları ve takdir edildikleri hislerini yaşıyorlarsa bu iletişimin olumlu bir iletişim olduğu söylenebilir.

**b. Olumsuz İletişim:** Olumsuz iletişim, katılanlar üzerinde olumsuz etkileri olan, iletişimde bulunanların hoş duygular yaşamadıkları bir iletişimdir. Bu tür iletişimde karşılıklı kabul ve saygı yerine eleştiri ve suçlama vardır. Dolayısıyla taraflar kabul edildikleri, değer verdikleri, anlaşıldıkları hislerini yaşamazlar. Aşağıda olumlu ve olumsuz iletişime ilişkin örnekler verilmiştir (Kaya, 2015).

**2. Yönüne Göre İletişim:** İletişim, yönlerine göre tek yönlü ve çift yönlü iletişim olmak üzere ikiye ayrılır.

**a. Tek Yönlü İletişim:** Bu tür iletişimde gönderici konumundaki kaynak, mesajı alıcı konumundaki hedefe gönderir. Bir iletişim süreci söz konusudur. Ancak bu süreçte yalnızca kaynak aktif konumdadır. Hedefin bir tepkisi yoktur, pasiftir. Hedef sadece mesajları alır ve iletişim sürecinde oldukça önemli olan geri bildirimde bulunmaz. Bir televizyon programında haber spikerinin haberleri okuması ve izleyicilerin haberleri dinleyerek, herhangi bir geri bildirimde bulunmamaları, örnek olarak verilebilir.

**b. Çift Yönlü İletişim:** Bu iletişim türünde, gönderici ve alıcılar iletişim süreci içerisinde aktiftirler. Kaynak, mesajı gönderir, hedef alır, değerlendirir ve geri bildirimde bulunur. Bir çocuğun babasından okul harçlığı talebinde bulunarak babasının anında bu talebe cevap vermesi örnek olarak verilebilir.

**3. Türlerine Göre İletişim:** İletişimi, türlerine göre sözlü iletişim, sözsüz iletişim ve yazılı iletişim olmak üzere üç gruba ayırmak mümkündür. Son yıllarda internetin hayatımıza girmesi ve teknolojinin gelişmesi ile *elektronik iletişim* dediğimiz yeni bir iletişim türünden söz etmek yanlış olmaz. Bu tür iletişim, teknolojik araçlar (bilgisayar, cep telefonu vb.) ile gerçekleştirilir.

**a. Sözlü İletişim:** Dil, bireylerin dünyayı anlamalarında, anlamlandırmalarında ve algılamalarında oldukça önemli bir olgudur. Çünkü dil, söz iletişime geçmenin en önemli aracıdır. Bireyler, gerek kişilerarası iletişim, gerek toplumsal ve gerek ise

örgütsel iletişime geçerken, karşı tarafa duygu ve düşüncelerini aktarmak için konuşma ihtiyacı duyar. Bu ihtiyacı dil giderir.

Sözlü iletişim, yazılı olandan daha yaygındır. Yalnızca zamandan kazandırdığı için değil, aynı zamanda daha iyi açıklama imkânı sağlayıp, anlaşılabilirliği arttığundan dolayı tercih edilmektedir. En yaygın kullanımları yüz yüze görüşme, telefon, kamuoyuna hitap ve toplantılardır. Sözlü iletişimin en etkili olanı yüz yüze görüşmedir. Her iki tarafın da birbirine doğrudan tepki vermesine olanak tanıdığından dolayı önemli bir iletişim şeklidir. Sözlü iletişimde yüz yüze görüşmeler, mesajın ileticisine jest gibi yüzeysel ifadeye dayanan vücut dilini kullanma fırsatı verir ve bundan dolayı daha fazla geri bildirim sağlayarak iletişimin etkinliğini artırır.

Sözlü iletişimin en önemli belirleyicisi iletişim süreci içerisinde olanların yer ve zaman açısından gerekli birliktelikleri sağlamalarıdır. Ancak elektronik iletişim süreci içerisinde bu geçerli değildir. Çünkü bireyler farklı ortamlarda iken de sözlü iletişimi, günümüzde farklı elektronik iletişim araçları (cep telefonu, sosyal medya, internet ağları vb.) ile gerçekleştirme imkânı bulabilirler. Ancak, iletişimin en sağlıklı yüz yüze iletişimidir. İletişim süreci içerisinde sonuç alabilmenin en önemli yolu, iletişimi yüz yüze gerçekleştirmektir. Robbins ve Judge (2012).

**b. Yazılı İletişim:** Örgütlerde en sık görülen ve tercih edilen iletişim türüdür. Çünkü yazılı iletişim, karşı tarafa verilmek istenen mesaja kalıcı bir özellik vererek yazılı kanıt niteliğini her zaman korur. Diğer taraftan yazılı iletişim, formal veya informal bütün örgütlerde verilmek istenen mesajın yerine getirilmesinde en önemli bir araçtır. Çünkü yazılı iletişimin, sözlü veya sözsüz iletişime göre daha fazla yaptırım gücü vardır. Yazılı iletişim, örgüt içerisinde, iş görenlerin verilmek istenen mesajı almalarında ve uygulamalarında daha etkindir. Yazılı iletişim, mektuplar, memorandumlar, raporlar, özetler, makaleler, tutanaklar, basın bildirimleri ile el yazısı, basılı notlar, elektronik ortamda gönderilen tüm yazılı mesajlar ile kısaca her türlü yazılı mesaj kullanılarak yapılan iletişimidir. Tengilimoğlu ve Öztürk (2004).

Örgütlerde yazılı iletişimin genel olarak tercih edilmesinin nedenleri şunlardır;

**a.** Göndericinin mesajı göndermeden kontrol etme, düzeltme, gerektiğinde tekrar düzenleme veya değiştirebilmesi olanaklıdır.



- b. İletişimde sözcüklerin seçilmesine, gramer ve dil hatalarının gözden geçirilmesine olanak sağlar.
- c. Mesajın, alıcıya arzu edildiği zamanda ulaşmasını sağlar.
- d. Mesajın, iletişim kanallarından geçerken anlam ve içeriğinde sapmalara olanak vermez.
- e. Mesajların, bütünlük içinde ve doğru aktarılmasını sağlar.
- f. Özellikle emir ve talimatların yazılı olarak verilmesi, yazılı iletişimi sözlü iletişime nazaran daha etkin bir iletişim aracı yapmaktadır.
- g. Yazılı iletişimin örgütlerde olumlu özelliklerinin yanında olumsuz özellikleri de söz konusudur. Bu özellikler şunlardır:
- h. Aşırı kırtasiyeciliğe neden olması ekonomik yönden olumsuz bir durumdur.
- i. Yazılı iletişimin iletilmesi sürecinde hiyerarşik yapıyı izlemek fazla zaman ve çaba harcanmasına neden olabilir.

Resmi ve özel belgelerin arşivlerine ve kuruma belgeler olarak saklanması sürecinde birtakım aksaklıklar yaşandığında bu belgelerin istenmeyen kişilerin ve kurumların eline geçme olasılığı vardır. Alıcının aldığı mesajı yani yazılı metni anlamakta güçlük çektiği durumlarda yazılı iletişimi destekleyici beden dili, sözlü iletişim gibi unsurların kullanılmaması, yanlış veya eksik anlamalara neden olabilmektedir. Yansıma sürecinin formel yapıdan dolayı ağır işlemesi, hem uygulamada zaman kaybına neden olmaktadır hem de verilen kararların etkinliğini azaltmaktadır (Eskiyörük, 2015).

**c. Sözsüz İletişim:** Sözsüz iletişim, kısaca ağızdan herhangi bir sözcüğün çıkmasını gerektirmeden karşıdaki birey ile anlaşmaktır. Yani sözsüz iletişim sesli dil ve yazı dili aracılığı ile gerçekleştirilmeyen bir iletişim çeşididir. Çeşitli işaretler, semboller, grafikler ve şekillerin kullanımı da bir sözsüz iletişimdir. Örneğin, günlük hayatımızda oldukça önemli olan trafik levha ve işaretleri de sürücülere ve yayalara vermek istedikleri mesajlar açısından önemli sözsüz iletişim araçlarıdır.

Duncan (1969), sözsüz iletişim şu şekilde sınıflandırmıştır;

**Vücut hareketleri:** Vücudun duruşu ve hareketleri, el işaretleri, yüz ifadeleri, göz hareketleri.

**Dil ötesi:** Vokalizasyon ve sesin niteliği.

**Mesafe:** Kişinin başkalarına olan fiziksel yakınlığı, sosyal, resmi ve kişisel alanını kullanım tarzı.

**Koku:** Kullanılan kokular ve kokuların taşıdığı mesaj.

**Dokunma:** Dokunma veya bedensel temas, mesaj iletmenin etkin yollarından biridir.

**Elbise ve aksesuar:** Bunlar, mesaj iletme aracıdır. Elbise kişinin bedenini örten ve kişiliğini açığa çıkaran bir mesaj aracıdır.

**4. Şekillerine Göre İletişim:** Birey, yalnız yaşayan bir varlık değildir. Doğal olarak çevresi ile yaşamını devam ettirmek durumundadır. Çevresi ile olan iletişimi, onun için bir ihtiyaçtır. Bireyler, gerek sosyal gerek iş çevresi ile olan iletişimlerinde ne kadar aktif olurlar ise o kadar kendilerini toplumun bir parçası olarak görerek mutlu olurlar. Ancak bireyler, bu iletişimi sadece bir kitle ile gerçekleştirmeyip, bunu değişik şekillerde yerine getirerek yaşamlarını devam ettirirler. Şekillerine göre iletişimi beş grupta incelemek mümkündür. Bunlar;

**a. Kişi-içi İletişim:** Kişi, çevresi ile iletişime geçmeden önce kendi iç dünyası ile mesaj alış verişinde bulunur. İçsel iletişim olarak da ifade edilen kişi-içi iletişim, kişinin kendisi ile olan iletişimidir. Kişi, iç dünyasında duygu ve düşüncelerini tasarlar, mukayese eder ve ardından vereceği mesajda karar kılar. Kişi-içi iletişimde duyma, algılama, yorumlama ve düşünme önemlidir. Genel anlamda iletişim, kişi-içi iletişim ile başlar, ardından diğer çevresi ile olan iletişim ile süreç devam eder. Kişi, çevresi ile olan iletişim sürecine geçmeden hedefe vereceği mesajın kodlamalarını yapar. İletişimin sağlıklı sonuçlanması için, kişinin doğru kodlamalarda bulunması önemlidir. Kişi-içi iletişimde mesajı kodlayanda kod açanda kişinin kendisidir. Başka bir ifade ile kaynak ve hedef kişinin kendisidir. Buna kişinin kendisiyle iletişimi de denir.

**b. Kişilerarası İletişim:** Kişiler arası iletişimi en az iki kişi arasındaki, sözlü ya da sözsüz olarak simgeler (kodlar) kullanılarak gerçekleştirilen bir iletişim türü olarak tanımlamak mümkündür. Yatkın ve Yatkın (2010). Kişilerarası iletişim, birden fazla birey arasında mesaj alış-veriş sürecinin gerçekleşmesidir. Yani, birden fazla bireyin duygu ve düşüncelerini paylaşmasıdır. Arkadaş-arkadaş iletişimi, işveren-iş gören iletişimi, yönetici-çalışanlar iletişimi, kardeş-kardeş iletişimi, anne-baba iletişimi, öğretici-öğrenen iletişimi, satıcı-alıcı iletişimi vb. kişilerarası iletişime örnek olarak

verilebilir. Ancak bir iletişimin kişilerarası iletişim olabilmesi bazı faktörlere bağlıdır. Bunlar;

Kişilerarası iletişime katılanlar mutlaka belirli bir yakınlık içerisinde olmalı ve iletişim süreci yüz-yüze gerçekleştirilmelidir. Bu yakınlık, kişiler arasında 45cm-120cm olabilir. Bu ölçüler dışındaki iletişim sağlıklı değildir. İletişim, pasif değil, aktif gerçekleşmelidir. Yani iletişim tek yönlü değil, çift yönlü olmalıdır. Mutlaka, hedef tarafından kaynağa bir geri bildirim iletilmelidir. Gönderilen ve alınan mesajların sözlü veya sözsüz nitelikte olması, iletişim sürecinin sağlıklı ve anında gerçekleşmesi açısından önemlidir.

Kişilerarası iletişim yüz-yüze gerçekleştirebileceği gibi kitle iletişim araçları dışında özel iletişim araçları (telefon, faks, telgraf, mektup vb.) ile de kurulabilir. Bireylerin, gündelik yaşamda mutlu ve başarılı olmalarının ön koşulu, iletişim kanallarının açık olmasıdır. Özellikle, örgütsel iletişimde kişilerarası iletişim oldukça önemlidir. Örgütlerin işleyiş ve başarılı olmalarında kişilerarası iletişim ön plana çıkar. Çünkü örgütlerdeki organizasyonların başarısı ve hedef kitleler ile olan ilişkilerde kişilerarası iletişim önem kazanır. Örgütlerdeki kişilerarası iletişimi aşağıda **şekil 2.7**'de gösterilen Joharry penceresinde görmek mümkündür.



**Şekil 2.7:** Joharry Penceresi. Sayers ve diğ. (1993).

Şekil 2.7'ye göre örgütlerde kişilerarası iletişim sürecinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde aşağıda ifade edilen özellikler önemlidir. Bunlar;

- a. Anlatım
- b. Benlikte içsel açıklık
- c. Sosyal onay
- d. İlişki gelişimi

Sosyal kontrol olarak ifade edilebilir.

Bireyler ne kadar bu özellikleri yerine getirmede titiz davranırlar ise kişilerarası iletişim o kadar sağlıklı işleyecektir. Kişilerarası iletişim, stillerini gösteren Joharry penceresinde yukarıdaki şekilde görüldüğü gibi *açık, kör, gizli* ve *karanlık* alan olmak üzere dört bölge söz konusudur. Açık alan, kişilerarası iletişim boyutunun temelini oluşturur. Bu alanda bireyler, hem diğerleri tarafından bilinme, hem de diğerlerini tanımada büyük olanaklara sahiptir. Örgütlerin işleyişinde yöneticiler ve iş görenler açısından en çok tercih edilmesi gereken alan *açık alan* olmalıdır. *Kör alan* ise diğerlerince bilinen ancak kendinizce bilinmeyen alandır. Bu alan tek yönlüdür. *Gizli alan* ise diğerlerince bilinmeyen, kendinizce bilinen alandır. *Kör* alanda tek yönlüdür. *Karanlık alan* ise hem kendinizce hem de diğerleri tarafından bilinmeyen alandır. Bu alan, bireyin tamamen kendini soyutladığı alandır. Örgütlerde yöneticiler Joharry penceresini kullanarak kendi çalışanlarını tanıma fırsatı bularak aynı zamanda çalışanlarının da kendisini tanıma fırsatı bulmalarına olanak vermektedirler.

**c. Grup-içi İletişim:** Gruplar, bireylerin bazı sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılar. Birey, tek başına sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürülemez. Çünkü ancak toplumla iç-içe yaşamak durumundadır. Dolayısıyla, toplumun bir parçası gruplar ile iletişim içerisinde olmalıdır. Bir yaşam boyunca birey için önemli olan grupları formal (resmi) ya da informal (resmi olmayan) olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Bu grupların bazıları kısa, bazıları ise uzun vadeli olarak bireyin yaşamında yer alır. Aile, akraba çevresi, arkadaş çevresi vb. birer informal grup, işyeri, STÖ'ler, siyasi partiler, sendikalar, meslek grupları, üniversiteler, örgün ve uzaktan eğitim kurumları ise birer formal grup olarak değerlendirilebilir. Her grubun belli bir yapısı vardır. Bu grupların içerisinde belirli statüler ve roller vardır. Her birey, kendi statüsü ve rolüne göre davranış sergilemek zorundadır. Aksi halde, grup-içi iletişimde sorunlar yaşanabilir. Bu özellikle örgütsel iletişim açısından oldukça önemlidir. Çünkü örgütlerde belirli bir hiyerarşi düzen vardır. Örgüt içi çalışanlar, bu hiyerarşiye göre davranmak durumundadırlar. İnfomal bir grup olan aile içerisinde

bile anne, baba ve çocuklar kendi statü ve rollerine göre davranmadıklarında çeşitli çatışmalar yaşamaları söz konusu olabilir. Fichter (2004) grupları, sürelerine, bireylerin gruplara katılım şekillerine ve birey sayısına göre *birincil ve ikincil gruplar* olarak sınıflandırmıştır. Birincil gruplar (aile, akraba, arkadaş vb.)’da üyeler arasındaki iletişim daha samimi ve yüz yüze şeklindedir. Ancak ikincil gruplar (formal örgütler, işyerleri vb.)’da iletişim daha yüzeysel ve resmidir. Grup-içi iletişim şu aşamalardan geçerek işlevsellik kazanabilir. Bunlar;

**a. Grup üyelerini tanıma:** Grup üyeleri, ilk defa bir araya geldiği, üyelerin birbirlerini tanıma fırsatı buldukları, iletişim için birbirlerinden hoşlanıp hoşlanmadıkları, grup liderlerini seçmede bir düşünce birliğinin olduğu, grubun amaçlarının belirlendiği bir aşamadır.

**b. Görev Paylaşımı:** Grup içerisinde, statülere ve rollere göre üyelerin görevlerinin ve sorumluluklarının belirlendiği, üyelerin başarılı olmak için nasıl davranmaları gerektiğinin ortaya konulduğu bir aşamadır. Bu aşamada, her üye gruptaki statüsünü bilir ve buna göre davranış sergiler.

**c. Uygulama:** Grup içerisinde, ortak kararların alındığı, titizlikle bu kararların uygulanmaya konulduğu, üyeler arasında güven duygusunun yerleştiği, artık grup-içi iletişimin ortak hedefler doğrultusunda işlevsellik kazandığı bir aşamadır. Ancak bu aşamalar etkin bir grup-içi iletişim için bazen yeterli olmayabilir. Bunun için, iletişim etkinliğini artırmak açısından, grup içerisinde bazı önlemler alınabilir. Bunlar;

**a.** Grup üyesi, mutlaka dili iyi bir şekilde kullanmalı ve mesajı alıcısı konumundaki grup liderine ve üyelerine sağlıklı bir şekilde iletmelidir.

**b.** Grup üyesi, söyleyeceği her cümlede gruba vurgu yapmalıdır. Kendisini ön plana çıkaracak söylemlerden kaçınmalıdır.

**c.** Grup üyesinin söylemleri grubun gereksinimleri ile ilişkili olmalıdır.

**d.** Grup üyesinin söylemleri kısa, öz ve anlaşılır olmalıdır. Üye, grup lideri ve üyelerinden geri bildirim alarak, söylemlerinin anlaşıldığını onaylamalıdır.

**e.** Grup üyesi, konuşurken iletişimi yüz yüze gerçekleştirmeli ve anında geri bildirim aldığı düşüncesinde olmalıdır.

Örgütlerde ve organizasyonlarda grup iletişimi "*Y ve Serbest İletişim*" modeli olarak gerçekleştirilmektedir. *Y modeli, zincir modeli, dairesel model, serbest model veya*

*merkezi modellerde* kendini gösterebilir. Bu modellerde iletişim, bazen tek kişi etrafında gerçekleşirken, bazen de iletişim, tüm grup üyeleri etrafında serbestçe dolaşabilmektedir. Şayet, grup içerisinde herhangi bir belirsizlik söz konusu değil ve çalışmalar anlaşılır ve sorunsuz ise burada *Y modeli* daha etkin ve belirgindir. Ancak, grup içerisinde tam bir belirsizlik söz konusu ise *serbest iletişim modelinin* daha etkin olduğu söylenebilir.

**d. Kitle İletişimi:** Kitle iletişimi, tek yönlü bir iletişim sistemine sahiptir. Büyük birey, topluluklarıyla bilgi verme, kamuoyu oluşturma, eğitim-öğretim, reklam vb. amaçlarla iletişim sağlanmaktadır. Teknolojinin, özellikle 1990'lı yıllarda büyük gelişim göstermesi ile kitle iletişimi artık küresel boyutta etkisini göstererek oldukça geniş kitlelere ulaşılma olanağı bulunmuştur.

UNESCO komisyonunca hazırlanan raporda kitle iletişiminin fonksiyonları; haber ve bilgi akışı sağlama, toplumsallaştırma, güdüleme, tartışma ortamı hazırlama, eğitim, kültürün gelişmesine katkı, eğlendirme, bütünleşme şeklinde gruplandırılmıştır. Teknolojik bakımdan gelişmiş kitle araçlarını ellerinde bulunduran ülkeler, kendi toplumlarını etkilediği gibi dünyadaki diğer toplumları da etkilemektedir (Demir, 2011).

**e. Örgütsel İletişim:** Örgütler fiziksel, malî ve insan kaynaklarından oluşur. Örgüt, konusu unsurlardan oluşan işbirliği sistemlerdir. İşbirliği ancak iletişim ile yapılabilir. Örgüt ve örgüt iletişimi firma veya şirket iletişiminden daha fazla bir anlam ifade eder. Çünkü orada insanlar ve gruplar vardır ve bunların kendi aralarında özel iletişim şekilleri vardır. Örgütler, bir sistemdir ve örgüt için iletişim, biyolojik sistemlerde kan dolaşımı kadar önemlidir.

Örgütsel iletişim, çalışanların örgütün belirlenen amaçlarını gerçekleştirmek üzere eyleme geçmeleri sürecine dinamik bir yapı kazandırması bakımından önem arz etmektedir. İletişim, örgütün personel seçimi, kariyer planlaması, örgütün iç ve dış politika ve işleyişini belirleme konularında güç, etki ve role sahiptir. Demirel ve diğ. (2011).

**5. Bireylerin Konumlarına Göre İletişim:** İletişim, alıcı konumundaki hedef ve gönderici konumundaki kaynağın, bir grup veya örgüt içerisindeki birbirlerine olan konumlarına bakılarak yatay (simetrik) ve dikey (hiyerarşik) iletişim olarak sınıflandırılabilir.

**a. Yatay İletişim:** Bir örgütte benzer veya aynı statüdeki örgüt çalışanlarının kendi aralarındaki iletişim yatay iletişim olarak ifade edilmektedir. Örneğin, bir fabrikadaki işçilerin, bir üniversitedeki öğretim üyelerinin, bir hastanedeki hekimlerin kendi aralarında gerçekleşen iletişim yatay iletişimdir. Genelde örgütlerde gerçekleşen yatay iletişim formal değildir.

**b. Dikey İletişim:** Örgütlerde ast-üst iletişimi olarak da bilinen dikey iletişim, aşağıdan yukarıya veya yukarıdan aşağıya gerçekleşen bir iletişimi ifade eder. Örneğin, bir fabrikadaki müdürün işçi ile okulda öğreticinin öğrenci ile belediyede bir şube müdürünün idari personel ile olan iletişimi birer dikey iletişimdir.

İletişimin yatay veya dikey olması sadece iletişimde bulunanların pozisyon veya düzeyleri ile ilişkili değildir. Gönderilen mesajların içeriği de bunda belirleyici rol oynar. İletişim halindeki iki insan birbirlerine gönderdikleri mesajlarla aralarındaki ilişkiyi tanımlarlar. Bu tanım, aralarında ne tür iletişimsel davranışlar olacağını belirler (Haley, 1988). Bu durumu şu örnekte en iyi şekilde görmek mümkündür.

**Ali:** Ayşe kalemimi evde unuttum. Bana kantinden bir kalem alıp gelebilir misin?

**Ayşe:** Hayır, getiremem.

Ali, Ayşe'ye gönderdiği mesaj ile aralarındaki ilişkiyi dikey bir ilişki olarak tanımlamış ancak Ayşe bu tanıma verdiği mesaj ile kabul etmemiştir. Eğer Ayşe Ali'nin isteğini yerine getirseydi onun yapmış olduğu dikey iletişim tanımını da kabul etmiş olacaktı.

**6. Zaman ve Yere Göre İletişim:** Zaman ve yer boyutuna göre iletişim yüz yüze iletişim ve uzaktan iletişim olmak üzere ikiye ayrılır.

**a. Yüz yüze İletişim:** Yüz yüze iletişim, iletişimde bulunan bireylerin fiziksel olarak aynı yeri paylaştıkları, iletişim kurmak için araya başka herhangi bir araç koymadıkları iletişimdir. Yüz yüze iletişimde ağırlıklı olarak sözel kodlar kullanılır. Bu yüzden yüz yüze iletişim, ağırlıklı olarak sözel iletişime dayanır. Örneğin hastanede hekim- hasta ve hasta yakını, okulda öğretici-öğrenci, evde anne-çocuk arasındaki iletişim, yüz yüze iletişime en güzel örneklerdendir. İletişim sürecinde yer birlikteliği olduğu için sözlü iletişimin yanında beden dilinde kullanıldığı sözsüz iletişim söz konusu olabilir.

**b. Uzaktan İletişim:** Uzaktan iletişim, aynı fiziksel konumların olmadığı ortamda, bireylerin çeşitli araç-gereç ve materyaller aracılığıyla kurmuş oldukları bir iletişim

türüdür. Mektup, telefon, internet teknolojileri, kitap, dergi ve gazete vb. araçlar ile gerçekleştirilen iletişimidir. İnternet üzerinden yapılan iletişim, aynı yer birlikteliği olmadığı, görüşmeler farklı fiziki ortamlarda gerçekleştiği için yüz yüze iletişim değil, uzaktan iletişim olarak değerlendirilebilir. Özellikle 1990'lı yıllardan sonra internet teknolojisinin gelişmesi, bireyler arasındaki uzaktan iletişimi büyük oranda artırmıştır.

## 2.2 Örgüt Nedir?

*Örgüt*<sup>15</sup>, belirli bir amaca ya da amaç öbeğine yönelik, birbirleriyle bağlantılı eylemlerin gerçekleştirilmesi için, bireylerin önceden belirlenmiş davranış kalıpları, görev ve sorumlulukları çerçevesinde bir araya gelmesiyle oluşan, tamamlayıcılık ve süreklilik gösteren toplumsal bir yapıdır. Bozkurt ve diğ. (1998). Aşkun (1981) ise, örgütü, özünde bir grup insanın belli bir amaç yönünde güç birliği yapıp, bu birliğe gerektiğinde fiziksel araçları katıp, ilişkilerini yine belli bir yönetim temeline dayanarak düzenledikleri toplumsal sistem olarak tanımlamaktadır. Örgütler insanların gereksinimleri karşısında ortaya çıkan yapılardır.

## 2.3 Örgüt Kuramları

Örgüt kuramları, örgütsel işleyiş ve iletişim açısından oldukça önemlidir. Çünkü örgütler, söz konusu bu kuramlar doğrultusunda yapılanmalarını tamamlamışlardır. Örgüt kuramları, iletişim algısıyla ele alınmıştır. Yani örgütsel iletişimin temel felsefesini oluşturan örgüt ve örgüt içi çalışanlar bağlamında söz konusu kuramlar irdelenmeye çalışılmıştır. Tarihsel süreç de dikkate alındığında örgüt kuramlarını üç temel grupta incelemek mümkündür. Bunlar;

- a. Klasik Örgüt Kuramları,
- b. İnsan İlişkileri Kuramı,
- c. Modern Örgüt Kuramları.

---

<sup>15</sup> **Örgüt:** Toplumsal yapılanma (birbirleriyle bağlantılı eylem+bireylerin önceden belirlenmiş davranış kalıpları+tamamlayıcılık ve süreklilik).



## ÖRGÜT KURAMLARI



**Şekil 2.8:** Örgüt Kuramları

Tarihsel olarak bakıldığında halkla ilişkiler ve örgütsel iletişimin gelişmesinde klasik ve insan ilişkileri kuramlarının az da olsa etkisinin olduğu varsayılmaktadır. Ancak, modern örgüt kuramlarının ise halkla ilişkiler ve örgütsel iletişimin sosyal yaşamda kabul görmelerinde etkisinin küçümseyecek oranda fazla olduğu söylenebilir.

### 2.3.1 Klasik örgüt kuramları

Klasik Örgüt Kuramları, Frederic Winslow Taylor'un "Bilimsel Yönetim Kuramı", Henri Fayol'un "Yönetim İlkeleri Kuramı" ve Max Weber'in "Bürokrasi Kuramı"ndan oluşmuştur.

Klasik kuramlarını oluşturan bu üç akım benzer varsayımlara dayanmaktadır ve pratik yönden etkileri de temelde benzerdir. (Hicks ve Gullett (1981). Klasik örgüt kuramları, örgüt kuramlarının temelini oluşturmaktadır. Örgütsel yönetimin, işleyişin ve iletişimin ilk defa sistematik olarak ele alındığı klasik kuram, daha sonraki örgütsel çalışmalarını etkilemesi ve alt yapısını oluşturması açısından önemlidir. Morgan (1986) ve Kreps (1989)'e göre örgütleri bir makine analogisi gibi ele alan klasik kuram, örgütsel faaliyetlerde *düzen*, *devamlılık* ve *ussallık* üzerinde durmuş ve bu öğeleri önemsemiştir.

#### 2.3.1.1 Frederic Winslow Taylor'un bilimsel yönetim kuramı

Taylor, dönemin örgütsel sorunlarını ele alarak, verimliliğin nasıl artırılması gerektiği konusunda, bir işin en kısa sürede ve en iyi şekilde yapılması gerektiğini

inceleyen zaman ve hareket araştırmaları üzerinde durmuştur. Bir işin en kk parçalara bölünerek, her birinin nasıl yapılması gerektiğini anlatan bu alışmalar, *Taylorizmin*<sup>16</sup> temelini oluşturmuştur. Taylor, zaman ve hareket konusundaki çalışmalarını 1911’de yayınladığı "The Principles of Scientific Management" adlı eserinde detaylı bir şekilde ortaya koymuştur. Eserinde ıraklık sistemini ele alarak bir örgütteki verimliliği artırmak için şu düşüncelerini ortaya koymuştur. Bunlar;

**a.** retimi ve verimliliği artırmanın en önemli yolu ıraklık sistemidir. Her iş ayrı ele alınmalı, iş görenlere anlatılmalı ve bedeli ayrı ödenmelidir.

**b.** İş görenler ile yapılacak iş arasındaki uyum önemlidir. Bunun için iş görenler titizlikle seçilmeli ve bilimsellik ön plana çıkmalıdır. Bunun içinde iş görenler gerekli eğitimlerden geçmelidir. Örgüt içerisindeki bu anlayış her işverenin birincil amacı olmalıdır.

**c.** Yönetim ile iş görenler arasında mutlaka bir iş bölümü yapılmalıdır. Örgüt içerisinde yapılacak işlerin planlaması yönetim tarafından, üretim ise iş görenler tarafından gerçekleştirilmelidir.

**d.** rgt içerisinde iş görenlerin başarıları ön planda tutulmalı ve değerlendirilmelidir. Böylece iş görenler açısından başarı ya da başarısızlık ayrı ayrı değerlendirilmiş olacaktır.

Ancak eleştirel bir bakış açısıyla ele alındığında Taylor’un bilimsel yönetim kuramının, iş görenlerin sanat edinimlerini ortadan kaldırabileceği söylenebilir. şöyle ki; sadece ön planda üretim ve zamanı iyi değerlendirme vardır. Bundan dolayı, bu kuramın, başarılı sanat sahibi iş görenleri, başarısız sıradan iş görenlere dönüştürebilmektedir. Bu düşünce, iş görenleri makinanın insan gücünü oluştururken, yöneticiler ise bu makinanın beynini oluşturmaktadırlar. İnsanın bu şekilde değerlendirilmesi kuramın yetersizliğini ortaya koymaktadır.

---

<sup>16</sup> **Taylorizm:** rgt içerisinde, üretimde ıraklık sistemi ön plandadır. Bu sisteme göre, örgüt içerisinde gerçekleştirilen her iş ayrı değerlendirilmeli ve bedeli ayrı ayrı ödenmelidir. Böylece rgt içerisinde işgörenler ürettiklerinin bedelini aldıkları için daha verimli çalışabilmektedirler. Taylor’un bu düşüncesi, *taylorizmin* temelini oluşturmuştur.

### 2.3.1.2 Max Weber'in bürokrasi kuramı

Max Weber, örgütü makro bir çerçevede ele alarak, *"The Theory of Social and Economic Organizations"* (1964) ve *"The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism"* (1958) adlı eserleri ile klasik kuramcılar arasına girmiştir. Max Weber, bürokrasi modelini ekonomik ve toplumsal alanda büyük çaplı örgütler için inşa etmiştir. Bürokrasi sözcüğü, tanımlayıcı ve nesnel bir terim olarak kullanıldığında, başkaları tarafından saptanmış politikaları gerçekleştirmekte kullanılan çok sayıda teknik becerilerden oluşmuş ve büyük ölçekli operasyonlar için uygun olan bir karmaşık örgüt sistemi anlamına gelir. Ergün ve Polatoğlu (1992). Max Weber, çağdaş örgütleri (ya da bürokrasiyi), yönetimin sürgit ussallaşması sürecinin bir ürünü, en etkin örgütsel işleyişi gerçekleştirmek amacını güden uzmanlaşmış bir karmaşa, nesnel kurallara göre işleyen ve herkesin yeriyle yapacağı somut işi önceden belirleyen bir kurallar örüntüsü olarak görmektedir. Bürokrasi, "etkin ve verimli işleyiş" ilkesinin göz önüne alınarak, örgütlerin en akılcı şekilde kişisel duygu ve düşüncelerden arındırılarak yönetilmesidir (Fişek, 1979).

Weber, (1986) her zaman ve her yerde örgütlerde bürokratik yönetim anlayışını benimseyerek diğer yönetim anlayışlarına göre şu üstünlüklerinden söz etmiştir; *"hız, kesinlik, dosya bilgisi, süreklilik, disiplin, güvenlik, erk sahibi olan ve olmayan için öngörülebilirlik, hizmetlerin yoğunluk ve yaygınlığı, evrenselliği ve en yüksek verimi elde etmek için elverişli olması"*. Bu özellikleri sebebiyle Weber, bürokrasinin en iyi örgütlenme tarzı olduğunu söylemiştir.

Weber, bürokratik yönetim anlayış çerçevesinde örgüt içerisinde egemenlikler ve işlevleri üzerinde durarak üç türlü egemenlik olduğunu ifade eder. Bunlar;

**a. Geleneksel Egemenlik:** Bu egemenlik türünde her zaman geleneksel egemenlikler vardır. Örgüt içerisinde yönetim kurulu üyeleri genelde örgüt sahibi aile üyelerinden seçilmektedir. Bunun örneklerini, gerek Türkiye'de gerek diğer yabancı ülkelerde görmek mümkündür. Yönetimde sürekli aileden birisi yer alır.

**b. Karizmatik Egemenlik:** Genelde, toplumda kabiliyetleri olağan üstü olarak görülen ve kabul edilen kişilerin egemenlikleriyle oluşturulan yönetim anlayışıdır.

**c. Ussal<sup>17</sup>-Yasal Egemenlik Anlayışı:** Bu egemenlik anlayışında tamamen bürokratik yönetim anlayışı söz konusudur. Örgüt içerisinde yer alan gerek yöneticilerin, gerek örgüt içi çalışanların, yasalara ve hukuka uygun olarak belirli hiyerarşik düzen içerisinde belirli kurallar çerçevesinde görevlerini yerine getirmeleridir.

Weber'in ideal tip bürokrasisinin özelliklerini şöyle özetleyebiliriz; (Yağmurlu, 2004).

- a.** Resmi işlevler kurallara göre sürekli bir biçimde örgütlenmiştir.
- b.** Çalışanların haklarını, sorumluluklarını ve görevlerini belirleyen bir kurallar bütünü vardır.
- c.** Büroların örgütlenmesi hiyerarşi ilkesine göre gerçekleşir.
- d.** Memurların ve diğer yönetsel görevlilerin kendilerine verilen görevleri gerçekleştirmek için gerekli olan kaynaklar üzerinde mülkiyet hakkı yoktur.
- e.** Örgüt çalışanlarının seçimi ve terfisi bilgi ve eğitim gibi teknik yeterliliklere bağlıdır.

Yönetsel etkinlikler yazılı belgelere dayanarak yürütülür.

### **2.3.1.3 Henri Fayol'un yönetim ilkeleri kuramı**

Fayol'a göre yönetim olgusu, *planlama, örgütlenme, komuta, eşgüdüm ve denetim* öğelerinden oluşmaktadır. Bu beş yönetsel işleve ek olarak şu yönetim ilkelerini ortaya koymuştur; (Fayol, 1949).

- a. İş Bölümü:** Gerek yöneticilerin gerek örgüt içi çalışanlarının iş bölümü yaparak uzmanlaşmaları.
- b. Otorite ve Sorumluluk:** Emir verme hakkı ve buna uyulması. Otorite arttıkça sorumluluk da artar.
- c. Disiplin:** Örgütün üyeleri, kurallara uymakla sorumludurlar.
- d. Komuta Birliği İlkesi:** Tüm çalışanlar, tek bir yöneticiden emir alırlar.
- e. Yönetim Birliği:** Bütün hizmetler tek bir yönetim altında toplanmalıdır.
- f. Genel çıkarların ön planda olması:** Her zaman genel çıkarların, bireysel çıkarlara göre ön planda olması.

---

<sup>17</sup> **Ussal:** Bilimsel, teknik, hukuksal ve akılcı.

- g. Ödül ve Ceza İlkesi Sistemi:** Bu ilkeye göre, yüksek performans gösteren örgüt çalışanı maaş ile ödüllendirilir.
- h. Merkezci Yönetim İlkesi:** Örgütler, bu ilkeye göre daha etkili çalışırlar.
- i. Hiyerarşi İlkesi:** Örgüt, dikey hiyerarşi sistemine göre daha etkin ve başarılı olur (Bkz. Dikey İletişim).
- j. Düzenlilik İlkesi:** Her örgüt çalışanın bir amacı ve statüsü vardır.
- k. Eşitlilik İlkesi:** Her örgüt çalışanına eşit davranılmalıdır.
- l. Görevde Süreklilik İlkesi:** Her örgüt çalışanına işte kalma güvencesi verilmelidir. Böylece önemli bir verimlilik sağlanmış olur.
- m. Girişimcilik İlkesi:** Her çalışanın davranışı yönetim tarafından değerlendirilebilmelidir.
- n. Takım Ruhunu İlkesi:** Her örgüt çalışanı, "*hepimiz birimiz, birimiz hepimiz için*" diyebilmelidir.

Fayol, yazılı iletişim kadar sözlü iletişiminde önemli ve gerekli olduğunu vurgulamıştır. Hatta Fayol, bir örgüt içerisinde herhangi bir emir verileceği zaman bunun yazılıdan daha hızlı ve basit olduğunu ileri sürmüştür. Shockley-Zalabak (1999)'a göre iletişim, genelde örgüt içerisinde belirginleşmiştir oysa toplumsal yönüde olmalıdır.

### 2.3.2 İnsan ilişkileri kuramları

1900'lı yılların başlarında kendini göstermeye başlayan klasik kuram, 1929 yılında yaşanan ekonomik buhran nedeniyle, sorgulanmaya başlanmış ve temel ilke olarak insanı merkeze yerleştiren davranışçı kuram olarak da adlandırılan *insan ilişkileri kuramı* benimsenmeye başlanmıştır. Çünkü klasik kuram, insan ögesini ikinci plana alarak, sadece üretim amacı olarak maddeyi ilk plana almıştır. Bu düşünce, artık geçerliliğini yitirmiştir. Kreps (1989), insan ilişkileri kuramının, örgüt üyelerinin tatminini artırmak ve örgüt çalışanlarının en yüksek performanslarına ve potansiyellerine ulaşabilecekleri stratejileri önererek, örgüt içerisinde sosyal ve kişisel ilişkilerin önemini vurgulamıştır.

İnsan ilişkileri kuramcıları arasında Elton Mayo, Douglas McGregor ve Rensis Likert sırasıyla ele alınacaktır.

#### 2.3.2.1 Elton Mayo'nun Hawthorne araştırmaları

Elton Mayo şu çalışmalarını ortaya koyarak ön plana çıkmıştır.

**a. Aydınlatma Deneyleri:** Bu çalışmanın temel amacı, aydınlatmanın, üretim yapmakta olan örgüt çalışanları üzerinde bir etkisinin olup olmadığını saptamaktır. Bu amaçla iki grup örgüt çalışanı seçilmiştir. Birinci grubun çalıştığı ortama ışık sabit tutularak verilmiş, ikinci örgüt çalışanlarının grubuna ise ışık sistemli olarak artırılarak ve azaltılarak verilerek, örgüt çalışanlarının üretimdeki performansları gözlemlenmiştir. Araştırma sonunda her iki örgüt çalışanlarının üretimlerinde bir fark görülmemiştir. Bu araştırma sonucunda, aydınlatmanın örgütlerde üretim ve verimlilik performanslarında bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

**b. Röle Montaj Odası Deneyi:** Bu çalışma, beş kadından oluşan telefon rölelerinin montajını yapan bir grup üzerinde çalışılmıştır. Isı, nem, çalışma saatleri, dinlenme araları gibi koşullar değiştirilmiş ve sonuçları ayrıntılı olarak tutulmuştur. Beş yıl süren bu deney boyunca üretim her tür koşulda yükselmeye devam etmiştir. Bu sonuca Hawthorne etkisi denilmiştir.

**c. Mülakat Programı:** Elton Mayo, bu program çerçevesinde örgüt çalışanları ile uzun süre mülakatlar yapmıştır. Bu araştırmanın amacı, çalışma koşullarının üretime etkisinin olup olmadığını ortaya koymaktır. Roethlisberger (1959) bu amacı şöyle açıklamıştır. "Deneyi yapanların bilmek istedikleri artık, kişinin nasıl hissettiği, içsel düşünceleri, yansıtma ve endişelerinin ne olduğu ve iş çevresi ile ilgili neyi sevip neyi sevmediğiydi". Araştırmanın sonuçları son derece çarpıcıydı, sonuç olarak araştırmacıların zihnindeki insan portresi *ekonomik insan* portresiydi, yani kendi çıkarlarını gerçekleştirmek için uğraşan ve temel olarak maddi özendiricilere karşı duyarlı, mantıklı bir insan. Oysa, sonuçlar bunun tam tersini gösteriyordu, karşılarındaki bireyler, duygularıyla davranıyor ve ekonomik insanın mantığıyla hareket etmiyorlardı.

**d. Seri Bağlama Gözlem Odası Deneyi:** Çalışma, 3 farklı iş grubundan 14 çalışan üzerinde yapılmıştır. Çalışanların davranışlarındaki toplumsal etkiyi ölçme amaçlanmaktadır. Araştırma sonucunda şu sonuçlar görülmüştür; grup normları bir üretim düzeyini üyelerine empoze etmektedir, böylece yavaş iş görenlerin üretimi yükselmekte bununla beraber hızlı iş görenlerin üretimi ise düşmektedir (Yağmurlu, 2004).

Elton Mayo'nun Hawthorne araştırmaları, örgütsel iletişim açısından oldukça dikkate değer sonuçlar vermesi bakımından önemlidir. Hawthorne araştırmalarında şu sonuçlar elde edilmiştir;

a. Kişilerarası iletişim, bireylerin örgüt içerisindeki davranışlarının belirlenmesinde oldukça önemi bir rol oynamaktadır. İletişimin üretim faaliyetlerindeki etkisi, *ışık ve telefon role montaj odası* deneylerinde görülmüştür.

b. Yapılan mülakatlarda, aşağıdan yukarıya iletişimin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi, geribildirim sağlayarak iş doyumunu ve verimlilik üzerinde olumlu etki yaptığı sonucuna varılmıştır.

c. Seri bağlama gözlem odası deneyinde doğal iletişimin ortaya çıkardığı grup normları üretimin düzeyini belirlemiştir. Bu klasik kuramın öngördüğü biçimsel iletişim kanallarından başka bir şeydir, ilk kez Hawthorne araştırmalarında ortaya konulmuştur (Kreps, 1989).

### 2.3.2.2 Douglas McGregor'un X-Y kuramı

McGregor (1906-1964) *The Human Side of Enterprise* adlı eserinde *X Kuramı* ve *Y Kuramı* kavramsallaştırmasıyla klasik kuramın ve insan ilişkileri kuramının insana bakışlarını ortaya koymuştur.

McGregor (1960), *X ve Y* kuramlarının özelliklerini şu şekilde açıklamıştır;

#### **X Kuramı (Klasik Kuram)**

1. Ortalama insanın doğasında iş sevmek yoktur ve mümkün olduğu kadar işten kaçar.
2. Bu iş sevmek doğası dolayısıyla çoğu insanın örgütsel amaçlara ulaşılması için yeterli çabayı göstermesi için zorlanması, denetlenmesi, yönlendirilmesi ve cezalandırılmayla tehdit edilmesi gerekir.
3. İnsan yönlendirilmeyi, sorumluluktan kaçmayı tercih eder, oldukça az hırslıdır ve her şeyden çok güvenlik ister.

#### **Y Kuramı (Demokratik Katılımlı Yönetim Kuralı)**

1. İşte düşünsel ve bedensel enerjinin harcanması oyun veya dinlenme kadar doğaldır.
2. Örgütsel amaçlara yönelik çabanın sağlanmasında tek yol dış denetim ve ceza tehdidi değildir. İnsan inandığı amaçlar uğruna kişisel yönlendirme ve denetim yapabilir.
3. Amaçlara bağlılık ulaşımlarıyla elde edilen ödüllerle ilgili bir işlemdir.
4. Ortalama insan uygun koşullarda sorumluluğu sadece kabul etmez aynı zamanda arar.

5. Örgütsel sorunların çözümlenmesinde görel olarak yüksek hayal gücü yetenek ve yaratıcılık kullanma kapasitesi, nüfusta sınırlı değil geniş olarak dağılmıştır.

6. Modern endüstriyel yaşamda ortalama insanın entelektüel kapasitesi, sadece kısmi olarak kullanılmaktadır.

### 2.3.2.3 Rensis Likert'in katılımcı yönetim kuramı

Rensis Likert (1903-1981) katılımcı yönetim anlayışıyla insan ilişkileri okuluna katkı yapmıştır. Yüksek ve düşük üretime sahip iş grupları üzerine yapmış olduğu karşılaştırmalar sonucu katılımcı yönetim kuramını geliştirmiştir. Çalışanların örgütsel karar alma mekanizmalarına katılması gerektiğini söyleyen Likert, bunun sağlanabilmesi için yönetim ve çalışanlar arasında iletişimin desteklenmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Likert, yöneticiler üzerine yapmış olduğu araştırması sonucunda 4 tür yönetim sistemi olduğunu söylemiştir.

**a. Sömürücü Otoriter Yönetim Sistemi:** McGregor'un X Kuramı varsayımlarına benzemektedir. Bu sistem, yöneticileri çalışanlara sorun çözme için sınırlı imkan verirken, iş üzerinde sıkı bir kontrol uygulamaktadırlar. Bu tür yönetim, iletişime pek az yer vermektedir. Çalışanlar, korku ve ceza ile güdülenmektedirler. Bu yönetim anlayışında, örgütsel karar almada çalışanlara katılma hakkı tanınmamaktadır.

**b. Yardımsever Otoriter Sistem:** Yönetimde hâlâ hiyerarşik bir yönetsel kontrol mekanizmasıyla çalışan bir yönetim sistemini içermektedir. Ancak, burada çalışanlara bir miktar güven duyulmaktadır. Örgütsel amaçların saptanması üst yönetimce yapılmakla birlikte bazı konularda alt yönetim kademelerinden de görüş alınmaktadır. Bu sistemde, iletişim daha fazladır.

**c. Danışmacı Yönetim Sistemi:** Yönetim çalışanlardan gelen her türlü girdiye açıktır. Önemli kararlar üst yönetimde alınmakla birlikte, çalışanların katılımı oldukça yüksektir. İletişim çift yönlü olarak hem aşağıdan yukarıya hem de yukarıdan aşağıya işlemektedir.

**d. Katılımcı Yönetim Sistemi:** Likert'in en iyi örnek olarak ortaya koyduğu yönetim tarzını göstermektedir. Örgütte alınan kararlarla ilgili yönetim ve çalışanlar arasında tam bir güven bulunmaktadır. McGregor'un *Y Kuramında* en iyi örnek olarak gösterdiği yönetim modeline benzemektedir. Bu sistemde her çalışma grubunun üyesinin birden fazla grubun üyesi olması sayesinde diğer gruplara bağlandığı bir



kesişen grup yapısıyla çalışması önemlidir. Kesişen grup üyeleri bağlantı çivisi (linking pins) olarak tanımlanır. İletişim, yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya ve bunlara ek olarak yatay olarak da işlemektedir yani her yöne doğru bir iletişim bulunmaktadır (Kreps, 1989).

İnsan ilişkileri kuramı geleneksel örgüt yaklaşımının ilkeleri üzerine kurulmakla birlikte makine yerine insanı ön plana alarak örgüt çalışmalarına yeni bir boyut getirmiştir. Etkili iletişim, insan ilişkileri kuramının temelini oluşturmaktadır. Likert (1961), iletişimin örgütlerin işleyişi açısından oldukça önemli olduğunu vurgular. Yöneticilerin çalışanlara güvenmeleri ve çalışanların da işle ilgili görüşlerini yöneticileriyle tartışmaları insan ilişkileri yaklaşımıyla ilk kez öngörülmüştür. İnsan ilişkileri kuramında iletişimin yönü, yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya ve yatay olarak vurgulanmıştır. Çalışanların, örgüt yönetimine yaptıkları işle ilgili önerilerini, düşüncelerini ilettikleri aşağıdan yukarıya doğru iletişim son derece önemsenmiştir (Likert, 1961).

Sonuç olarak, klasik örgüt kuramları sadece biçimsel iletişim üzerinde odaklanırlarken, insan ilişkileri kuramı hem biçimsel hem de doğal iletişim üzerinde odaklanmaktadır.

### **2.3.3 Modern örgüt kuramları**

Klasik ve insan ilişkileri kuramlarının yaklaşımları genel olarak değerlendirildiğinde her iki yaklaşımında, örgütsel temel yapıyı, teknoloji ve insan öğelerini, örgütlerin içinde bulunduğu çevre ögesi ile bütünleştiremedikleri ve dikkate dahi almadıkları görülmüştür. Oysa çevre faktörü örgütsel işleyiş açısından oldukça önemlidir. Çünkü çevre, üretim açısından geri bildirim alınacağı en önemli alanlardan biridir. Çevre, örgüt dışı hedeflerin gerçekleştirileceği önemli bir alandır. Bu bağlamda, klasik kuram örgütsel yapı ve iş tasarımları üzerine odaklaşırken insan ve örgütsel çevre konularını göz ardı etmiştir, diğer taraftan, insan ilişkileri kuramı, örgütteki insan üzerine yoğunlaşırken, yine çevresel ilişkilerden uzak bir örgüt kavramını tartışmıştır. Bu bağlamda örgüt kavramı, insan, teknoloji, yapı ve çevre kavramları ele alınarak irdelenecektir.

#### **2.3.3.1 Herbert Simon'un karar alma kuramı**

Nobel ödülü sahibi Herbert Simon (1916-2001), modern örgüt kuramcılarını içerisinde ele alacağımız ilk yazardır. Simon karar alma kuramı ile ön plana çıkmış en önemli

modern kuramcılar arasındadır. Simon "Administrative Behavior" (1957) adlı eseriyle, bireylerin karar almalarıyla, örgütlerin karar almaları arasındaki benzerlikleri ortaya koymaya çalışmıştır. Simon'a göre, örgütler, çeşitli örgütsel seviyelerde ne tür kararların ne tür bilgilerle alındığının bilinmesiyle anlaşılabilir. Böylelikle Simon, karar alma yaklaşımını hayati bir örgütsel işlem olarak görmektedir (Yağmurlu, 2004).

Simon (1974), karar almanın üç aşaması olduğunu söylemiştir. Bunlar;

- a. Karar verilmesini gerektiren durumların saptanması,
- b. Mümkün hareket tarzlarının bulunması,
- c. Hareket tarzları arasından bir seçme yapılması.

### **2.3.3.2 Joan Woodward'ın durumsallık kuramı**

Durumsallık kuramına göre, sorunların çözümünde, örgütler için bir çözüm paketi yoktur. Örgütler değişen durumlara, bireylerin ihtiyaçlarına ve çevreye kendilerini uyarlamaktadırlar. Bunun için, de bazen bilimsel yönetim, bazen de insan ilişkileri okuluna göre tasarlanmış örgüt yapıları uygun olabilir. Başka bir deyişle, durumsallık kuramı, işlemler tamamıyla "duruma bağlı" olduğundan, örgütsel işlemlerin anlaşılabilmesi için önemli miktarda değerlendirme gerektiğini öngörmektedir (Shockley-Zalabak, 1999). Buna ek olarak farklılaşma kavramının üzerinde duran Lawrence ve Lorsch, örgütler alt-birimleri bakımından da farklılık göstermektedirler; bunun nedeni de o alt-birimlerin farklı çevre koşullarında çalışmasıdır. Bunu ortaya koymak için de üretim, satış ve araştırma geliştirme birimlerini karşılaştırmışlardır. Aynı örgüt içinde alt-birimlerin farklı görevler ve farklı çevresel etkiler altında farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuşlardır. Örneğin, son derece dinamik bir ortamda esnek, proje gruplarıyla çalışan bir elektronik şirketinin içinde finans biriminin klasik bir yönetim anlayışıyla çalışabilmesi önemlidir (Morgan, 1986).

### **2.3.3.3 Daniel Katz ve Robert Kahn'ın sistem kuramı**

Sistem yaklaşımı kuramı, örgüt kuramları içerisinde en popüler olmuş ve en çok üstünde durulan bir yaklaşımdır. Ludwig von Bertalanfy adlı bir biyolog tarafından ortaya konmuş olan sistem yaklaşımı, "General Systems Theory" adlı eserinde ilk kez gündeme gelmiştir. Kuramcılar, doğal bilimlerin sistem kavramının, toplumsal bilimin sorunlarına uygulanabilirliğine değinmişlerdir. (Katz ve Kahn, 1977). Sistem

teorisinin en önemli özelliği, iletişimi örgütün özü olarak görmesidir. Sistem teorisine göre, iletişimin bu önemi sadece örgüt içi ile sınırlı değil aynı zamanda örgütün çevre ile olan ilişkilerinde de son derece önemlidir. Katz ve Kahn iletişim konusuna oldukça önem vermişlerdir. Katz ve Kahn iletişimi "insan örgütleri enerjisel oldukları kadar bilgisayarlı sistemlerdir " şeklinde tanımlayarak örgütlerde iletişimin yukarı doğru, aşağı doğru ve yatay şekilde oluştuğunu ortaya koymuşlardır. Yani sistem teorisinde iletişim, örgütsel etkinlik ve denetim açısından ele alınmıştır.

Katz ve Kahn (1977), örgütlerin çoğunun altı temel alt sistemden oluştuğunu ortaya koymuştur. Bunlar; sistemin temel işlevini sağlayan üretim alt sistemi, girdiyi sağlayarak veya çıktıyı elden çıkararak çevresel ilişkileri yürüten destekleyici alt sistemler, bireyleri örgütteki rolleriyle birleştiren varlık koruma alt sistemi, örgütün çevreye uyumunu sağlayan uyumlayıcı alt sistemi ve son olarak tüm bu alt sistemlerin eşgüdüm ve kontrolünü sağlayan yönetsel alt sistemlerdir.

#### 2.3.3.4 Genel sistem kuramı

Halkla ilişkiler modellerini temelden destekleyen sistem kuramı örgütleri *açık ve kapalı sistem* diye ikiye ayırmıştır. L'Etang ve Pieczka (2002).

**Açık Sistem:** Eğer sistem ile sistemin faaliyette bulunduğu çevre arasında enerji, bilgi ve materyal alışverişi varsa, bu tür sistemler açık sistemdir.



**Şekil 2.9:** Açık Sistem

**Kapalı Sistem:** Eğer sistem ile sistemin faaliyette bulunduğu çevre arasında enerji, bilgi ve materyal alışverişi yoksa kapalı sistem olarak adlandırılır. Eğer bir organizasyon incelendiğinde, sadece bu organizasyonun yapı ve fonksiyonlarından söz ediliyor ise, bu dışa kapalı bir sistem demektir. Kapalı sistemler, bünyelerinde mevcut olan entropi nedeniyle bir süre sonra faaliyetlerine son vermek zorunda kalırlar.

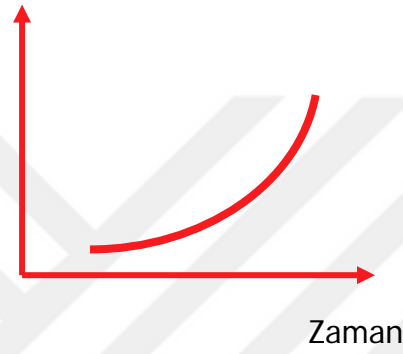
## ÇEVRE

### KAPALI SİSTEM

Minimum Enerji, Maksimum entropi

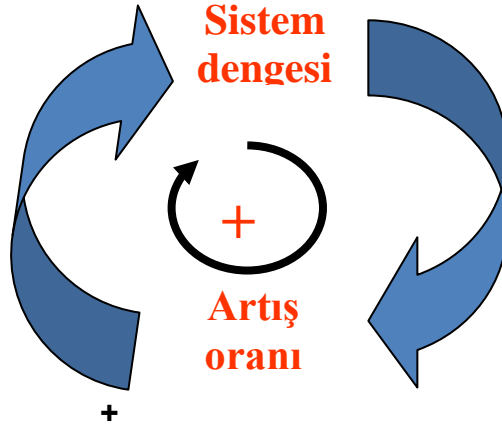
Şekil 2.10: Kapalı Sistem

Kapalı sistemde olasılıklar arttıkça sistem giderek daha gelişigüzel, belirsiz ve düzensiz bir durum alır.



Şekil 2.11: Kapalı Sistem

Bu olası hallerin düzensiz niceliğinin ölçüsüne *entropi* denir.



Şekil 2.12: Entropi

Sistem kuramına İKY açısından bakıldığında örgütsel etkinlik ve etkililiği geliştirebilmek için İKY çeşitli araştırma faaliyetlerinde bulunur. İKY'de yapılan araştırmalarda genel sistem kuramının gelişmesinden önce analitik yöntem uygulanmıştır. Analitik bakış açısı üç bölümlü bir süreçten oluşur. Bunlar;

- a. Sistemi parçalarına ayırmak,
- b. Her bir parçayı ayrı ayrı incelemek,
- c. Parçaların anlaşılmasından sonra sistemin anlaşılması için bütünleştirme yapma.

*İKY*, olayları parçalara ayırarak analiz etme ve daha sonra senteze ulaşma yerine genel sistem yaklaşımı içinde bütüncül bakış açısıyla incelemeye çalışmalıdır. Ancak, insan kaynakları açısından bakıldığında, insan kaynakları işçiler ve yöneticiler şeklinde katı sınırlarla ayrıldığında insanların bütüne, işletme sistemine katkıları da sınırlandırılmaktadır. Parçalardan (alt sistemlerden) biri üzerinde yapılacak değişiklik diğer alt sistemleri ve dolayısıyla sistemin tümünü etkileyecektir. Aynı durum, sistemin çevresiyle ilişkilerinde de söz konusudur. Çevresel değişiklik meydana geldiğinde sistem kendini yeni şartlara uydurmak zorundadır. Çevresel uyumun en önemli anahtarı da *yenilik ve yaratıcılık* yoluyla büyümeye yönelmedir. Bunun doğal sonucu eski denge durumunun üstünde ya da altında yeni dengelerin oluşmasıdır. Görülüyor ki, açık sistem yaklaşımı örgüt ile çevresi arasındaki ilişkilere ışık tutmaktadır. En açık ifade ile sistem, belli bir amacı gerçekleştirmek için birlikte çalışan ve birbirlerini etkileyen parçalardan oluşan bir bütündür. Bu tanıma dayalı olarak sistemin iki temel özelliğini şöyle açıklayabiliriz.

**1.Bir amacı olmak:** Her sistemin gerçekleştirmek istediği belli bir amacı ya da amaçları vardır. Herhangi bir amacı olmayan bütünü sistem olarak adlandırmak olası değildir. Başka bir anlatımla bir sistemin var olmasının nedeni bir amacının bulunmasıdır.

**2.Birbirleriyle etkileşimde bulunan parçalardan oluşmak:** Sistemi, bir bütün olarak oluşturan parçalar amacı gerçekleştirmek için birlikte çalışırlar ve çalışma sırasında birbirleriyle etkileşimde bulunurlar. Bu etkileşim, sistemin önemli bir özelliğidir ve sistemi bir "parçalar yığını" olmaktan kurtarır. Parçalardan birinde oluşan bir değişme sistemin işleyişini etkiler. Örnek olarak insan vücudu buna bir örnek olarak verilebilir. Vücutta meydana gelen bir hastalık tüm vücudu etkilemektedir. Bir sistemin işleyişini aşağıdaki şekilde görebiliriz.

Çevre → Girdi → İşleme → Çıktı → Çevre

---

**Feed-Back**

**Şekil 2.13:** Sistem İşleyişi

Hiyerarşik sistem düzeni içinde bir bütün olan her sistem kendisini çevreleyen ve işleyişini sınırlayan diğer sistemlerle yani çevresi ile ilişkide bulunmak zorundadır. Bazı sistemler ürettikleri çıktının bir kısmını kendileri için tekrar bir girdi olarak kullanırlar. Sistemler çıktılarına ilişkin olarak elde edecekleri bilgilere göre kendi işleyişlerindeki hataları düzelterek (self-correction), istikrarlı bir gelişme dengesi (homeostasis) sağlarlar ki, bu tür bilgi akımına geri besleme (feed-back) denir.

Sistemler yaklaşımı vasıtasıyla insan örgütlerini anlamak için uygulanabilen üç model vardır. Bunlar; mekaniksel, organizmacı ve sosyal sistem modelleridir. Buckley (1967) sosyal sistemi, sosyolojik gelenek bağlamında tartışır ve üç modele ayırır.

**a. Denge Modeli**

**b. Dengeleşim (Homeostatik) Model**

**c. Süreç veya Uyarlayıcı (Adaptive) Sistem Modeli. L'Etang ve Pieczka (2002).**

**a. Denge Modeli**

"Denge Modeli" sistemleri; denge noktasına doğru ilerlerken umumiyetle örgütü kaybeden ve daha sonra nispeten az kargaşayla söz konusu asgari düzeyi tutmayı yeğleyen sistem olarak açıklar (Buckley, 1967). Denge modelinin kökeni 17 ve 18. yüzyıllarda mekanik ve matematik sahalarda gerçekleştirilen gelişmelere dayanır. Bu çerçevede dünya, saat yönünde çalışan bir mekanizma olarak, insanoğlu ise hareketleri aynı mekaniksel ilkeye göre açıklanabilen karmaşık bir makina olarak görülmektedir. L'Etang ve Pieczka (2002).

Sosyal mekanikte toplum, öğeleri karşılıklı çekim ile birbirine bağlanan veya geri itme ile ayrılan insanlardan oluşan "astronomik bir sistem" olarak ve toplumlar grubu veya devletler ise dengeli muhalefet sistemleri olarak görülmektedirler. Bireyin, gruplar ile karşılıklı ilişkileri, kainatın geri kalanıyla bölünmez bir devamlılık oluşturur. L'Etang ve Pieczka (2002).

Sosyal entropi (düzensizliğin bir ölçümü), güç sahaları, sosyal denge (mükemmel dengenin ifadesi) ve sosyal koordinatlar gibi kavramlar bu model ile üretilmeye başlanmıştır. İtalyan bir ekonomist ve sosyolog olan Vilfredo Pareto, daha önce toplumun mekaniksel görünümünü; genelde dengeyi sağlamaya eğilimli, sınırı olan ve birbirlerine bağlı parçalardan oluşan bir sistem olarak açıklamıştır (Buckley, 1967). Böyle bir tanımın çıkarsaması, toplumun üzerinde işleyen güçler tarafından

belirlenmesinden kaynaklanmaktadır. Bu güçlerin dinamiği, dengenin mil noktası etrafında döner; böylelikle dengeden uzak yere eğilen güçler olduğunda, karşı tarafta yapılan değişikliklerle denge yeniden kurulur. *Denge* kavramını, Mayo, Homans ve en çok da Parsons gibi birçok sosyal bilimcinin çalışmalarında görmek mümkündür.

### **b. Dengeleşim (Homeostatik) Modeli**

"Dengeleşim Modelleri" her ne kadar halen örgütsel seviyeleri azalmaya yönelik eğilimleri taşısa da genelde bir örgütü yüksek düzeyde muhafaza etme eğiliminde olan örgütler için kullanılır. Yaşayan bir organizma ile toplum arasında benzeşim kurma (analoji) daha eski bir geçmişe sahip olmasına rağmen 19. yüzyılın sonunda Auguste Comte'un çalışmalarında pozitivism ile sosyolojide yeni bir buluş olarak ortaya çıktı. Daha sonra ise Herbert Spencer'in çalışmalarında "Sosyal Darwinizm" olarak tanımlandı. Spencer ve arkadaşları, toplumun belirli işlevlerini yerine getiren birçok parçadan oluştuğunu ve bu yolda tüm organizmanın, toplumun varlığına katkıda bulunduğuna inanmaktadırlar. Bu bakış açısı, "bileşiği meydana getiren birlik, karşılıklı dayanışma ve ilişkilerin düzenli doğası" temelini kabul eder. Burell ve Morgan (1979).

### **c. Süreç veya Uyarlayıcı (Adaptive) Sistem Modeli**

Bu model, kendi örgütünü, çevredeki kargaşalar ve değişimlere bağlı olarak işletme ve geliştirme kabiliyetine sahip sistem olarak görür. Uyarlayıcı sistem modeli, geleneksel mekaniksel ve organizmacı modellerin eleştirisi olarak 1967'de Buckley tarafından önerilmiştir. Buckley yapısal açıklama sürecini (morphogenesis) açıklamaya çalışır. Bunu yaparken de geleneksel modellerin değinemediği çatışma, çarpıtma ve sosyal kontrol gibi konuları ele alır. Kuramsal olarak işlevselci paradigmanın tüm alanını sentezle birleştirmeye çalışır. Bunu yaparken de etkileşimcilikten sosyal sistemler teorisine kadar işlevselci paradigmaları ele alır ve Marx'a göndermede bulunur.

Uyarlayıcı modeli, çoğunlukla organizmacı benzeşim kurmalardan ayrı tutulamayan, amaca odaklı davranışın açıklamalarındaki ereksel/teolojik meyili önlemek için sibernetiği analogisi (benzeşim kurma yöntemi) olarak kullanır. Böylece sosyo-kültürel sistem ilgili bu model, aynı zamanda sistemin dinamiğindeki bilginin rolüne odaklanmaya yardımcı olur. Taraflar için taşıdığı anlam doğrultusunda bilginin seçici bir şekilde algılandığı ve yorumlandığı bireyler arasında, karşılıklı etkileşimden

oluşan bir şebekeden meydan gelir. Burrell ve Morgan (1979). Bu modelde çatışma, kabul edilir ama toplumsal sistemin birliğini sürdürmesi asıl olandır. Bunu yapacak olanlarda yöneticilerdir. Çünkü çatışmaların sistem içerisinde çıkmasını sağlayacak olanlar yine yöneticilerdir. Bu şekilde, toplumda sosyal bir armoni sağlanabilir.

Şilili iki bilim adamı olan Humberto Maturana ve Francisco Varela, örgütlerin bağlarıyla sürekli etkileşim içinde varlığını sürdürmek için gerekli koşulları yaratmanın bir aracı olarak girdileri çıktılara dönüştüren açık bir sistem gibi ele alınmasına karşı çıkararak, bütün canlı sistemleri sadece kendilerini başvuru kaynağı sayan, örgütsel bakımdan, kapalı ve özerk etkileşim sistemleri Otopoyiyez Kuramı olarak kabul eder.

Buckley (1867), genel sistem teorisini şu özelliklerle açıklar;

- a. Birçok davranış disiplinini birleştiren ortak bir sözlük,
- b. Büyük ve karmaşık örgütleri yönetmek için bir teknik,
- c. Pratikte tanımlanabilen, objektif, amaca yönelik sistem davranışı, sembolik bilişsel süreçlerdir.

### **2.3.3.5 James E. Grunig ve T. Hunt'un Dört halkla ilişkiler örgüt kuramı**

James E. Grunig ve T. Hunt, dört halkla ilişkiler modelini, bir organizasyon kuramı yaklaşımıyla, özellikle örgütlerde iletişimin örgüt içi ve örgüt dışı hedef kitle dediğimiz kamuoyu karşısında nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilişkili olarak geliştirmişlerdir. Organizasyon teorisine dayalı hareket noktalarında halkla ilişkiler faaliyetinde bulunan organizasyonlar (örgütler) gözlemlenmenin merkezinde bulunmaktadır. Buradaki asıl soru, örgütsel hedeflere ulaşmada halkla ilişkilerin sağladığı katkıların neler olduğudur. Bu anlamda Grunig ve Hunt halkla ilişkileri, bir organizasyon (örgüt) ile hedef kitleler arasındaki iletişimin yönetimi olarak tanımlamışlardır (Okay, 2013). Bu bağlamda, sosyal yaşamda mutlaka var olan örgütlerin başarılı olmaları için örgüt dışı hedef kitlelerle çok iyi iletişim içerisinde olmaları gerekir. Grunig ve Hunt'un bu anlamda geliştirdikleri dört halkla ilişkiler modelini şu şekilde açıklamak mümkündür.

#### **a. Basın Ajansı / Tanıtım:**

**Amaç:** Propaganda yapmak temel amaçtır.

**Örgütsel Amaç:** Kamuoyu ve çevreyi kontrol ederek kendi hakimiyeti altına almak.



**Halkla İlişkiler Rolü:** Danışma.

**İletişim:** Tek yönlüdür. Kaynaktan alıcıya. Gerçek önemli değildir.

**Temsilcisi:** Barnum

**Uygulama Alanları:** Spor, Tiyatro, Satış, Araştırma-Geliştirme.

**b. Kamuoyu Bilgilendirme:**

**Amaç:** Gerçek bilgilerin yayılması temel amaçtır.

**Örgütsel Amaç:** Kamunun kazanılmasıdır.

**Halkla İlişkiler Rolü:** Bilgilerin yayılmasını sağlamaktır.

**İletişim:** Genelde kaynaktan alıcıya tek yönlüdür. Gerçek önemlidir.

**Temsilcisi:** Ivy Lee.

**Uygulama Alanları:** Hükümetler, belediyeler, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, dernekler ve iş dünyası vb. örgütler.

**c. İki Yönlü Asimetrik Model:**

**Amaç:** Bilimsel analiz temeli üzerinde ikna<sup>18</sup> (retorik)<sup>19</sup> etmek.

**Örgütsel Amaç:** Kamuoyu ve çevrenin kontrolü, hakimiyeti söz konusudur.

**İletişim:** Çift yönlüdür. Dengesiz etki söz konusudur. Geri bildirim her zaman kaynaktan alıcıya doğru işler.

**Halkla İlişkiler Rolü:** Danışma.

**Temsilcisi:** Edward Bernays.

**Uygulama Alanları:** Serbest ekonomiler, ajanslar ve bunun gibi örgütler.

**d. İki Yönlü Simetrik Model:**

**Amaç:** Karşılıklı anlayış temeline dayanır.

**Örgütsel Amaç:** Kamuoyu ile uyum, çevresel adaptasyon.

---

<sup>18</sup> **İkna:** İkna, dilin özelliklerini ve belli tartışma yapılarını, sözle veya yazıyla ifade edilebilen duygusal hitaplarla birleştiren tekniklerin uygulaması olan retorikten etkilenmiştir.

<sup>19</sup> **Retorik:** Retorik terimi ikna stratejileri ve tartışmacı söz/söylev anlamında kullanılmaktadır. Retorik, ortaçağ Avrupası eğitiminde resmi bir branş haline gelen yedi liberal sanat (dilbilgisi, mantık, aritmetik, geometri, astronomi, müzik) veya bilimden bir tanesidir. Ancak reform hareketlerinden sonra bu geçerliliğini koruyamamıştır. L'Etang ve Pieczka (2002).

**İletişim:** Çift yönlü. Dengeli etki. Gruptan gruba geri bildirim söz konusudur.

**Halkla İlişkiler Rolü:** Aracılık etmek.

**Temsilcisi:** Edward Bernays.

**Uygulama Alanları:** Sosyal amaçlı iş dünyası ve ajanslar vb. örgütler.

Örgütler açısından bir değerlendirme yapıldığında bu modeller içerisinde iki yönlü simetrik modelin en faydalı bir örgüt modeli olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü iletişim dengelidir. İletişim örgütten kamuoyuna doğru işler ve geri bildirim ile tekrar bu iletişim örgüte döner.

## 2.4 Örgütsel İletişim Nedir?

Örgütsel iletişim, çağdaş organizasyonların yaşamsal bir yönetim fonksiyonudur. Örgütsel iletişim, bir örgütün verimli ve faydalı bir şekilde iletişimde bulunma çabalarının bütünüdür. Ayrıca, örgüt içinde veya müşteri adına profesyoneller tarafından uygulanan stratejik bir faaliyettir. Bunun yanı sıra güçlü içsel ve dışsal ilişkileri yaratma ve korumadır (Goodman, 2000). Başka bir tanıma göre örgütsel iletişim, örgütün iç ve dış çevresi arasında iletişim alış verişidir. Örgütsel iletişim, örgütün iç ve dış çevresi ile yapmış olduğu formel iletişimidir (Eskiyörük, 2015).

Bir örgüt, birbiri ile ilişkili iki temel iletişim sistemine sahiptir.

**a. İç iletişim sistemi:** Şirketin ilgili çevreden dış iletişim kanallarıyla beklentileri, tutumları ve koşulları hakkında veri toplanması ve yorumlanmasına dayalı hedefleri gerçekleştirmek için organize faaliyetlerini yönlendirmektedir.

**b. Dış iletişim sistemi:** Çeşitli halkların davranışlarını etkilemek için ilgili dış çevreye örgütün iç süreçleri hakkında ilgili bilgiler sunmak amacıyla kullanılmaktadır. İç iletişim süreçleri organize etmede yapı ve süreçleri örgüt geliştirmek için direktiflerin belirlenmesini kolaylaştırarak yeniliğe doğru yönlendirilmektedir. Varey ve White (2000).

Örgütsel amaçları gerçekleştirmede yararlı ve gerekli olan örgütsel iletişim, gerçekleşen iletişim faaliyetlerini kapsayan bir olgu durumundadır. İletişim yönetimine tümleşik bir yaklaşım gerektiren örgütsel iletişim, bir örgütün planlanmış amaçlarını başarması için oluşturulmuş toplam iletişim faaliyetidir (Cornelissen, 2004). Örgütsel iletişim, tüm birimlerin iletişim faaliyetleri doğrultusunda, stratejik

amaçlar ile örgütsel kimlik ve örgütsel imaj arasında bir bağ oluşturulmasını ve sürdürülmesini amaçlayan tümleşik bir yaklaşımdır. Pelsmacker ve Geuens and Bergh (2010).

Örgütsel iletişim, yönetsel bir bakış açısı ile değerlendirilebilir. Örgütsel yönetimin genel olarak iki amacı bulunmaktadır. Yönetimin öncelikli amacı, çalışanlarını örgütsel amaçlar doğrultusunda etkilemek ve yönlendirmektir. Bu kapsamda örgütsel iletişim, çalışanların ve tüm birimlerin uyumlu ve eşgüdüllü biçimde işleyişini sağlayan ve çalışanları ile örgüt arasında bağ oluşturan temel yönetsel bir araç olarak düşünülebilmektedir. Bu doğrultuda örgütsel iletişimin diğer yönünü örgütsel unsurları oluşturan iç çevrede ve örgütle dış çevre arasında gerçekleşen bilgi düşünce alışverişi oluşturmaktadır (Tutar, 2008). Bu kapsamda değerlendirildiğinde örgütsel iletişim, örgütsel bilginin kişilerce yayılması ve örgütsel etkinliğin artırılması gibi temel amaçları kapsamaktadır. Riel ve Van and Fombrun (2007).

Sonuç olarak Theaker (2006)'e göre örgütsel iletişim, örgütün bağlı olduğu gruplarla ilişkilerini düzenlemek üzere tüm içsel ve dışsal iletişim yöntemlerini, örgütsel amaçlar doğrultusunda etkin biçimde kullanabilen en önemli ve etkili yönetsel araçlardan biridir.

#### **2.4.1 Örgütsel iletişimin tarihsel gelişimi**

1900'lü yıllarda özellikle örgütlerde reklamcılık ve tanıtım faaliyetleri bir iletişim aracı olarak kullanılmaktaydı. Ancak, zamanla örgüt yöneticileri, reklâm ve tanıtım faaliyetlerinin örgüt dışı hedef kitleye ulaşımında yeterli olmadıklarının farkına vararak yeni arayışların içerisine girerek örgütlerde iletişim algısının ön plana alınması konusunda çalışmalara başladılar. Örgütsel İmaj problemleri, 1930'lu yıllardan başlayan örgütsel tasarım çabaları ile giderilmeye çalışılsa da, sadece tasarım bağlamında bir bütünlüğün istenilen imaja ulaşmada yetersiz kalacağı fark edilmiş ve örgütsel iletişimin bütünleştirilmesi gerekliliği ön plana çıkmıştır. 1970'li yıllarda Cook gibi bazı iletişim profesyonelleri, örgütsel iletişimin otonomisini artırabilmek için reklâm, halkla ilişkiler, tanıtım, sorun yönetimi gibi dış iletişim fonksiyonlarının bir araya getirilmeleri gerektiğini önermiştir. Cook'u takip eden bazı araştırmacılar 1980 ve 1990'lı yıllarda, iletişim bölümlerinin geleneksel ayrımını tartışmaya başlamışlardır (Görkem, 2013).

Uzmanlaşmaya verilen önem sebebiyle iletişimin bölümlendirildiğini ve bölümlerin birbirinden ayrıldığını belirtmişler, bunun da iletişim bölümleri arasında finansal ve uzmanlık alanları ile ilgili alan savaşlarına yol açtığını, dolayısıyla iletişimin çelişkili ve bölünmüş hale gelmesine sebep olduğunu önermişlerdir (Cornelissen, 2007).

İletişimin bütünleşmesinin, çatışmaları asgari düzeye çekeceği, iletişim uzmanları arasında bağlılığı ve işbirliğini geliştireceği, malzeme ve çabaların etkin kullanımını sağlayarak operasyonel verimliliği artıracığı önerilmektedir (Kaya, 2003). Birçok iletişimciye göre, örgütler, iletişim yönetimlerini yeniden bu bağlamda inşa etmelidirler. Bu önerilerin ve imaj konusundaki kaygının pazarlama uzmanları arasındaki yansımaları, teorik ve uygulama temelli bütünleşik pazarlama iletişimi çalışmalarına sebep olmuştur. Halkla ilişkiler uzmanları ise pazarlama amaçlı olmayan tüm iletişim çalışmalarının halkla ilişkiler alanına girdiğini öngörmüş ve bu nedenle halkla ilişkiler tarafından bu çalışmaların koordine edilmesi ve bütünleştirilmesi gerektiğini savunmuşlardır (Van Riel, 1992). Bu dönemde, *yeni reklamcılık, yeni halkla ilişkiler, bütünleşik pazarlama, bütünleşik örgütsel iletişim, bütünleşik pazarlama iletişimi ve entegre iletişim* gibi birçok terim literatürde yerini almıştır (Gronstedt, 1994).

Cornelissen (2007)'e göre, halkla ilişkiler ve pazarlama alanları, 1980'li yıllarla başlayan ve 1990'lı yıllarda gelişmesini sürdüren yeni eğilime göre bir araya gelmeli, bütünleştirilmeli, şu anda örgütsel iletişim olarak adlandırılan yeni alanın çatısı altında birleştirilmelidir. Van Riel (1992), örgütsel iletişimin tarihsel gelişimini, uygulama alanını temel alarak incelemektedir. Araştırmacıya göre, örgütsel iletişim çalışmalarının ilk örnekleri 1970'li yıllarda görülmeye başlanmıştır. Bu dönemde, örgütsel iletişim danışmanlık esasları üzerine kurulmuştur. Özellikle İngiltere'deki örneklerin etkisiyle, ulusal ve uluslararası danışmanlık şirketleri büyük şirketlere ve devlet organlarına örgütsel iletişim hizmeti vermeye başlamıştır. Bu çalışmalar, genellikle örgütsel imaj çalışmaları bağlamında olmuş ve bu çalışmalarını iletişim stratejilerinin tek biçimli hale getirilmesi konusundaki tavsiyeler izlemiştir. Bu nedenlerle, örgütsel iletişim ilk etapta örgütsel imajı iyileştirmek ve monolitik bir kimlik oluşturmak olarak algılanmıştır (Görkem, 2013).

Grunig (2005) yapmış olduğu araştırmalar sonucunda etkin bir örgütün ancak mükemmel halkla ilişkiler diye özdeşleştiği iyi bir örgütsel iletişim sayesinde olabileceğini ifade etmiştir. Grunig örgütsel iletişimin aslında tam anlamıyla halka

ilişkilerin kendisi olduğunu ileri sürerek örgütsel iletişime yeni bir kimlik kazandırmıştır.

1990 yılında internet teknolojisine geçiş ile beraber 2004'lü yıllarda bireylerin ve örgütlerin yaşamlarında oldukça önemli yer tutan yeni medyanın en önemli bileşenlerinden bir olan sosyal medya (face-book, twitter, instagram vb.) ve araçlarının (bloglar vb.) gelişmesi örgütsel iletişimini her boyutta etkilemiş ve etkilemeye devam etmektedir. Artık örgütler için örgüt dışı hedef kitlelere (kamu, müşteriler, tüketiciler vb.) ve aynı zamanda örgüt içi hedef kitlelere (yöneticiler, örgüt içi çalışanlar, iş görenler vb.) ulaşımda örgütsel iletişim yeni bir boyut kazanarak önemini artırmıştır.

#### **2.4.2 Örgütsel iletişimin kapsamı**

Küreselleşen dünyada tüm örgütlerin rekabet etmeleri açısından olgunlaşan sosyal ve ekonomik şartlar, örgütsel iletişimi gerekli kılmaktadır. Örgütsel iletişimi gerekli kılan şartları şu şekilde açıklamak mümkündür (Çetintaş, 2014).

**a.** Geleneksel kitle iletişimi, farkındalık oluşturmak ve tutumları etkilemek açısından uyarıcı niteliktedir ancak talep oluşturma noktasında doğrudan etkisi yok denecek kadar az olmaktadır.

**b.** Örgütsel maliyetler artmakta ve paydaşlar üzerinde etkili olmak istenmektedir.

**c.** Birçok ürün ve markanın benzer kalitede olması ve farklılaşmanın azalması nedeniyle örgütler, iletişim ile farklılık oluşturmaya yönelmektedir.

**d.** Müşterilerin ve piyasaların giderek özel ve bölünmüş hale gelmesi kitle iletişimini etkisiz bir duruma getirmektedir. Özelleşmiş ve bölümlenmiş medya ihtiyacının artması ile dar pazarlara hitap edebilecek iletişim ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Öte yandan örgütsel iletişimde son teknolojiye dayanan uygulamaların kullanılması kaçınılmaz duruma gelmektedir.

**e.** Teknolojik gelişmeler ve yenilikler, yeni pazarlama yöntemlerini ve araçlarını gündeme getirmektedir. Etkileşimli medya ile mesajı gönderen ile alan arasında engeller ortadan kalkmakta ve pazarlama anlayışı alıcı odaklı olmaktadır.

**f.** Müşterilerin, iletişim okuryazarlığı arttıkça onlara ulaşmak güçleşmektedir. Bu durum örgütlerin, pazarlama iletişimini daha güvenilir ve inandırıcı kılabilmek için

iletişim konusuna bütünleşik biçimde yaklaşmaya ve etkileşimli iletişim araçlarına yönlendirmektedir.

**g.** Örgütler giderek daha fazla kitle ile iletişim kurmaktadır. Örneğin bir çalışan, bir paydaş, bir topluluk lideri ya da bir tedarikçi olabilmekte ve paydaş gruplar, örgüt için hedef kitleye dönüşebilmektedir. Ancak bunların her biri farklı bir medya grubuna maruz kalmaktadır. Dolayısıyla örgütsel amacın, örgütsel kimliğin ve örgütsel değerlerin, uygun iletişim araçları kullanılarak tüm hedef kitlelere yansıtılmak istenmektedir.

**h.** Bütünleşik iletişim anlayışı, örtüşen ve karmaşık hale gelen hedef kitleler ile iletişimde, oluşabilecek mesaj çatışmalarını tanımlama ve önleme sağlamaktadır.

**i.** Müşteri sadakati oluşturmanın öneminin giderek artmasıyla bütünleşik pazarlama iletişimi, hedef kitleler ile uzun dönemli ilişkiler kurmaya odaklanmaktadır.

**i.** Piyasaların küresel bir hale gelmesi nedeniyle örgütler, ürünlerini pazarladığı her ülkede tutarlı davranmaya mecbur olmaktadır.

Örgütsel bağlamda öne çıkan iletişim işlevlerini şu başlıklarda değerlendirmek mümkündür (Çetintaş, 2014).

**a. Örgütsel iletişim, bilgi taşıyıcı:** Bilgi, örgütün en önemli girdisi olarak yapılacak yenileşme, gelişme ve değişme eylemlerinin kaynağıdır. Örgütün çevresine uyumu ve çevresini kendisine uyarlaması ancak bilgi ile sağlanabilmektedir. İletişim, örgüt çalışanları arasında bilgi taşıyarak, örgütsel etkinliği oluşturmak ve sürdürmek için gerekli bir araç durumundadır.

**b. Örgütsel iletişim, ilişkilere aracılık eder:** Finans ilişkilerinin temeli iletişime dayanmaktadır.

Çalışanların kendi arasında ve yönetimle olan ilişkilerini sağlayan anlamlar, iletişimle iletilmektedir. Yöneticinin gönderdiği mesajın anlamını çalışana anlatmasını, benimsetmesini ve çalışanı eyleme geçirmesini kapsayan örgütsel iletişim, yöneticinin çalışanı etkilemesini ve çalışanın yöneticiye yanıtını içeren çift yönlü bir iletişim süreci olarak gerçekleşmektedir (Gürgen, 1997).

**c. Örgütsel iletişim, etkileşim aracıdır:** İnsanda iletişim kurma ihtiyacı, çevresini etkileme isteğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle iletişimin, bilgi yaymak, eğitmek, eğlendirmek ve anlatmak gibi amaçlarının yanı sıra asıl amacı, bilgi vermek

ve karşıdaki insanı etkilemektir. Bu kapsamda örgütsel iletişim, toplumun ve çalışanların örgüt hakkındaki tutumlarını etkilemek ve değiştirmek amacıyla iç ve dış paydaşlara yönelik iletişimdir.

**d. Örgütsel iletişim, kararların uygulanmasını sağlar:** Yönetimsel kararlar, örgütsel etkinliğin araçlarıdır. Örgütsel amaçların gerçekleştirilmesini engelleyen sorunların çözülmesi için verilecek kararların zamanında, etkin biçimde ve doğru olarak yerine ulaşması iletişim süreci ile sağlanmaktadır. Örgütsel iletişim, örgütsel bakış açısı ile örgütteki iletişimlerin ahenkli bir yaklaşım ile ele alınması ve örgütü bir bütün olarak görerek sorunlara odaklanmasıdır (Riel and Fombrun, 2007).

**e. Örgütsel iletişim, emir ve talimatları taşır:** Örgütsel amaçların, örgütsel görevlerin ve yapılacak işlerin açıklanması ile ilgili emirler ve talimatlar, iletişim yoluyla çalışanlara ulaştırılmaktadır. Örgütsel faaliyetlerin yürütülmesinde yönlendirme ve eşgüdüm aracı olan iletişim bir örgütün verimli çalışmasında en önemli etkidir (Tutar, 2009).

**f. Örgütsel iletişim, geribildirim sağlar:** Önemli bir yönetim disiplini haline gelen örgütsel iletişim, örgütün ve örgütsel mesajların şeffaflığını sağlamak için ortaya konan bir yaklaşımdır. Bu anlayış doğrultusunda elde edilen geribildirim, örgütte görülen kusurlar ve eksikler, üstün yönler ve başarılar hakkında elde edilen bilgileri içermektedir. Örgütsel iletişim, geribildirimlerin değerlendirilmesi ve örgütü ilgilendiren konuların, olayların ve krizlerin gerçekleşmeden önce tespit edilmesini öngören yönetimsel bir işlevidir (Dolphin, 2000).

### 2.4.3 Örgütsel iletişimin amaçları

Örgütün bütünleşik iletişimi, bilginin aktarılması ve örgüt dışı iletişim etkinlikleri açısından genel amaçlarını şu şekilde açıklayabiliriz (Gökçe 2010,Pelsmacker, 2010,Gürgen, 1997,Tutar, 2008,Wright, 2006,Çetintaş, 2014).

- a. Örgütsel strateji doğrultusunda bir örgütsel kimliğin tanımlanmasıdır.
- b. Arzulanan imaj ile örgütün hedef kitlelerince bilinen imajı arasındaki açığın azaltılmasıdır.
- c. Teknolojik, ekonomik ve toplumsal değişimler sonucunda ortaya çıkan yeni anlayışların tanınması, uygulanması ve benimsenmesinin sağlanmasıdır.
- d. Örgütün iç ve dış çevresini oluşturan kimselerle bilgi paylaşımı sağlayarak örgüte yönelik bağlılığın arttırılmasıdır.

- e. Örgütsel yapının öngördüğü haklar, olanaklar ve sorumluluklara ilişkin algı düzeylerini arttırarak olası olumsuz gelişmelerin önlenmesidir.
- f. Bir örgütün tüm iletişim çabalarının uygulamasını yukarıda belirtilen ilkeler doğrultusunda düzenlenmesi ve kontrol edilmesidir.
- g. Örgütsel politika ve kararların çalışanlara duyurulması ve anlatılması böylece çalışanların örgütü tanımasının sağlanmasıdır.
- a. Çalışanların iş güvensizliklerinin giderilerek yeni teknolojilere uyum için gerekli bilgilerin verilmesidir.
- b. Örgütsel bütünlük ve dayanışmaya yönelik kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesi ve ortak bilincin oluşmasının sağlanmasıdır.
- c. Örgütsel farkındalığın ve içsel örgüt kültürün artırılarak yeni stratejilerin geliştirilmesidir.
- d. Bilgi, örgütsel faaliyetlerin temelidir. Örgüt açısından en önemli bilgi çalışanlara örgütsel amaç konusunda bilgi vermektir. Ayrıca çalışanlara, örgüte ilişkin gerekli bilgilerin verilerek olası hataların önlenmesidir.
- e. Kişilerin anlayacakları ve kabul edecekleri mesajları göndererek, onları etkilemek ve bir davranışta bulunmaya yönlendirmektir.
- f. Gönderilen mesajların hedef kitle tarafından algılanmasını, anlaşılmasını, değerlendirilmesini ve kabul edilmesini saklamaktır.
- g. Mesajlarla hedef kitlede tutum ve davranış değişikliği oluşturarak kitlenin istenen doğrultuda geribildirimde bulunmasını sağlamaktır
- h. Müşteri sadakatini arttırmak ve oluşabilecek olumsuz durumlara tepki vermektir.

#### **2.4.4 Örgütsel iletişimin önemi**

Örgütsel iletişim, örgütün kemiğidir. Örgütlerin varlıklarını devam ettirebilmeleri için tüm birimleri birbirine bağlayan iletişim dokusuna ihtiyaçları vardır. Örgütsel ve yönetsel işlerin düzenli bir şekilde koordine edilmesi, bireyler ve birimler arasındaki uyum ve dayanışma, örgüt kültürünün işleyişi ve örgütsel başarı ancak etkin bir şekilde işleyen örgütsel iletişime bağlı iletişim, örgütlerin etkinliği ve başarısı açısından çok önemli bir süreçtir. İletişimin etkin olmadığı bir ortamda işlerin koordinasyonunu sağlamak mümkün değildir. İletişim sayesinde çalışanlar arasında koordinasyon, işbirliği ve ahenk sağlanabilir. Yöneticinin iş yaptırmak için ne beklediğini, nasıl ve ne zaman istendiğini örgütsel iletişim sayesinde öğrendiği gibi yöneticiler de örgütte ne gibi problemlerin ve aksaklıkların olduğunu yine örgütsel



iletişim sayesinde öğrenebilir. Bu sürecin etkinliği örgütteki işlerin uyum ve koordinasyon içinde yürütülmesi açısından bir gerekliliktir. İyi bir iletişim sistemi olmayan örgütler temeli sağlam olmayan binaya benzer, ufak bir sarsıntıda hasar görür, daha büyük bir sarsıntıda yıkılır ve yok olur (Eskiyörük, 2015).

Örgütlerin belirlenen amaçlara ulaşabilmeleri, örgütü oluşturan unsurların belirlenen amaçlar doğrultusunda bir araya getirilmesine bağlıdır. Bu faaliyetler dizisi yönetimin örgütleme fonksiyonu ile gerçekleşmektedir. Her örgütleme ve koordinasyon fonksiyonunun zorunlu unsuru ise örgütsel iletişimdir (Tutar, 2009). Örgütsel iletişim, örgütteki tüm öğelerin belirlenen amaçlar doğrultusunda etkileşimde bulunmasını sağlamakta, böylece örgütsel bütünlüğün gerçekleşmesinde önemli bir işlev görmektedir (Gürgen, 1997). Örgütsel özellik taşıyan ve bu özellikleriyle toplumsal yapının bir parçası olan örgütler, yaşamlarını örgüt içinde ve dışında kurulan ilişkiler düzeni içinde sürdürmektedir (Solmaz, 2004). Örgütler, iç ve dış hedef kitleleriyle ilişkilerinde başarılı olmak için örgütsel amaç ve hedeflere ulaşmak, bir düzen içinde işlemek, birimler arasında eşgüdümü ve bilgi akışını sağlamak, örgütsel kararları hızlı, doğru biçimde almak ve uygulamaya geçirmek ayrıca çalışanların motivasyonunu, bütünleşmesini ve değerlendirilmesini sağlamak ve örgütsel denetimin sistematik biçimde yapılması gibi unsurları ön planda tutmaktadır (Tellan, 2009, Tutar, 2009, Çetintaş, 2014).

Grunig (2005)'in de ifade ettiği gibi bir örgütte mükemmel halkla ilişkiler, ancak ve ancak etkin bir örgütsel iletişim sayesinde gerçekleşebilir. Sonuç olarak, örgütsel iletişimle örgüt içinde karşılıklı güven ve serbest bilgi akışı, örgüt dışında ise iyi ve kaliteli hizmet, müşterilerin isteklerine hızlı ve doğru yanıt verme ile sağlanabilecektir. Bu nedenle örgütlerin, örgütsel amaçları gerçekleştirmek ve örgütsel etkinliği artırmak için örgütsel iletişimi etkili biçimde yürütme ve kullanma konularına ağırlık vermeleri büyük önem taşımaktadır. Corneelissen, 2004).

#### **2.4.5 Örgütsel iletişimin özellikleri**

Kapsadığı konular ve kavramlar doğrultusunda örgütsel iletişimin özellikleri şunlardır; (Baldwin, Perry and Moffitt, 2004, Comelissen, 2004, Kaya, 2003, Riel and Fombrun, 2007).

- a. Örgütsel iletişim, örgütsel kitleyi hedef almaktadır.
- b. Örgütsel iletişim, paydaşları ile ilişki oluşturmak için kullanılan tüm iletişimleri kapsamaktadır.

- c. Örgütsel iletişim, sembolik ve maksatludur.
- d. Örgütsel iletişim, karmaşık ve açık bir sistem içinde meydana gelmektedir.
- e. Örgütsel iletişim, resmi ve resmi olmayan iletişim kanallarında bulunan tüm mesajları kapsamaktadır.
- f. Örgütsel iletişim, örgütte gerçekleşen tüm iletişimleri bir bütün olarak görmekte ve değerlendirmektedir.
- g. Örgütsel iletişim, devam eden bir süreç olarak uzun dönemli bir bakış açısına sahiptir.
- h. Örgütsel iletişim, diğer iletişim türlerine göre daha farklı bir tarzdadır.
- i. Örgütsel iletişim, çalışanların çevrelerini anlamlandırmak ve belirsizliklerin üstesinden gelebilmek için fikirler, amaçlar ve kavramlar hakkında mesajların oluşturulmasını ve paylaşılmasını kapsamaktadır.
- j. Örgütsel iletişim, çalışanların tutumları, hisleri, ilişkileri, memnuniyetleri, kişilikleri ve yetenekleri ile oluşan iletişimleri kapsamaktadır.

#### 2.4.6 Örgütsel iletişim modeli

Thayer (1975)'e göre bir örgütün iletişim gereksinimlerini ve işlevlerini karşılayan üç temel iletişim alt sistemi vardır.

Bunlar;

**a. İşlemsel-operasyonel iletişim süreci:** Örgütün görevlerini kapsayan işlem ve faaliyetlere (muhasabe, envanter, üretim v. b) ilişkin bilgileri kaynağından hedefine taşıma fonksiyonuna sahiptir.

**b. Düzenleyici iletişim sistemi:** Örgüt üyelerinin amaçlarını, faaliyetlerini, görevlerini ve davranışlarını belirlemeyi ve düzenlemeyi kapsayan emir, komuta ve talimatlar gibi mesajları iletme rolüne sahiptir.

**c. Koruma ve geliştirme iletişim sistemi:** Örgütün yaşamını devam ettirmesi ve gelişmesi için gerekli olan örgüt içi ve örgütle çevresi arasındaki iletişimi sağlama işlevine sahiptir. Thayer örgütsel iletişim sistemini, üç alt sistemden oluşan bir bütün olarak ele almıştır. Bu yaklaşım, geleneksel dikey, yatay ve yönetici-iş gören iletişimi yaklaşımından farklı bir görüşü yansıtır. Örgütsel iletişimle ilgili olarak Thayer'e göre dikkate alınması gereken iki faktör daha vardır. Bunlar;

a. Toplumların kendilerine özgü yasaları (özellikleri) vardır. O nedenle toplum ile iletişim, iki birey arasındaki iletişimden farklıdır.

b. Biçimsel örgütlerde üyelerin iki tür iletişim davranışı olduğuna dikkat etmek gerektiğini belirtir. Bireyler, diğer kişilerle "kendi adına" ve "örgüt adına" ilişki ve iletişimde bulunurlar. Bu iki davranış biçiminin çoğu durumda birbirinden farklı olduğu söylenebilir (Gürgen, 1997).

#### **2.4.7 Örgütsel iletişim kuramları**

Genel olarak araştırıldığında örgütsel iletişim kuramlarının eş zamanlı olarak oluştuğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla örgütsel iletişim kuramlarının analizi herhangi bir kronolojik sıraya göre yapılmıştır. Zaten örgütsel iletişimin tanımı, kapsamı, önemi ve amaçlarından söz edilirken örgütsel iletişim kuramcılarının düşüncelerine atıflarda bulunulmuştur (Bkz. 2.4, 2.4.1-2.4.6).

##### **2.4.7.1 Aberg'in örgütsel iletişim kuramı**

Aberg'e göre bir örgütün başarılı olabilmesi için, örgüt içerisindeki tüm birimlerin bir bütünlük içerisinde çalışmaları gerektiğini ifade etmiştir. Aberg'e göre iletişimin dört temel fonksiyonu vardır.

Bunlar;

- a. Temel iç ve dış faaliyetleri desteklemek (düzenleme),
- b. Örgütlenme ve ürün temelli konumlandırma (ikna etme),
- c. İç ve dış hedef kitleleri bilgilendirme (bilgilendirme),
- d. Bireyleri iyi bir örgüt vatandaşı olarak toplumsallaştırma (bütünleştirme) Sezgin (2005). Bu özelliği örgüt çalışanları açısından örgütsel vatandaşlık davranışı (ÖVD) olarak ifade edilmiştir. Aberg bu dört iletişim fonksiyonunun bütünleştirilmesinin gerekliliğini savunmaktadır (Massie ve Anderson, 2003).

Aberg'in örgütsel iletişim kuramına göre bir örgütte örgütsel iletişim, şu birimler çerçevesinde olmalıdır. Bunlar;

#### **A. Ana Faaliyetlerin Desteklenmesi**

**a<sub>1</sub>: Dış Destek:** Dış Pazarlama, Örgütler arası etkin iletişim.

**a<sub>2</sub>: İç Destek:** İç Pazarlama, Etkin Çalışma Yönergeleri.

#### **B. Bilgilendirme**

**b<sub>1</sub>: Örgüt Dışı Bilgilendirme:** Dışsal Bilgilendirme Faaliyetleri.

**b<sub>2</sub>: Örgüt İçi Bilgilendirme:** İçsel Bilgilendirme Faaliyetleri, İç Tarama.

### **C. Kimlik Oluşturma**

**c<sub>1</sub>: Ürüne Yönelik Kimlik Kazanma:** Ürün Kimliği Oluşturma, Ürün İmajı Araştırması.

**c<sub>2</sub>: Örgüte Yönelik Kimlik Kazanma:** Örgüt Kimliği, Örgüt İmajı Araştırması.

### **D. Toplumsallaştırma**

**d<sub>1</sub>: İşe Başlama:** Eğitim, Göreve Başlama.

**d<sub>2</sub>: Örgüt Tanıtma:** Eğitim, Kuruluş El Kitabı (Okay, 2005).

Bu görevlerin birbirinden bağımsız olarak yürütülmesi, hedef kitlede istenilen etkiye ulaşılmasının önünde bir engel teşkil edebilir. Bu nedenle, örgütsel iletişim mutlaka bir bütün olarak düşünülmeli, belirli bir strateji ve planlamaya dayalı olarak düzenlenmelidir. Aberg'in kuramı, bütünleştirmeye yönelik bir bakış açısı ve genel bir alt yapı sunmaktadır (Görkem, 2013).

#### **2.4.7.2 Goodman'ın örgütsel iletişim kuramı**

Goodman'ın kuramı, örgütsel iletişimin; örgütsel felsefe, kültür, imaj gibi, örgütü bütünüyle etkileyen kavramları dahil etmesi, dolayısıyla örgütsel iletişimin örgütsel strateji bağlamında görülmesi gerektiğinin altını çizmesi bağlamında önemlidir. Ayrıca Goodman, örgütteki iletişimin, uzmanlık alanlarına özerklik verilirken gerekli olduğu kadarıyla örgütsel iletişim bölümü tarafından merkezi olarak yönlendirilmesi ve denetim altında tutulması gerektiğini belirterek, bir düzenleme ve koordinasyona işaret etmesi bağlamında da önem taşımaktadır. Başka bir merkezi nokta, örgütsel iletişim bölümünün bu amaçlar doğrultusunda örgüt içi iletişim birimlerinin eğitimi ile ilgilenebileceğinin belirtilmesidir.

Goodman, 2009 yılında "Örgütsel İletişim Uygulamaları ve Trendleri" çalışmasını Christina Genest ve Sin Yee Ng ile yönetmiştir. Veri, Fortune 1000 sıralamasına giren çokuluslu şirketlerden toplanılmıştır. Bu çokuluslu şirketlerin, borsada işlem gören şirketler olmasına dikkat edilmiştir. Bunun birçok sebebi vardır; öncelikle bu şirketler ile ilgili bilgiler açıktır ve rahatlıkla erişilebilir durumdadır. İkinci olarak, küresel pazarın gerçeklikleri, medyanın etkileri ve para piyasalarının oluşturduğu

baskılar nedeni ile bu tip şirketler örgütsel iletişim uygulamalarının öncüleri olmak durumunda kalmaktadırlar (Goodman, 2010).

Çalışma sonuçları, sosyal medyanın örgütsel iletişimi çok etkilediğini ve çalışmadaki örgütsel iletişim uzmanlarının %78'inin sosyal medyadan sorumlu olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, çalışma sonuçları, örgütsel iletişim yöneticilerinin en temel rollerinin CEO'ya danışmanlık yapmak olduğunu düşündüklerini de göstermiştir. Çalışma sonuçları aynı zamanda hesap verebilirlik ve şeffaflık konularının çok önemli görüldüğünü ve bu gruba göre örgütsel iletişimin temel çalışma alanlarının hükümet ilişkileri, örgütsel kimlik, kriz iletişimi ve yönetim iletişimi olduğunu göstermiştir (Görkem, 2013).

Goodman (2000), örgütsel iletişimi aynı zamanda, güçlü iç ve dış ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi olarak tanımlamaktadır.

Örgütsel iletişim, bir örgütün iç ve dış iletişimi ile ilgili çeşitli yönetim fonksiyonlarını betimlemek için kullanılan bir terimdir. Örgütün yapısına göre; halkla ilişkiler, yatırımcı ilişkileri, çalışan ilişkileri, toplumsal ilişkiler, reklâm, medyayla ilişkiler, hükümet ilişkileri, teknik iletişim, çalışan gelişimi ve eğitim gibi geleneksel disiplinleri kapsayabilmektedir.

#### **2.4.7.3 Paul Argenti'nin örgütsel iletişim kuramı**

Argenti'ye göre örgütsel iletişim; örgütsel imaj ve kimlik çalışmaları, örgütsel reklamcılık ve savunuculuk, medya ilişkileri, pazarlama iletişimi, finansal iletişim, iç iletişim, toplumsal ilişkiler, kurumsal hayırseverlik, hükümet ilişkileri ve kriz iletişimi fonksiyonlarını kapsar. Bu fonksiyonlar, örgütsel iletişimin sorumlu olduğu tüm alt fonksiyonlar değil, büyük şirketlerde örgütsel iletişim adı altında yürütülen aktivitelerin en önemlilerindedir (Argenti, 1996).

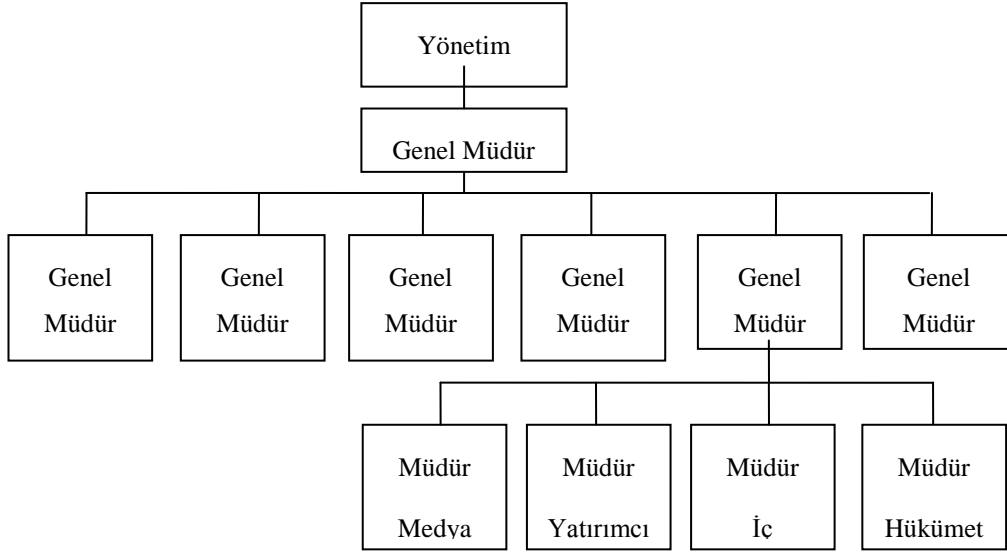
Argenti (2006), örgütsel iletişimin, dört farklı boyutu ile tanımlamada kullanılan bir terim olduğunu belirtmektedir. Başka bir deyişle, örgütsel iletişim terimi, bir fonksiyonu, bir iletişim kanalını, bir süreci ya da bir tutum ya da inançlar bütünü anlatabilmektedir. Fonksiyon boyutuna bakıldığında, örgütsel iletişim fonksiyonunun hem iç hem de dış paydaşlarla iletişim kurmaktan sorumlu olduğu ve belirli alt fonksiyonlardan oluştuğu görülmektedir. Bu alt fonksiyonlar; medyayla ilişkiler, yatırımcı ilişkileri, iç iletişim ve çalışan iletişimi, hükümet ilişkileri, toplumsal

ilişkiler, örgütsel hayırseverlik, örgütsel itibar ve pazarlama iletişimi gibi fonksiyonları kapsamaktadır.

Örgütsel iletişim kanalları, hem basılı materyalleri hem de örgütsel web sayfasına ve bloglara eklenen materyalleri içermektedir. İletişim süreçleri boyutunda iletişim tarzı, zamanlama ve tavır ön plana çıkmaktadır. Bazı örgütlerde çok resmi ve bürokratik tarz tercih edilirken, diğer örgütlerde gayri-resmi iletişim tercih edilmektedir ve hem yöneticiler ile çalışanlar arasında hem de genel olarak tüm paydaşlar arasında akıcı, serbest bir biçimde iletişimin gerçekleşmesi sağlanmaktadır. Dördüncü boyut olan tutum ya da inançlar bütünü boyutunun ise insanların hangi konularda ve nasıl iletişim kurmak gerektiği ve iletişim kurma çabasının değeri konularındaki inançlarını yansıttığını söylemek mümkündür.

Argenti'nin örgütsel iletişim tanımında en dikkat çeken noktalardan biri; merkezi ya da özerk iletişim olgularına yapılan vurgudur. Argenti, merkezileşmiş ya da özerkleştirilmiş iletişim kararının, kurumların büyüklüğüne, coğrafi dağılımlarına ve kurumun ürün ve hizmetlerinin çeşitliliğine bağlı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, merkezileşmiş iletişimin, örgütlerin tüm iletişim biçimlerinin kontrolünün ve dolayısıyla tutarlılığının sağlanmasında kolaylık sağladığını; ancak, özerk iletişimin de bölümlere, bir bütün olarak örgütün ihtiyaçlarına değil, kendi ihtiyaçlarına göre iletişim fonksiyonunu düzenleme fırsatı ve esnekliği sağladığını eklemiştir.

Argenti'nin örgütsel iletişim alanına yaptığı en büyük katkılardan birinin, iletişimin bütünleştirilmesi konusuna getirdiği detaylı bakış açısı olduğunu söylemek mümkündür. Argenti, "iletişim bütünleştirilmeli" demekten öteye gitmiş; iletişim fonksiyonlarının, kullanılan kanal ve materyallerin, tarz, zamanlama, tavır gibi iletişim sürecini şekillendiren olguların, iletişime genel tutumun da bütünleştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ancak, yine bu bütünleştirmenin nasıl sağlanabileceği konusunda detaylı bir yol haritası çizmemiştir.

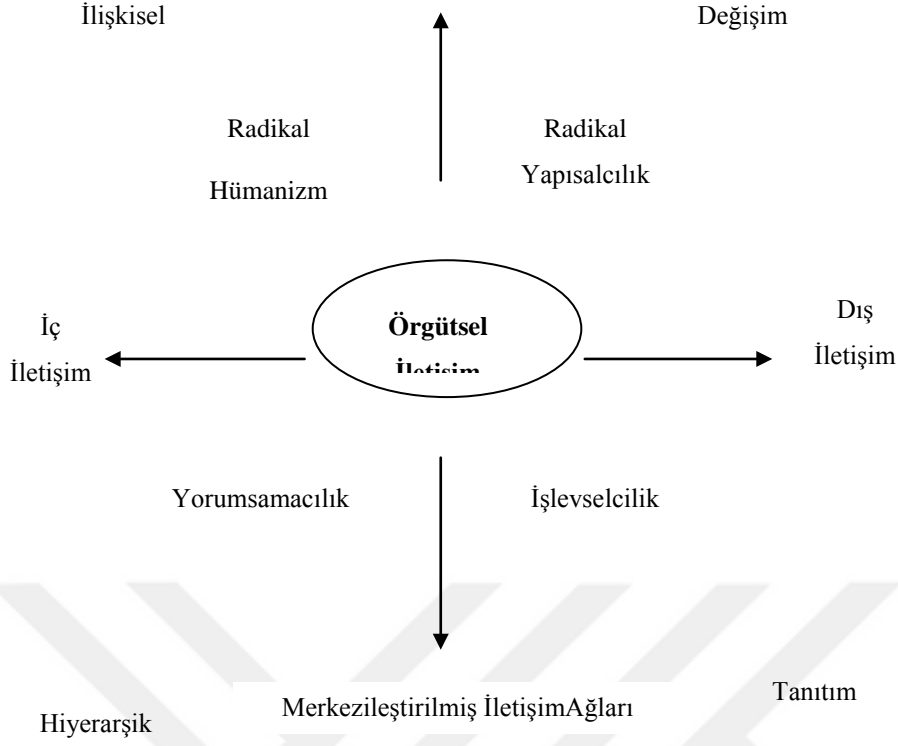


**Şekil 2.14:** Argenti'ye Göre Bütünsel Örgütsel İletişim Fonksiyonunun Örgütsel Yapılanma İçindeki Yeri (Görkem, 2013).

Argenti ayrıca, fonksiyonlar arasında bilgi akışının artırılması, karar alma süreçlerinin kolaylaştırılması, bireysel sorumluluk ve yetkilerin net olarak tanımlanması gibi bütünleştirmeyi yakından etkileyebilecek etkenleri de teorisinde kapsamıştır. Aynı zamanda, merkezi ve özerkleştirilmiş iletişim arasında bir denge kurulmasına da işaret etmiştir. Bu dengenin örgütsel iletişim uygulamalarında kilit bir rol teşkil ettiğini iddia etmek mümkündür (Görkem, 2013).

#### 2.4.7.4 Alan Belasan'ın örgütsel iletişim kuramı

Belasen, örgütsel iletişim kavramının ortaya çıkmasını birçok nedene bağlar. Öncelikle, günümüzde örgütsel iletişimin sadece halkla ilişkiler ve pazarlama bölümleri tarafından düzenlenen bir işlev olmadığını belirtir. Örgüt içi başka fonksiyonlar da iç ve dış paydaşları etkileyen örgütsel politikaların kararlaştırılması ve yürürlüğe konulmasını etkileyebilmektedir. Bu nedenle yeni bir düzenlemeye ihtiyaç vardır. Örgütsel iletişim, yöneticilerinin ve çalışanlarının en önemli rollerinden biridir, bölümler arasında ve iç ile dış iletişim ihtiyaçları arasında kaçınılmaz olarak ortaya çıkacak çelişkili beklentiler arasında bir denge kurmak ve tutarlı mesajlar verilmesini sağlamaktır. Bu, güçlü bir örgütsel kimlik ve imaj geliştirilmesi ve bu kimlik ve imajın korunabilmesi için önemlidir. Belasen tarafından geliştirilmiş ve çelişen değerler arasında denge kurulabilmesi için temel bir çerçeve çizen bir model yansıtılmaktadır (Görkem, 2013).



**Şekil 2.15:** Örgütsel İletişim Çelişen Değerler Yaklaşımı: Bakış Açıları ve Mesaj Yönelimleri (Belasen, 2008).

Belasen (2008)'in çelişen değerler yaklaşımına göre, birbiri ile çelişkili beklentilerin, iki ayrı düzlem üzerinde ve birbiri ile bağdaşmayan iki zıt kutup gibi görüldüğünü söylemek mümkündür. Dikey düzlem, özerkleştirilmiş iletişim ağları ile merkezileşmiş ağlar arasındaki yelpazeyi göstermektedir. Yatay düzlem ise dış iletişim ile iç iletişim arasındaki aralığı simgelemektedir. Belasen, örgütsel iletişim için çelişen değerler yaklaşımının bu eksenlerde bir denge kurmak amacıyla bir pusula gibi kullanılmasını önermektedir. Dikey düzlem, kuzey kutbunda örgütsel esneklik sağlama amacını ve bu konudaki beklentileri sembolize etmektedir. Güney kutbunda ise örgütsel kontrolün sağlanması amacını ve bu konudaki beklentileri simgelemektedir. Başka bir deyişle, bu düzlemde, örgüt içinde öngörülebilir ve istikrarlı bir çalışma ortamı yaratma ihtiyacı ile örgütün dış çevredeki değişimlere uyum sağlayabilmek ve kendisine yöneltilen taleplere cevap verebilmek için esnek ve dinamik olabilme ihtiyacı arasındaki gerilim görülmektedir (Görkem, 2013).

Bu bağlamda, uluslararası akademik çevrelerdeki saygın yayınlardan olan Uluslararası Örgütsel İletişim Dergisi (International Journal of Corporate Communication)'ne bakıldığında, örgütsel iletişim alanının kapsamına giren konuların çok çeşitli, dağınık ve oldukça geniş olduğu göze çarpmaktadır. Örneğin;



halkla ilişkiler, imaj yönetimi, itibar yönetimi, paydaş analizi, yatırımcı ilişkileri, finansal iletişim, müşteri ilişkileri, devletle ilişkiler, pazarlama iletişimi, sponsorluk, örgütsel vatandaşlık, sosyal sorumluluk, kriz yönetimi, sorun yönetimi, medya ilişkileri, çalışanlarla ilişkiler, örgüt içi iletişim, örgütsel reklâm, örgütsel kimlik, örgütsel marka, yönetim iletişimi, liderlik iletişimi, örgütsel iletişim, örgütsel kültür, değişim yönetimi, teknolojik iletişim gibi pek çok farklı konu başlığı dergide yer

#### **2.4.7.5 Van Riel'in örgütsel iletişim kuramı**

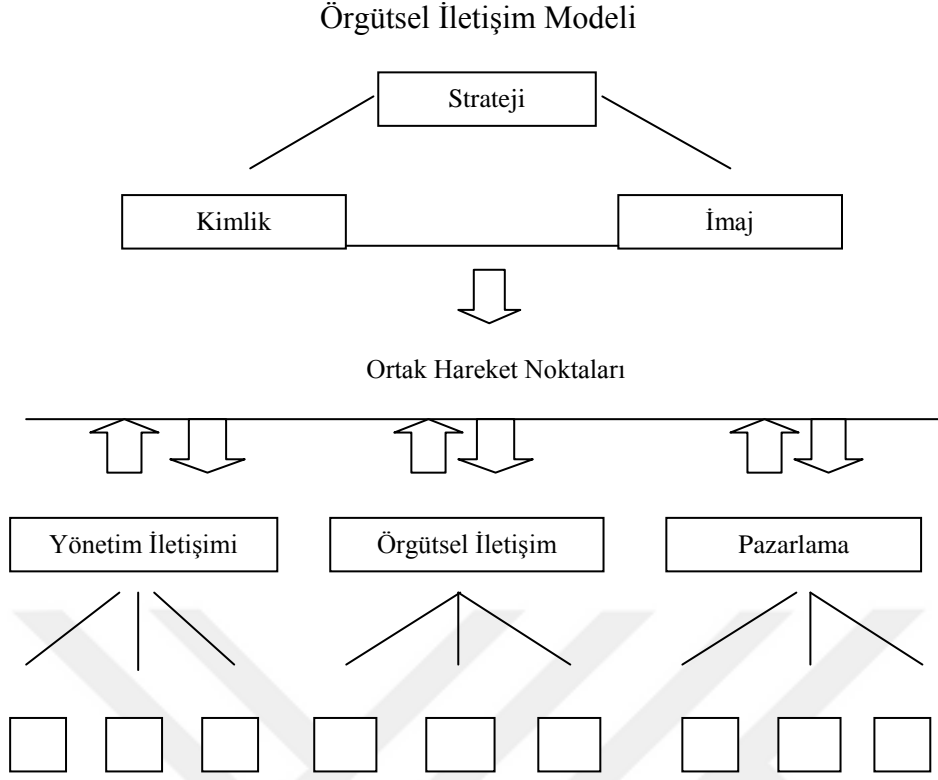
Örgütsel iletişim, bir örgütteki tüm iletişim uzmanlarının ortak karar alma süreci sonrasında belirledikleri, bir stratejik çerçeveyi kullanarak iletişim aktivitelerini düzenlemeleridir. Bunun yapılabilmesi için yeni bir bölüm kurulması ya da var olan bir bölümün kaldırılması gerekmemektedir. Önemli olan iletişim bölümleri arasındaki Çin setlerinin kalkması, işbirliğinin hakim olduğu bir çalışma biçiminin hayata geçirilmesidir. İletişim bölümlerinin öncelikle kuruma bütün olarak bakmaları, ihtiyaçları ve amaçları tespit etmeleri ve sonrasında her bir iletişim biçiminin bu amaçlara ulaşmak için neler yapması gerektiğini belirlemeleri gerekmektedir (Görkem, 2013).

Van Riel ve Fombrun (2007: 31-36) Örgütsel iletişimin başarılı olabilmesi için, hedef kitlelerin bilgi, tutum ve davranışlarında değişime sebep olabilmesi, dürüst ve simetrik olması, örgütsel seviyede, fonksiyonel seviyede ve koordinasyon seviyesinde hesap verebilir ve ölçülebilir olması ve itibar yönetime katkıda bulunması gerektiğini belirtmektedir. Van Riel ve Fombrun (2007).

Van Riel (1992)'e göre örgütsel iletişim, birçok iletişim uzmanının ortaklaşa oluşturulan genel bir stratejik çerçeveyi temel alarak, kendi iletişim katkılarını birleştirebilecekleri bir çerçeve fonksiyonu görmektedir.

Bu çerçeve, örgütsel strateji, örgütsel kimlik, örgütsel imaj üçgeni üzerine yapılandırılmalıdır. Çeşitli iletişim bölümlerinin temsilcileri bir araya gelmeli, mevcut ve istenilen örgütsel kimliğe ulaşmak ve örgütün imajını geliştirmek için kararlaştırılmış iletişim stratejisine ulaşmada faydalı olabilecek ortak hareket noktalarını belirlemelidirler (Görkem, 2013).

Van Riel'in örgütsel iletişime bakış açısını şu şekilde ifade etmek mümkündür.



**Şekil 2.16:** Van Riel'in Örgütsel İletişim Modeli (Van Riel, 1992).

Van Riel'e göre örgütsel iletişim üç alt bileşenden oluşmaktadır.

**a. Yönetim İletişimi:** Yönetim, yazılı ve sözlü olarak yürütülen resmi ve gayri resmî bir iletişim sistemidir. Her örgütte yöneticilerin zamanlarının büyük bir bölümü iletişim içinde geçmektedir. Bu nedenle yönetimin yarısı iletişimdir. Toplumsal yaşamda olduğu gibi, örgütsel yaşamda da iletişim hayati bir süreçtir. Örgütsel yaşamda iletişim dikey ve yatay olarak yazılı, sözlü, sözsüz, görsel, işitsel, formel ve informel biçimde yürütülür. Örgütsel ve yönetsel yaşamda yöneticilerin astlarıyla iletişimi genel olarak bilgi verme, bilgi ve görüş alma, emir ve direktif verme; astların istek, öneri ve şikâyetlerini dinleme, astları disipline etme yöntemleriyle gerçekleşir (Aytürk, 2015).

Yöneticiler aynı zamanda örgüt içinde ortak bir anlayış geliştirmek ve bu anlayışı pekiştirmek için de iletişimden faydalanırlar. McArthur ve McArthur (1987), yöneticilerin iç iletişimi etkinleştirmek için şu etkinlikleri yapmalarının gerektiğini şu şekilde ifade etmişlerdir;

**a.** Gereksiz bilgileri elemeleri ve çalışanların enformasyon yükü altında ezilmelerini önlemeleri,

- b.** Örgütteki bilginin ulaşılabilir hale gelmesini sağlamaları, öncelikleri net olarak belirlemeleri ve açık bir dille ifade etmeleri,
- c.** İletişimde miktarın yanı sıra içerik bağlamında yüksek standartların önemini fark etmeleri,
- d.** Mesajların ulaşması gereken tüm çalışanlara ulaştığından emin olmaları,
- e.** İnsan doğasının, insanların duymak istediklerini duyma ve diğerlerinin duymak istediklerini söyleme konusundaki eğiliminin bilincinde olmaları,
- f.** Gerçeklerin genelde acı olduğu için görmezden gelinme ihtimalini; buna karşı dedikoduların daha eğlenceli oldukları için kabul görebilmeleri gerçeğini hesaba katmaları,
- g.** Dil konusundaki engelleri (teknik dil veya kültürler arası iletişim) hesaba katmaları gerektiğini önermişlerdir.

Van Riel yönetim iletişim bağlamında CEO iletişiminin öneminden söz eder. Van Riel (1992)'e göre *CEO* iletişiminin dört temel kuralı vardır. Bunlar;

#### **a. Tutarlılık**

- a<sub>1</sub>:** *CEO* mesajları örgütsel hedeflere ve halkla ilişkiler hedeflerine uygun mu?
- a<sub>2</sub>:** *CEO* davranışları bu mesajlarla uyumlu mu?
- a<sub>3</sub>:** *CEO*'nun iç ve dış iletişim biçimleri bütünsel ve uyumlu mu?

#### **b. Kişisel İlgi**

- b<sub>1</sub>:** *CEO*, çalışanların iletişimsel ve duygusal ihtiyaçlarını anlıyor mu?
- b<sub>2</sub>:** *CEO*, çalışanlarının ihtiyaçları konusunda kişisel duyarlılık gösteriyor mu?
- b<sub>3</sub>:** *CEO*'ya geribildirimde bulunmalarını mümkün kılan kanallar mevcut mu?

#### **c. Ayırt edebilme**

- c<sub>1</sub>:** *CEO*'nun iç iletişim rolü diğer yöneticilerin rollerinden farklı mı?
- c<sub>2</sub>:** *CEO*, iletişiminin zamanlaması sağduyulu bir şekilde yapılmış mı? *CEO*, iletişimi sağduyulu bir şekilde düzenlenmiş mi?
- c<sub>3</sub>:** *CEO*, önemli bir etkisi olan örgütsel konularda lider iletişimci rolü oynuyor mu?

#### **d. Organizasyon**

**d<sub>1</sub>:** CEO iletişimi genel halkla ilişkiler planı ile bütünleşik mi? CEO mesajları diğer müdürlerin mesajları ile senkronize mi ?

**d<sub>2</sub>:** CEO mesajları uygun kanallardan mı dağıtılıyor?

#### **b. Pazarlama İletişimi:**

Pazarlama iletişimi, çoğu kurumda en büyük bütçe payına sahip örgütsel iletişim bileşenidir. Pazarlama iletişimi, kurumdan kuruma derecesi değişmek ile birlikte örgütsel iletişim tarafından desteklenmektedir. Van Riel ve Fombrun (2007). Dolayısıyla *bütünleşik pazarlama iletişimi (BPI)* kavramı halkla ilişkiler açısından oldukça önem kazanmaktadır. BPI, bütün tanıtım araçlarının birlikte uyum içerisinde çalışacak şekilde ortak kullanımınıdır. Temel iletişim araçlarına ek olarak bütünleştirme *dikey, yatay, içsel ve dışsal* ve *veriye* dayalı da olabilir (Davis, 2006).

*Dikey*, pazarlama karmasını ve alt sistemleri kapsar, böylece farklı işlevler çeşitli seçimler ve eylemler yoluyla dışarıya tutarlı mesajlar iletir.

*Yatay*, böylece bütün pazarlama ve iletişim hedefleri örgütsel misyon ve hedeflerle tutarlı olur.

*İçsel*, herkesi gerektiği kadar bilgi sahibi ve istekli tutmaktır.

*Dışsal*, reklamcılık ve halkla ilişkiler ajansları gibi dış ortakların yakın dayanışması yoluyla tek ve tutarlı bir mesaj oluşturulur.

*Veri*, alt sistemlerden ilgili verileri toplayan bir pazarlama enformasyon sisteminin varlığını sağlar. BPI alanında çalışan önemli akademisyenlerden biri olan Knecht, bütünleşik pazarlama iletişimi çabasını beş aşamada incelemektedir (Van Riel, 1992).

Bunlar;

**a. Bütünleşik Medya Reklamcılığı:** Mesajı aktarmak için kullanılacak kitle iletişim araçlarının en iyi ve en kapsamlı kullanımı.

**b. Bütünleşik Medya İletişimi:** Medya reklamcılığı, doğrudan reklamcılık, gazete makaleleri aracılığıyla tanıtım, ürün yerleştirme ve marka ya da ürünün sponsorluk kullanılarak yapılan promosyonunun en verimli şekilde koordinasyonu.

**c. Bütünleşik İletişim:** Pazarlamada kullanılan iletişim unsurlarının örgütün diğer fonksiyonlarında da uygulanması, örgüt imajına zarar verebilecek çelişkilerin ortaya çıkmasına engel olmak için çeşitli fonksiyonlar arasında gerçekleşen ve farklı hedef kitlelere yöneltilen iletişimin koordine edilmesi.

**d. Bütünleşik Reklamcılık:** Medya reklamcılığı, doğrudan reklamcılık ve paketlemenin bütünleştirilmesi.

**e. Bütünleşik Pazarlama İletişimi:** Üçüncü aşamada sayılan iletişim ve medya çeşitlerine ek olarak, pazarlama karmasının unsurlarının da en iyi düzeyde koordine edilmesi. Knecht'e göre; fiyat ve dağıtım önemli olmakla birlikte en önemli unsur kişisel satışır.

### **c. Örgütsel İletişim**

Van Riel, "örgütsel iletişim" terimini pazarlama iletişimi dışında kalan, örgütlerden çeşitli hedef kitlelere yöneltilen tüm iletişim biçimlerini kapsayacak şekilde kullanmaktadır. Bu iletişim şekilleri; halkla ilişkiler, toplumsal ilişkiler, yatırımcı ilişkileri, işgücü piyasasına yönelik iletişim, örgütsel reklamcılık, çevresel iletişim ve iç iletişim gibi iletişim şekilleridir. Örgütsel iletişim ise bu iletişim biçimleri için kullanılan genel bir isimdir. Van Riel'in bu heterojen iletişim şekilleri grubunu, örgütsel iletişim adı altında toplamasının bazı nedenleri vardır. Bu nedenlerden bazıları şunlardır:

- a.** Bu gruptaki tüm iletişim biçimleri, örgütün iletişim içine girdiği, ancak birbirinden bağımsız olan hedef kitlelere ulaşmayı amaçlamaktadır.
- b.** Bu iletişim biçimleri, pazarlama iletişiminden farklı olarak hedef kitleleri ile iletişimlerinde daha dolaylı ve örtülü bir tarz sergilemektedirler.
- c.** Örgütsel iletişim biçimleri uzun vadeli bir bakış açısı ile yürütülmektedirler ve satışları artırma amacına direkt olarak hizmet etmemekte ve satışları artırmayı hedeflememektedirler. Pazarlama iletişimi ile karşılaştırıldığında örgütsel iletişim mesajlarının farklı bir tarz izlediği görülmektedir. Örgütsel iletişim mesajlarında abartı ve övgüye çok fazla yer verilmemektedir ve mesajlar daha biçimseldir.
- d.** Örgütsel iletişim dış grupların girişimleri tarafından başlatılabilmektedir. Örneğin; baskı grupları örgütün belirli bir konuda bilgi sağlamasını isteyebilmektedirler. Van Riel ve Fombrun (2007).

Sonuç olarak Van Riel (1992), örgütsel iletişimin temel görevlerini şu şekilde ifade etmiştir;

- a. Strateji, imaj ve kimlik etkileşimini göz önüne alarak arzu edilen kimlik ve imaj arasındaki farklılıkları asgari düzeye indirmeye yönelik teşebbüsler geliştirmek,
- b. Marka arkasındaki şirketin profilini net bir şekilde ortaya koymak,
- c. İletişim alanında hangi görevleri kimin yapması gerektiğini belirlemek,
- d. İletişim ile ilgili mevzulardaki karar alma süreçlerini kolaylaştıracak yöntemler geliştirmek ve uygulamak,
- e. Örgütsel hedeflere ulaşılabilmesi için iç ve dış desteği harekete geçirmek.

Bir diğer konu, örgütsel iletişimin dizaynıdır. Van Riel bu konuda oldukça ısrarcı davranarak bir örgütte iletişimin düzenlenmesinin iki ilkesi olduğundan söz eder. Bu ilkeler şunlardır;

**a. Örgütsel iletişim fonksiyonunun örgüt içindeki yerinin belirlenmesi:** Örgüt içerisinde hangi birimlerin hangi görevlerde yer alacağını belirlenmiştir. Fonksiyonel açıdan iyi bir görev dağılımının yapılması oldukça önemlidir. Bu ilke doğrultusunda örgüt içerisinde iletişim biriminin görevinin iyi bir şekilde belirlenmesi oldukça önem arz eder. Peltekoğlu (2009), bir örgütte genelde iletişim görevi halkla ilişkiler birimi tarafından yürütülmesi gerekirken bu önemli işlevin halkla ilişkiler biriminin altındaki diğer birimler tarafından yerine getirildiğini ifade ederek, bu durumun zaman zaman verimsiz sonuçlar doğurabileceğini ifade eder.

**b. İletişim sürecinin planlanması:** Van Riel (1992), iletişim sürecini, sistem modelini temel alarak, üç aşamalı bir modelde incelemektedir. Bu aşamalar; *girdi*, *çıktı* ve *sonuç* aşamalarıdır. Girdi aşaması, analizin yapıldığı ve stratejinin geliştirildiği, bir başka deyişle iletişimin planlandığı aşamadır. Çıktı aşaması ise karar verme ve uygulamanın yer aldığı, iletişimin gerçekleştirildiği aşamadır.

Sonuç aşamasındaysa, tüm iletişim biçimleri nihai ifadelerini bulmaktadır ve hedef kitlelerde etki yaratılmış olmaktadır. Bu süreci aşağıdaki şekilde görmek mümkündür.

Girdi	Çıktı		Etki	
Analiz ve Strateji	Karar Verme	Uygulama	İletişim İfadeleri	Fark edilen etkiler
	Örgütsel Pazarlama	İletişim İletişimi		
Standart Protokoller	Standart Protokoller	Standart Protokoller	Standart Protokoller	

**Şekil 2.17:** Girdi, Çıktı ve Etki Modeli (Van Riel, 1992).

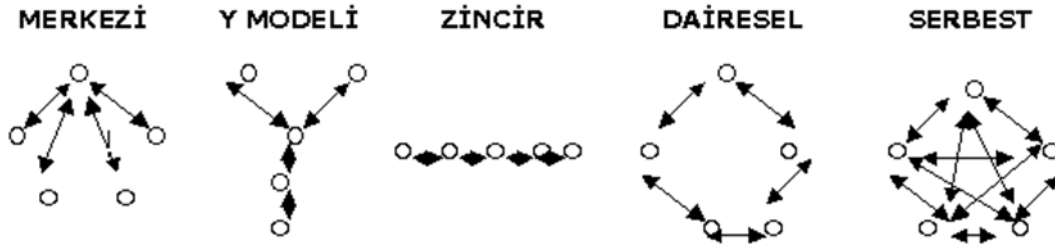
#### 2.4.7.6 Joseph Cornelissen'in örgütsel iletişim kuramı

Cornelissen (2004), özellikle örgütsel iletişim konusuna tarihsel bir bakış açısıyla bakmıştır. 1970'li yıllarda örgütlerde iletişim sürecinin halkla ilişkiler tarafından medya aracılığıyla yerine getirildiğini ifade etmiştir. Ancak iç ve dış hedef kitleler ile olan iletişim ihtiyacının günden güne artması bu konuda örgütleri yeni arayışlara sürüklemiştir. Bu bağlamda, örgüt içerisinde yer alan iletişim birimlerinin bir bütünlük içerisinde bu süreci yürütmeleri gerektiği düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bunun için yeni iletişim biçimleri oluşturma çabaları doğrultusunda, örgütsel tasarım, örgütsel reklamcılık, çalışan ilişkileri, sorun ve kriz yönetimi, medyayla ilişkiler, yatırımcı ilişkileri, değişim iletişimi ve toplumsal ilişkiler v. b birimler oluşturulmuştur.

Cornelissen, örgütsel iletişimde ortak karar verme ve uygulama süreçlerini geliştirecek ve iyileştirecek yapılara, kurallara, yordam ve süreçlere duyulan ihtiyacın, doğal olarak bütünleşik bir bakış açısına işaret ettiğini belirtmektedir. Tüm paydaşlarda net, güçlü ve tutarlı bir imaj yaratılabilmesinin, ancak böyle bir bütünleşik bakış açısı ile iç ve dış iletişimin tüm alanlarında çalışan iletişim uzmanları arasında koordinasyonun artırılması ile sağlanabileceğini önermektedir. Cornelissen, örgütsel iletişimin kulağa hoş gelen, akılda kalıcı ve örgütlerdeki tüm iletişim biçimlerini içeren genel bir terim olmadığını belirtmekte ve örgütsel iletişimi, her bir iletişim alanındaki çalışmaları koordine eden ve denetleyen bir yönetim fonksiyonu olarak konumlandırmaktadır (Görkem, 2013).

## 2.4.8 Örgütsel iletişim ağ modelleri

İletişim ağları, temel olarak örgüt üyelerinin birbirleriyle kurmuş oldukları ilişkilerden ya da karşılıklı etkileşimlerden ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda, iletişim ağları bir örgütteki mesaj akışını yönlendirmeye, kişiler arasında anlayış geliştirmeye hizmet etmekle kalmamakta, bunu yanında örgüt ve grupların yapısı hakkında da önemli bilgiler vermektedir. Örgütlerde iletişim ağları, örgüt üyeleri arasındaki faaliyetlerin uyumlaştırılmasını, bilgi alışverişinin kolaylaştırılmasını, örgüt ile dış çevresi arasındaki bilgi ve veri değiş tokuşunu sağlamaktadır. Sabuncuoğlu ve Gümüş (2016). İletişim ağlarının grup davranışlarını nasıl etkilediği ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar ışığında, Mullins (1996)'e göre örgütlerde iletişim ağlarını beş şekilde açıklamak mümkündür.



Şekil 2.18: Örgütsel İletişim Ağ Modelleri

### 2.4.8.1 Merkezi model

Merkezi Model "salkım model" ve "tekerlek model" olarak da adlandırılmaktadır. Daha çok klasik örgütlerin biçimsel yapısını yansıtmaktadır. Genellikle otoriter yönetimlerde uygulanmaktadır. Merkezi iletişim ağı, örgütlerde geniş ölçüde merkeziyetçiliğe yol açmakta ve iletişim bakımından üyeler arasında eşitsizliğin büyük olduğu bir ortamın doğmasına neden olmaktadır. Sabuncuoğlu ve Gümüş (2016). Böylesi bir örgütsel ortamda, kararlar ancak yöneticiler tarafından alınacağı için, örgüt üyelerinin tüm işler için yöneticilere başvurmak zorunda olması kaçınılmazdır. Basit görevler için bu ağ yapısı çok başarılıdır (Mullins, 1996).

Modelin merkezileşme derecesi yüksek, grup tatmini az, kişisel tatmin yüksek ve iletişim hız ve doğruluk derecesi çok yüksektir. Bu modelde (Bkz. Şekil 2.19) grubun bütün üyeleri merkezde bulunan birey ile iletişime geçebilmekte, ama kendi aralarında doğrudan iletişim kuramamaktadırlar. Grubun üyeleri, ancak merkezde bulunan bireyin aracılığıyla iletişim kurabilmektedirler. Merkezi model sisteminde, merkezde bulunan birey, oldukça geniş yetki ve denetim gücüne sahiptir.



#### **2.4.8.2 Y modeli**

Bu tür iletişimde mesaj, merkezde bulunan bir üye tarafından takip edilmektedir. Merkezde mesajı alıp aktarıcısı konumunda olan üyenin dışında kalan grup üyelerinin birbirleri ile doğrudan iletişimde bulunmaları söz konusu değildir. Caroll ve Tosi (1977). Başlangıçta oldukça açık ve demokratik bir yapı görünümü veren bu model sonra otokratik bir grup yapısına dönüşür. Mesajlar zamanında iletilir. Ancak grup üyeleri, yetkilerin giderek bir bireyde toplanmasından rahatsızlık duydukları için üyeler arasındaki motivasyon ve performans zamanla düşer.

#### **2.4.8.3 Zincir modeli**

Zincir modeli, haberleşmenin yoğunluğunu azaltmak amacıyla dairesel bir modelin uyarlaması olarak ortaya çıkmıştır. Robbins ve Judge (2012). Zincir Modeli, gruptaki bir üyenin diğer üye ile olan ilişkisi sonucu ortaya çıkmıştır. Bu modelde; merkezleşme derecesi, iletişim kanalı sayısı, önderlik tatmini, grup tatmini, kişisel tatmin, hız ve doğruluk derecesi yüksek değil fakat orta düzeydedir. Zincir modelinde, grubun bazı üyelerinin iletişim dışında kalarak gerekli bilgilerden uzak kalması kişiler arası ilişkileri zayıflatabilir ve grup verimliliğini olumsuz yönde etkileyebilir (Eskiyörük, 2015).

#### **2.4.8.4 Dairesel model**

Grupta belirgin bir lider yoktur. Bireylerin herhangi biri iletişimi başlatabilir. Grup üyelerinin birbirleriyle iletişim olanaklarının bir hayli fazla olduğu daire modelinde, bir tek kişinin iletişim kurması çok zordur. Merkezleşme derecesinin az, haberleşme kanalının ve grup tatmininin orta, önderlik tatmini, hız ve doğruluk derecesinin düşük olduğu bir modeldir. Çalışanların morali yüksektir ancak bilgi pek çok kişiden geçtiği için doğruluğu azalır. Bu modelde mesajlar yavaş aktığı gibi zarar verme hızı da düşüktür.

#### **2.4.8.5 Serbest model**

Dairesel modelde olduğu gibi, bu modelde de tüm üyeler birbirleriyle iletişimde bulunabilmektedir. Hatta çok yönlü iletişim ağında üyelerin iletişim kurması bakımından hiçbir sınırlama olmadığından bu modelin uygulandığı durumlarda merkezleşme yok denecek kadar düşüktür. Karmaşık görevlerin başarılmasında merkezi olmayan bu ağ modeli oldukça başarılı olmaktadır. Sabuncuoğlu ve Gümüş (2016).

## **2.4.9 Örgütsel iletişim araçları**

Örgütsel iletişim araçları, örgütlerde biçimsel iletişim kurmak için kullanılan araçlardır. Bu araçlar, örgütsel faaliyetlerin verimli ve etkin şekilde yürütülebilmesi için bir gereklilik haline gelmiştir. Günümüzde örgütlerde iletişim akışını sağlayacak etkili örgütsel iletişim araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Örgütsel iletişim, çift yönlü araç ve yöntemlerin yanı sıra tek yönlü ve özellikle aşağıya doğru iletişim kurma amacıyla kullanılmaktadır (Çetintaş, 2014). Örgütsel iletişim araçlarının seçimi ve kullanımı, belirli ölçülere dayandırılmalıdır. İletişim araçları, mesajları tam ve anlaşılır, biçimini ve özünü değiştirmeden iletebilecek ve hedef kitlenin ilgisini çekebilecek özellikte olmalıdır. Ayrıca çalışanların yakınlaşmalarına ve daha iyi anlaşmalarına katkıda bulunmalıdır (Yatkın, 2003).

Örgütsel İletişim araçlarını, geleneksel ve web tabanlı iletişim araçları olmak üzere iki bölümde incelemek mümkündür.

### **2.4.9.1 Geleneksel iletişim araçları**

İletişim, gündelik yaşantıda nesnelere ve insanları tanımlamaktadır. İletişim vasıtasıyla işbölümü sonucunda değişik roller yüklenmiş insanlar, bu rolleri yerine getirirken, toplumun yaşanan dönemdeki hayat tarzını öğrenmekte, onaylamakta ve yeniden üretmek için gereken değerlendirme biçimlerini almaktadır. Böylece toplumsal sistemin sürmesi ve kendini yeniden üretmesi sağlanmaktadır (Oskay, 2007). Geleneksel iletişim, internet teknolojisinden fazla yararlanmayan, genellikle tek yönlü ve daha çok kitlesel yayın yapan bir iletişim biçimidir. Geleneksel iletişim araçları sözlü, yazılı ve görsel-işitsel iletişim araçları olarak üç grupta değerlendirilebilir (Sabuncuoğlu ve Gümüş. 2008).

#### **Sözlü araçlar**

Birçok yönetici kaçınılmaz olarak günlük işlerin yürütülmesinde sözlü iletişim yöntemini seçer. Sözlü iletişim, kişilerin yüz yüze konuşurken gerçekleştirdikleri iletişim biçimidir ve oldukça etkili bir yöntemdir. Yöneticiler sözlü iletişimi, yüz yüze telefonla da yapabilirler. Ancak bu durumda kullandıkları kelimelerin seçimine ve ses tonunun etkili olarak kişinin o andaki psikolojik durumuna uyum göstermesi gibi güçlü taraflarının yanında çabuk unutulması, belge niteliğinin olmaması gibi zayıf yönleri de mevcuttur (Güllüoğlu, 2012). Sözlü iletişim araçları iletişimin daha hızlı akışını, kişiler arası ilişkilerin pekişmesini ve gelişmesini sağlar. Öte yandan bu

yararlarının yanı sıra, sözlü araçların tartışmalarda belgelenmemesi uzun konuşma ve görüşmelerle çalışmaların engellenmesi ve çeşitli basamaklardan geçtikçe sözlü mesajın amacını yitirmesi gibi sakıncalarından söz edilebilir Sabuncuoğlu ve Tüz (2003).

Sözlü iletişim araçları, iletişimin daha hızlı akışını, kişiler arası ilişkilerin pekişmesini ve gelişmesini sağlar. Sözlü iletişim araçlarından bazıları aşağıdaki şekildedir.

**a. Toplantılar ve Görüşmeler:** Sözlü iletişim araçları içinde en yaygın ve en etkili olarak kullanılan araçlar görüşme ve toplantılardır. Görüşme, en az iki kişi arasında karşılıklı konuşma, soru sorma, diyalog kurma olarak tanımlanır ve çift yönlü iletişimde yüz yüze görüşmelerin vazgeçilmezidir. En önemli unsurlar ses tonu, konuşma tarzı, diksiyon, artikülasyon, postür dahil olmak üzere beden duruşudur. Toplantılar ise örgütlerde anlayış ortamı yaratılarak, sorunlara ortak çözüm yollarının araştırılması için çeşitli konularda düzenlenir (Bıçakçı, 2006).

**b. Konferans ve Seminerler:** Konferanslar herhangi bir konuda çalışanları aydınlatmak amacıyla geniş dinleyici kitlesine dönük sözlü iletişim akışını sağlayan iletişim araçlarıdır. Konferansta konuşmacı ve dinleyici arasında diyalog kurulmaz. Seminer ise konferansa göre daha uzun süreli çoğu kez eğitim amaçlarına dönük olarak düzenlenmektedir. Seminerlerde çalışanların mesleki, sosyal ve davranışsal bilgileri genişletilmeye çalışılır (Güllüoğlu, 2012).

**c. Toplantılar:** Toplantılar; bilgilendirmek, bilgi alışverişinde bulunmak, sorunları saptamak ve çözmek, bakış açıların tartışmak, motive etmek, çatışmaları uzlaştırmak, geri bildirim sağlamak, ikna etmek, eğitmek ve geliştirmek statükoyu güçlendirmek ve karar almak gibi amaçlarla gerçekleştirilmektedir (Demir, 2011).

**d. Telefonda Görüşme:** Çift yönlü iletişim sağlayan telefonların, örgüt içi iletişimde etkin ve verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Örgüt çalışanları bu etkin iletişim aracını doğru kullanamadıkları zaman işletme adına olumsuz izlenimler yaratabilmektedir. Bu nedenle, örgüt içinde en üstten en alt basamağa kadar herkesin telefon kullanma becerisi edinmesi gerekmektedir (Eskiyörük, 2015). Telefonda görüşme süreci örgütlerde en sık yapılan bir sözlü iletişim aracıdır.

## Yazılı araçlar

Örgütlerde mesajın kalıcı olması için yazılı iletişim araçlarından yararlanılır. Ayrıca birkaç örgütsel basamaktan geçerek iletilen bir mesaj söz konusu ise gönderilmek istenen bilginin gerçek nitelik ve içeriğini yitirmeden iletilmesinde yazılı araçlar kullanılır. Akad ve Budak (1999). Yazılı iletişim, yönetsel faaliyetlerin büyük bir kısmını meydana getirmektedir. Yazıların hukuksal anlamda belge olması, mesajın resmi olması, kalıcı olması, gönderilen bilginin içeriğini kaybetmemesi, çalışan sorumluluğu açısından güven vermesi ve nezaket kurallarına uygun olması gibi avantajları bulunmaktadır. Öte yandan yazılı araçların fazla bilgi ve zengin görüntü sağlaması, uzun bir mesaj ömrü gibi farkları bulunmaktadır Moriarty ve diğ. (2012).

Yazılı iletişim araçlarından bazıları şunlardır;

**a. İşletme Gazetesi:** Bu yayın organı ile çalışanlar, ekonomik, sosyal ve teknik sorunlarını öğrenme ve özellikle kendilerini yakından ilgilendiren konuları bilme olanağı elde ederler. Bunun dışında çalışanın boş zamanını değerlendirme, onu eğitme ve eğlendirme amacı güdülür ve genellikle ücretsiz olarak dağıtılır (Güllüoğlu, 2012). Örgütün başarılı faaliyetlerinin, işletme gazetesinde yer verilmesi, hem örgüt içi bir eğitim faaliyeti hem de örgüt çalışanları için bir motivasyon kaynağı olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında işletme gazetelerinin oldukça önemli ve etkili olduğu söylenebilir.

**b. Broşür ve El Kitapları:** Broşürler, genellikle az sayfalı, ufak bir dergi boyutunda ve farklı tasarımlarda basılan, çok bilgi içeren, içinde çok sayıda resmin yer aldığı, işletme hakkında ilgili kişilere aydınlatıcı bilgiler veren etkin bir tanıtma aracıdır (Eskiyörük, 2015). Ön ve arka kapakları ile ortadaki iki sayfa dikkat çekici olması bakımından broşürün en önemli sayfalarıdır. Bu nedenle kapak sayfalarının çekici, orta sayfaların ise en önemli konuları en iyi düzen içinde sunacak biçimde oluşturulması gerekmektedir (Demir, 2011).

*El kitapları* broşürlere nazaran daha çok sayfalı resim yerine yazıya önem veren araçlardır. Bunlar bazı anlatımı ve açıklanması için hazırlanmış ve istenildiği zaman kolayca bilgi alınacak yardımcı kitaplardır.

**c. Afiş ve Duyuru Panoları:** Afiş kısa ve özlü mesaj yazısıyla çarpıcı grafik tasarımın uyumundan oluşmaktadır (Demir, 2011). Afişlerde resimli anlatım ön plandadır. Bu nedenle, kullanılan sözcükler resimlerin anlamını tamamlayıcı veya

güçlendirici özellikte olmalıdır. *Duyuru panoları* ise iç iletişim araçlarından biridir. Gerek örgüt içi çalışanlarının gerek örgüt dışı hedef kitlelerinin rahatça görebildikleri yerlere konulan duyuru panoları birçok konuda ilgilileri bilgilendirmek açısından önemli bir iç iletişim aracıdır.

**d. Yazılı Raporlar:** Örgütte üst yöneticiler, çalışanlara ya da danışmanlarına belirli konularda çalışma ve araştırma yapma ve elde edilen sonuçları yazılı bir rapor haline istediğinde bulunabilirler. Bu noktada rapor basit, kesin bir dille hazırlanmalı; kısa, eksiksiz, doğru ve gizli olmalıdır. Ayrıca rapor ele alınan sorunun bütün yönlerini verilere dayanarak analiz etmek, değerlendirmek, sentez, çözüm ve sonuçlara varmak şeklinde bir yöntem içinde düzenlenmelidir (Güllüoğlu, 2012).

**e. Mektuplar:** Kamu ve özel işletmelerin, iş amacıyla ve şahısların yönetim, üretim, ticari ve mali konularda yazdıkları mektuplara iş mektupları denilmektedir. Karşı tarafın bir davranışta bulunmasını sağlamak amacıyla yazılan kontrollü aktarımına olanak sağlaması bakımından tercih edilen yazılı bir iletişim aracıdır (Tutar, 2003).

**f. Formlar:** Form, birtakım bilgilerin toplanması, kaydedilmesi, gruplandırılması, kullanılması, transferi ya da yayınlanabilmesi gibi amaçlarla hazırlanan ve üzerinde bunların yanıtlanması için bazı kayıt, değerlendirme ya da işlemlerin yapılabilmesi için boşluklar bırakılan belgelerdir (Tutar, 2003).

**g. Anketler:** Örgüt veya kişilerden önceden belirlenmiş konularda bilgi almak ve değerlendirmek amacıyla kapalı veya açık uçlu soruları ve cevapları içeren yazılı çizelgelerdir. Anket sorularının, konusunda uzman kişilerce hazırlanması ve uygulanması, araştırması yapılan konularda sağlıklı sonuçlara ulaşılması ve rasyonel ve bilimsel olması açısından önemlidir.

**h. Dilek Kutuları (Şikayet Kutuları):** Dilek ve şikayet kutuları, örgüt içi çalışanlarının doğrudan sorumlu oldukları yöneticilerine söylemek isteyip de söyleyemedikleri görüş, öneri ve isteklerini ilettikleri bir yazılı iletişim aracıdır.

Bu işlev, sadece çalışanlar için değil aynı zamanda örgütün doğrudan veya dolaylı ilişki içerisinde olduğu hedef kitleler, müşteriler ve tüketiciler içinde geçerlidir.

**ı. Sirküler (Genelge):** Sirküler veya genelge, iş ile ilgili bir değişiklik, yeni bir uygulama veya bir yenilik hakkında başka örgütlere örneğin diğer şubelere bilgi verme amacıyla hazırlanmış yazılardır (Mısırlı, 2004). Sirküler sayesinde örgüt

çalışanları birçok faaliyet ve çalışma ile ilgili konularda aynı anda ulaşabilme fırsatı bulabilmektedir.

**i. Bülten:** Bülten, örgütün faaliyetleri hakkında belirli dönemlerde yayımlanan önemli yazılı iletişim araçlarından biridir. Bültenler örgüt içi iletişimde etkili olduğu gibi aynı zamanda örgütün dış çevresiyle olan iletişimde kullanılan önemli bir yazılı iletişim aracıdır (Eskiyörük, 2015).

**j. Toplantı Tutanakları:** Örgütlerde zaman zaman belirli aralıklar ile yapılan toplantılarda başta gündem maddeleri olmak üzere ve diğer istekler ile ilgili katılımcıların olumlu veya olumsuz görüşlerinin yazılı olarak yer aldığı ve bu görüşlerin katılımcılarca imza altına alındığı yazılı belgelerdir.

**k. Dergi:** Dergi, sanat, siyaset, edebiyat, yönetim, ekonomi gibi, çeşitli bilim dallarıyla ilgili olarak çıkan ele alınan konuları ayrıntılı olarak inceleyen süreli yayınlardır (Tutar, 2003). Örgütler, şirketler veya işletmeler bir konunun bilimsel olarak incelenmesini ve o konuda kamuoyu oluşturmak amacıyla dergi çıkarabilmektedirler. Ancak, örgüt içi dergiler ile örgüt dışı dergilerde ele alınacak konu içeriklerinin bu özelliklerine göre hazırlanması, örgütün veya işletmenin başarısı açısından oldukça önemlidir.

**l. Yıllıklar:** Örgütün bir yıl içinde yürüttüğü faaliyetlerin anlatıldığı bir yayın çeşidi olan yıllıklarda, örgütün açıklık politikasına göre bilançosu, kâr ve zarar tablosu gibi muhasebe kayıtlarının yanı sıra tarihçesi, yöneticileri üretim teknolojisi gibi işletme ile ilgili ansiklopedik bilgiler yer almaktadır (Tutar, 2003).

Bu tür yıllık raporlar, çoğunlukla işletmenin bir yıl içerisinde yapmış olduğu faaliyetler, üniteler bazında şekil ve grafiklerle verilmektedir. Bu raporlar, örgütün ilişki içinde bulunduğu diğer örgütlerin üst yöneticilerine, ortaklara, büyük müşteri gruplarına ve kredi veren kuruluşlara gönderilmektedir. Tengilimoğlu ve Öztürk (2004).

### **Görsel-işitsel araçlar**

Her örgütün bir bilgi iletişim mimarisi vardır. Özellikle günümüz bilgisayar teknolojisindeki günden güne meydana gelen hızlı gelişme ve değişimler, organizasyon içi bilgi akışında, bilgisayar sistemlerinden etkin olarak yararlanılmasını gündeme getirmiştir. Bu yapıya ek olarak kablolu (enformasyon

teknolojisi altyapısı) ve kablosuz (kişiler ve birimler arası) iletişim de sürece destek vermektedir (Güllüoğlu, 2012). Görsel-işitsel araçları şu şekilde açıklayabiliriz;

**a. Televizyon:** KİA'lar arasında gerek göze gerek kulağa hitap eden en önemli ve etkili iletişim aracıdır. Örgütlerde yapılan kapalı devre televizyon yayınları, yöneticilerin görüntülü olarak mesaj vermelerine fırsat vermektedir. Ancak oldukça pahalı bir sistem olan kapalı devre televizyon yayınları zaman zaman yöneticiler ile örgüt içi çalışanları arasında yüz yüze iletişimde kopukluklara neden olabilmektedir. Dolayısıyla etkileşimli (interaktif) televizyon sistemi tercih edilebilir.

**b. Radyo:** Radyo özellikle toplumsal ve sosyal konularda etkin bir iletişim aracıdır. Dolayısıyla, oldukça geniş bir dinleyici kitleyi etkileme gücü vardır. Örgüt veya işletme radyosu, mesajların hızlı iletilmesi ve çalışanları motive etmesi açısından etkili ve önemli bir iletişim aracıdır.

**c. Bilgisayar:** 1990 yılında internet teknolojisinin bireylerin ve dolayısıyla örgütlerin yaşam alanlarına girmesi beraberinde bilgisayarların kullanımını gerekli kılmıştır. Bilgisayar, verilen bilgileri, belirlenen bir programa göre işleyen, istenildiğinde saklayabilen, gerektiği zaman da geri verebilen elektronik bir araçtır. Bilgisayarlar ile kurulan bir iletişim ağı vasıtasıyla istenilen herhangi bir bilgiye mesafe ne kadar çok olursa olsun istenilen yerden ulaşılabilir. Tengilimoğlu ve Öztürk (2004).

**d. Video:** İnteraktif video programları, çalışanların örgüt içinde ve dışında oluşan gelişmeler konusunda görüntülü bilgi almalarını sağlar. Video konferans sisteminin sunduğu görüntülü iletişim vasıtasıyla kişiler arasındaki mesafe çok fazla olsa dahi dünyanın herhangi bir yerinde istenildiği anda görüşmeler yapabilmekte ve toplantılar düzenlenebilmektedir (Eskiyörük, 2015).

**e. İnternet ve İtranet:** 1960'lı yılların başında ilk fikirleri ortaya atılan internetin temelleri "ABD Savunma Bakanlığına" bağlı "Savunma İleri Düzey Araştırma Projeleri Örgütü"ne (DARPA, Defense Advanced Research Project Agency) dayanır (Kahraman, 2013). 1991'de kullanmaya başladığımız internet (world wide web) teknolojisi, örgütlerde istenilen bilgiye çok kolay, hızlı ve ucuz bir şekilde ulaşmayı sağlayan en önemli bir iletişim aracıdır. Artık 21.yüzyılda örgütler, şirketler ve işletmeler ulusal ve uluslararası işlemleri (finans, ürün satışı, müşteri ilişkileri vb.)'ni internet üzerinden gerçekleştirmektedir. *İtranet* ise belirli bir örgüt içinde

bilgisayarları, yerel ağları ve geniş ağları birbirine bağlayan, lokal bir alanda uygulanmasıyla oluşturulan lokal bir internet ağıdır.

Tutar (2003), görsel-işitsel iletişim araçlarının kendine özgü *olumlu yönlerini* şu şekilde açıklamıştır.

- a. Diğer iletişim araçlarını destekleyici ve kuvvetlendirici bir nitelik taşır.
- b. Ses ve resim kullanılarak iletişim daha etkili ve anlaşılır biçime sokulur.
- c. İletişimin kolaylaşması nedeniyle zaman kaybı önlenir.
- d. Haberin renkli ve sesli olarak iletilmesi daha çok ilgi çeker.

Sabuncuoğlu ve Tüz (2003) ise görsel-işitsel iletişim araçlarının kendine özgü *olumsuz yönlerini* şu şekilde açıklamıştır.

- a. Tek başına kullanıldığında etkili bir yöntem değildir.
- b. Mesajın etkinliğinin denetlenmesi güçtür.
- c. Maliyeti yüksek olduğundan işletme için birer gider kaynağıdır.

#### **2.4.9.2 Web tabanlı iletişim araçları**

İletişim, internet ve mobil teknolojilerinin gelişmesiyle, Marchall McLuhan'ın ifadesiyle küresel köye dönüşen dünyamızda insanlar daha az yüz yüze iletişim kurarak bunun yerini teknolojik araçlar ile iletişim almıştır. İlk başlarda yazılı ve görsel materyal hazırlama tekniklerinden yararlanmak üzere kullanılan internet ve hızlı, kolay ve ucuz iletişim kurmak amacıyla kullanılan elektronik posta, bugün verini Web 2.0 uygulamalarıyla farklı amaçlara hizmet edebilen, gelişmiş bir çeşitliliğe bırakmıştır.

1990'ların sonunda hemen hemen tüm örgütler, tanıtım aracı olarak kullandıkları bir örgütsel web sitesi hazırlayarak çevrimiçi ortamda yerlerini almaya başlamışlardır (Sayımer, 2008).

Web tabanlı iletişim, kişiler arası ve yüz yüze iletişim tarzlarının yerini alan bir iletişim biçimi olmayıp, yeniden şekillenmeye başlayan kişiler arası iletişimin aracılı iletişim türlerine eklenen, yeni bir biçimi olarak görülmektedir (Çetintaş, 2014).

Rekabet ortamında internet, örgütlere ihtiyaç duydukları bilgiye hızlı ve kolay ulaşma olanağı sağlamakta, hedef kitleler ile iletişimi kolaylaştırmakta, örgüt daha hızlı hareket edebilmekte, geniş kitlelere ulaşma imkânı bulmakta, düşük maliyet ve kolay iletişim imkanları ile hedef kitleler üzerinde etkin iletişim, aktarım ve anlatım



olanakları kazandırmaktadır (Güçdemir, 2010). İnternetin insanların özel ilgi alanlarına hitap eden bir araç olarak bugünkü halini alması, örgütlere web tabanlı iletişim ile doğrudan müşteriler ile iletişim kurma, örgütü internet üzerinde görünür bir hale getirme, insanları örgütün satış sürecine çekme, insanların bir şeyler satın almalarını, uygulamalarını, bağış yapmalarını sağlama gibi olanaklar sunmaktadır (Scott, 2008). Web tabanlı iletişim denildiğinde, ilk akla gelen sosyal medya ve sosyal medya araçlarıdır. Sosyal medya araçlarını şu şekilde açıklamak mümkündür.

### **Sosyal medya araçları**

İnternet teknolojisinin gelişmesi, sosyal medya ve sosyal medya araçlarının ortaya çıkışını sağlamıştır. 2004 yılından itibaren sosyal medya, bireylerin yaşamlarında önemli bir yer edinmiştir. Geleneksel medya, web 2.0 teknolojilerinin yaşamımıza girmesiyle yerini artık yeni medya teknolojilerine bırakmıştır. Sosyal medya ise gelişen yeni medya adı altında gelişmeye başlamıştır. Sosyal medya, özellikle çevrimiçi bir araya gelen, bilgi ve fikirlerini paylaşan insan topluluktan ile ilgili faaliyetleri, uygulamaları ve dayanışmaları kapsamaktadır. Sosyal medya ile kelimelerin, resimlerin, videoların ve seslerin üretilmesi ve paylaşılması çok kolaylaşmıştır (Safko, 2009). Sosyal medya araçlarını şu şekilde sınıflandırarak açıklayabiliriz.

**a. Bloglar:** *Blog* sözcüğü, *web* ve *log* sözcüklerinin birleşmesinden oluşan ve *web* günlüğünü ifade eden *weblog* kavramının yerine kullanılmaya başlamıştır.

Bloglar, bir veya birden fazla kişi tarafından tutulabilir, düzenli ve düzensiz olarak içerikler değiştirilebilir. Bloglar, insanların istedikleri içeriği ekleyebildiği, web sayfalarına ya da sitelere bağlantı verebildiği çevrimiçi dergilerdir (Weber, 2009). Örgütlerde kullanım amacı, doğrudan hedef kitlelere ve kamuoyuna ulaşmaktır. Örgütlerde kullanım sıklığı giderek artmakta olan bloglar, aynı zamanda örgütlerin resmi iletişim kanalı görevini üstlenmişlerdir.

Blogları şu şekilde sınıflandırmak mümkündür;

- a. Kişisel bloglar,
- b. Temasal bloglar,
- c. Portföy için oluşturulan bloglar,
- d. Örgütsel bloglar,
- e. Topluluk bloglar.

Bloglar şu amaçlar için tutulmaktadır (Kahraman, 2013).

- a. İlgi duyduğumuz konuları paylaşmak,
- b. Bilgiyi paylaşmak,
- c. Online pazarlama yapmak,
- d. Gelir elde etmek.

**b. Mikrobloglar:** Mikrobloglar, mesaj, ses, video ve dosya gönderme, kullanıcıların yeni arkadaş edinmelerine izin verme, tavsiye alma ve verme, son dakika gelişmelerini edinme, ürünleri ve hizmetleri tanıtmaya, araştırma ve satın alma, müşterileri güncelleme, müşterilere bilgi verme, olay, haber ve not gönderme gibi özelliklere sahip araçlardır (Safko, 2009).

**c. Pod Yayıncılığı:** Pod yayıncılığı, örgüt içerisine insan sesi ve görüntüsü katarak, bilginin taşınabilir biçimde müşterilere sunulmasıdır.

**d. Resim ve video paylaşımı:** Videolar ve ses içeriği oluşturmak çevrimiçi bir ortamda insanlarla etkileşim için iyi bir yöntemdir. Ayrıca, video ve ses içeriği, metinsel içeriğe göre farklı kullanıcı deneyimleri oluşturmakta ve okumak yerine izlemeyi ya da dinlemeyi tercih eden kullanıcılara hitap etmektedir (Castells, 2009).

**e. Sosyal Ağlar:** Sosyal ağlar internetin ilk formlarıyla birlikte hayatımıza girmekle birlikte özellikle web 2.0 konseptinin temel yapı taşlarından biri olarak kabul edilebilir. Web 1.0 dünyasının arkadaşlık siteleri, IRC sohbet odaları ve forumları web 2.0 teknolojileri ve yeni paylaşım anlayışı ile evrim geçirerek günümüzün MySpace, Orkut ve Facebook gibi dev sosyal ağlarına dönüştüler (Kahraman, 2013).

**f. Diğer Araçlar:** Bu başlıkta *RSS*, *wiki*, *sosyal etiketleme*, *sosyal işaretleme* gibi araçlar ele alınacaktır. *RSS*, çevrimiçi içeriği belirli bir biçimde dağıtmaya yarayan bir teknolojidir (Gunelius, 2011). *Wiki* ise, çevrimiçi işbirliği içerisinde bir yazma aracıdır. Wikiler, grup işbirliği, paylaşımı ve çevrimiçi içerik oluşturmaya yardımcı olmak için tasarlanmıştır (Akar, 2010). *Sosyal etiketleme*, bir bilgiye ulaşmak için kullanıcı tanımlı anahtar sözcüklerin yerleştirilmesi işlemidir. Sosyal işaretleme, kullanıcı tarafından beğenilen web sayfalarının sosyal medya aracılığıyla paylaşılmasıdır (Gunelius, 2011).

## **2.5 Kamu ve Özel Sektör Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel İletişim ile İlgili Tanımlar**

Tez çalışmasının araştırma bölümünde uygulaması yapılan örgütsel iletişim ölçeğinde yer alan ifadelerle açıklık getirilmesi amacıyla aşağıda yer alan örgütsel iletişim ile ilgili tanımlar açıklanmıştır.

### **2.5.1 Genel iletişim süreci**

Halkla ilişkilerin temeli iletişimdir. Firma, çevresi ile olumlu bir imaj yaratabilmek için örgüt içi ve dışı iletişimi en iyi biçimde sağlamak durumundadır. Çünkü kendini ifade edebilmesi, hitap ettiği kesim tarafından anlaşılabilmesi, kuracağı iletişime bağlıdır (Gürdal, 1997). Genel iletişim sürecinde örgüt, örgüt içi çalışanları, örgüt içi hedef kitle, örgüt dışı hedef kitle, kamuoyu, bireyler ve gruplar vardır. Genel iletişim süreci, örgüt ile örgüt içi hedef kitle veya örgüt dışı hedef kitle arasında gerçekleşebilir.

#### **2.5.1.1 Örgüt içi iletişim süreci**

Örgüt içi iletişim, kişilerin belirlenen amaçlar doğrultusunda kendi rollerini gerçekleştirirken birbirleriyle kurdukları iletişim olarak tanımlanabilir. İletişim, en önemli kaynağımız olan insanları bir arada tutmak ve örgütün tamamının maksimum seviyede çalışmasını sağlamak açısından önemlidir. Budak ve Budak (2010). Örgüt içi iletişim sürecinde örgüt ve örgüt içi çalışanlar ön plandadır. Örgüt içi iletişim süreci genelde örgüt ile örgüt içi çalışanları arasında geçmektedir.

#### **2.5.1.2 Örgüt dışı iletişim süreci**

Örgütün, dıştaki hedef kitleleriyle iletişimini sağlayan ağlardır. Gürüz ve diğ. (1998). Örgüt dışı iletişim sürecinde örgüt, örgüt dışı hedef kitleler (kamuoyu, müşterileri, tedarikçiler, hizmet alanlar, tüketiciler, bireyler vb.) vardır. Örgüt dışı iletişim süreci, örgüt ile örgüt dışı hedef kitleler arasında geçmektedir.

#### **2.5.1.3 Stratejik planlama**

Stratejik plan, içerik ve sunum itibarıyla her zaman "az, öz ve somut hedeflerle oluşturulmuş" bir plan olmalıdır. Önemli olan plan konusunda üst yöneticilerin onayını almak ve harekete geçmektir. Plan, mutlaka örgütün bütçesiyle uyumlu olmalıdır. Bu, stratejik planların hazırlanmasında her zaman örgütsel bir öncelik olmalıdır. Stratejik planlamanın aşağıdaki hedefler doğrultusunda yapılması,

yöneticiler ve uygulayıcılar açısından önemlidir. Bu hedefler şunlardır; (Kadıbeşegil, 2012).

- a. Örgütsel iletişim planının oluşturulması,
- b. Ana performans göstergeleri,
- c. Uygulama planının oluşturulması,
- d. Proje yönetimi yapılması,
- e. Ölçümleme ve değerlendirmeler.

İyi bir stratejik plan en fazla altı ya da yedi konuyu kapsamalıdır. Çünkü, planın uygulanabilirliği önemlidir. Aksi halde, plan başarısızlıkla sonuçlanır. Stratejik planlamalarda örgütün iç hedefleri (örgütün misyonu, vizyonu, yeni ürün ve hizmetleri vb.) önemlidir. Örgütün imajı açısından ise girişimcilik, sosyal sorumluluk, ekolojik çevre duyarlılığı ve yeni örgütsel yönetim modellerinin oluşturulması önemlidir.

#### **2.5.1.4 Sosyal girişimcilik**

Sosyal girişimcilik, toplumsal sorunları fark edebilme ve çözümüne yönelik öneriler geliştirebilme sürecidir. Gelişmiş ülkelerde sosyal girişimcilik faaliyeti; devlet, özel sektör kuruluşları ve sivil toplum örgütleri tarafından yürütülmekte ve medya da kamuoyu desteğinin sağlanması boyutunda devreye girmektedir. Yiğitbaş ve diğ. (2009).

Bir örgütte sosyal girişimci (yönetici) şu hedefler doğrultusunda hareket eder (Tayfun, 2009).

- a. Bir sorunu saptar,
- b. Yeni bir proje üretir,
- c. Yeni bir yöntem geliştirir,
- d. Yeni bir kaynak oluşturur,
- e. Projenin sürdürülebilirliğini saptayacak yöntemler geliştirir.

Dünyada sosyal girişimcilik faaliyetleri üç biçimde karşımıza çıkmaktadır (Tavukçuoğlu, 2009).

**a. Özel sektörün sosyal girişimciliği:** Daha çok, yenilikleri ön plana çıkarır ve firmanın faaliyet alanındaki olguları sahiplenerek firmanın faaliyetlerine sosyal bir boyut kazandırarak, itibar ve imajını güçlendirir.

**b. Kamu merkezli sosyal girişimcilik:** Odak noktası sosyo- kültürel, az da olsa ekonomik kalkınmayı amaçlar.

**c. Bireysel sosyal girişimcilik:** Sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel alanlarda faaliyetini sürdürmektedir.

#### **2.5.1.5 Yönetim anlayışı (İtibar Yönetimi)**

Bir örgütte yönetim anlayışı, o örgüte itibar kazandırmakla olur. Bu, bir anlamda örgütsel itibar yönetimidir. İtibar, tıpkı imaj gibi algılamalarla ilgili bir kavramdır ve sosyal paydaşlarının duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır (Karaköse, 2007). Örgütsel itibarın yapılandırılmasında ve gerçekleştirilmesinde başta örgüt yöneticileri olmak üzere diğer örgüt çalışanlarına oldukça büyük görevler düşmektedir. Dolayısıyla, örgüt yöneticileri ile diğer örgüt çalışanları arasında iletişim süreci sağlıklı işlemelidir.

#### **2.5.1.6 Sağlık felsefesi**

Sağlık felsefesi kavramı ile anlatılmak istenen kamu ve özel sağlık kuruluşlarında yöneticilerin, bir kamu hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakını memnuniyetlerini artırmak için geliştirmeleri ve gerçekleştirmeleri gereken sağlık politikalarıdır. Dolayısıyla yöneticilerin, gerek siyasi otoriterler ile gerek STÖ'ler ile çok iyi bir stratejik planlama ve iletişim içerisinde olmaları gerekir.



### 3 SAĞLIK İLETİŞİMİ İLE İLGİLİ KAVRAMSAL YAKLAŞIMLAR VE TANIMLAR

#### 3.1 Genel Kavramlar

"Sağlık İletişimi" konusunun iyi anlaşılması ve irdelenmesi için konu ile ilgili temel kavramların ne anlama geldiğinin açıklanması gerekir. Sağlık İletişimi ile ilgili temel kavramları şu şekilde açıklamak mümkündür.

##### 3.1.1 Sağlık

*"Türk halkının sağlığı ve sağlamlığı vazgeçilmez bir milli meselemizdir. "*

***Mustafa Kemal ATATÜRK***

Geleneksel anlayışta, *sağlık kavramı*, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Sağlık kavramı ve algılanışı kültürden kültüre ve toplumdaki topluma değişebilmektedir. Örneğin, bir ülkede sağlıklı görünümlü bir birey başka bir ülkede tam tersine sağlıksız değerlendirilebilmektedir. Tabii ki, bu konuda ülkelerin gelişmişlik düzeyleri oldukça ön plana çıkar. Gelişmiş ülkelerdeki (ABD, Almanya, Rusya, Japonya vb.) sağlık anlayışı ile gelişmekte olan ülkeler (Türkiye, Macaristan, Polonya vb.) ve az gelişmiş ülkeler (Sudan vb.)'deki sağlık anlayışı oldukça farklıdır. Çünkü sağlık politikalarının, hizmetlerinin geliştirilmesi ve uygulanması tamamen ülkelerin ekonomik gelişmişlikleri ilgili bir durumdur.

Sağlığın tanımı, 11 Eylül 2001'de ABD'de ikiz kulelere yapılan saldırıdan sonra yeni bir boyut kazanmıştır. Sağlığın tanımlanmasında yiyecek, barınma, ve tıbbi bakım sağlanması gibi bileşenlerin yanı sıra terörizme ve biyo-kimyasal savaşa karşı "güvenliğin" de eklenmiş olmasıdır. Patricia ve diğ. (2002). Bu bakış açısıyla, muhtemel yaşanacak savaşlarda "güvenlik" kavramının sivil halkın doğrudan sağlığı ile ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Hastalığın tanımlanmasının, sağlık kavramının günümüze kadar kazandığı anlamı ortaya koymadaki önemini daha iyi anlayabilmek için sağlığın günlük kullanımda negatif ve pozitif olmak üzere iki anlamı üzerinde durmak gereklidir (Çınarlı, 2008).

**a. Sađlđın Negatif Tanımı:** Sađlđın negatif tanımlamasında, rahatsızlık ya da hastalđın olması kastedilmektedir. Naidio ve Wills (2000). Bir başka ifade ile şayet herhangi bir rahatsızlığınız ve hastalđınız yok ise bu "sağlıklısınız" aksi halde "sağlıklı değilsiniz" demektir.

Başka bir negatif tanımlamada ise, sağlık; hastalık, sakatlık, rahatsızlık ve engelli olma durumu olarak ifade edilebilir. Bu durum kısa veya uzun süreli olabilir. Yukarıda ifade edilen sağlık sorunlarından biri veya birkaçının bir arada olmasından söz edilebilir.

**b. Sađlđın Pozitif Tanımı:** Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1948) tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre, sağlık; "yalnızca hastalđın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik" halidir. Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyilikten daha çok sosyal iyilik haline vurgu yapılmaktadır (Akdur, 1999). Sađlđın negatif tanımlamalarında önceleri hep tıbbi ve biyolojik parametreler kullanılırken, sađlđın pozitif tanımlamalarında fiziksel, zihinsel, ve sosyal unsurlar bir arada kullanılmaktadır. Böylelikle bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileşimleri söz konusu olmaktadır (Belek, 1993).

Sađlđı etkileyen faktörler arasında sosyal, fiziksel ve genetik yapının yanı sıra, kişinin yaşam tarzı ve hastalıklara karşı verdiği tepki de önemli rol oynar (Erer, 2010). Sağlık kavramı konusunda, WHO (World Health Organization)'nun yapılmış olduğu açıklamalardan sonra ilk ciddi çalışma, sağlık politikalarının ve hizmetlerinin artırılması amacıyla 1986 yılında Ottawa'da yapılan toplantıda ele alınmıştır. Ottawa'da yapılan toplantıda sağlık ve sađlđın desteklenmesi ile ilgili şu tanımlamalar yapılmıştır (Okay, 2012).

**a.** Sağlık, pozitif bir kavram konusunda geçerlidir, sağlık için bedensel yetiler kadar, sosyal ve bireysel kaynakların önemi de vurgulanmaktadır.

**b.** Sađlđın desteklenmesi geliştirilmesi tüm insanlara sağlıkları hakkında yüksek oranda kendileri karar verme, belirleme imkanının sağlanması sürecini hedeflemektedir ve bu şekilde de kendi sağlıklarını güçlendirmeye yetkin hale getirmeyi hedeflemektedir.

**c.** Bu nedenle sađlđın desteklenmesi, geliştirilmesi konusundaki sorumluluk sadece sağlık sektöründe değil, tüm siyasi alanlarda da yatmaktadır.



**d.** İyi bir sağlık durumu, sosyal, ekonomik ve kişisel gelişim için önemli bir koşuldur ve yaşam kalitesinin etkili bir unsurudur.

Naido ve Wills (2000), sağlık kavramının bireysel, toplumsal ve çevresel boyutlarda olduğu, şu düzeylerde ele alınabileceğini ifade etmişlerdir;

**a. Fiziksel sağlık:** Vücutla ilgilidir (örnek: fitness-zindelik, hasta olmama vb.).

**b. Zihinsel sağlık:** Olumlu düşünce yapısı ve kişinin kendi değerine inancı (örnek: kendini iyi hissetme, sorunlarla başa çıkabilme vb.)

**c. Duygusal sağlık:** Duyguları ifade etme yeteneği ve ilişki kurup, sürdürebilme yeteneği (örnek: sevildiğini hissetme, değer verildiğini hissetme vb.)

**d. Sosyal sağlık:** Aile ve arkadaşlardan destek görme duygusu (örnek: konuşacak arkadaşların olması, diğer bireylerle iletişim kurma ve aktivitelerde bulunma vb.)

**e. Ruhsal sağlık:** Ahlaki, dini kuralları ya da inançları uygulamaya koyma ve kabul etme yetisi.

**f. Cinsel sağlık:** Kişinin cinselliğini tatmin edici biçimde ifade etmeyi başarma duygusu ve bunu kabul etmesi.

### 3.1.2 Sağlık modelleri

James S. Larson, sağlığa ilişkin temel yaklaşımlarını ele aldığı dört model şunlardır; (İncirli, 2008).

**a. Tıbbi Model (Medikal ya da Biyomedikal):** Sağlıklı yapının normal işleyişi fiziksel, genetik, kimyasal gibi iç ve dış etkenler nedeniyle bozulur, kişi hasta olarak kabul edilir. Yaklaşımın temelinde "normal" kavramı yer almaktadır ve dolayısıyla da hastalıklar "normal" durumdan sapmayı yani "anormal" durumu ifade etmektedir. Hekim de bu "anormal" duruma teşhisi koyar ve uygun tedaviyi, müdahaleyi yapar.

**b. WHO Modeli (Biyo-Psikososyal Model):** WHO'nun yukarıdaki sağlık tanımından hareket eder. İyilik halinden kastedilen, kişinin öznel algılamasına da yer veren "rahatsızlığın olmayışı" dır. Bu model, fazla idealistik olduğu gerekçesiyle eleştirilmekle birlikte, farklı sağlık boyutlarını ve farklı disiplinleri bir araya getirmesi açısından önemlidir.

**c. İyilik Hali Modeli (Wellness):** WHO'nun tanımlamasındaki iyilik halinden farklı olarak bu modelde sağlık, zihinsel ve bedensel olarak hastalıklarla baş etme

kapasitesidir. Öznel algılama, gayret, dini inançlar, telkin, zihinle beden arasındaki ilişki bu modelde önem kazanmaktadır.

**d. Çevresel Uyumlanma Modeli (Environmental Adaptation):** Tıbbi model içinde de ele alınabilir.

Bu modele göre sağlık, bireyin içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevreye uyumlanma kapasitesi ile ilgilidir. Örneğin birey, fiziksel ve duygusal streslerle karşılaştığında uyum sağlayamıyorsa, hastalanmaktadır.

### 3.1.3 Sağlık hakkı

Anayasal bir hak olarak ifade edilen sağlık hakkı, bireylerin yaşamlarını devam ettirmeleri ve var olma mücadeleleri için olmaz ise olmaz bir haktır. Diğer temel insan haklarının yerine getirilmesinde sağlık hakkı oldukça önemlidir. Sağlık hakkı olmadan, diğer insan haklarından söz edilemez. Çünkü başta beslenme, barınma olmak üzere çalışma, öğrenim, seyahat, yaşama, özel yaşama saygı, bilgi edinme vb. temel hak ve özgürlükler, sağlık hakkı ile doğrudan ilişkilidir.

Sağlık hakkı, ekonomik, sosyal ve kültürel hakları kapsayan ikinci kuşak insan hakları arasındadır. Bu kuşaktaki haklar, birinci kuşak haklardan farklı olarak "bireylerin tek başlarına gerçekleştirmeleri mümkün olmayan haklardır ve devletin olumlu bir edimde bulunarak, hakkın gerçekleştirilmesine aktif olarak katılma gerekliliği açısından medeni ve siyasal haklardan ayrılırlar" (Yamaner, 2001).

Sağlık hakkının tanımı, ekonomik, toplumsal, ve kültürel hakların tanımı, uluslararası sözleşmesi (1996)'nin 12.maddesinin 1.fikrasında şu şekilde yapılmıştır; "Bu sözleşmeye taraf devletler, herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkını tanırlar" denilmiştir. Yine bu sözleşmeye göre, tüm taraflar bu sözleşmenin gereğini yapmak için şu girişimlerde bulunmaktadırlar; (Çınarlı, 2008).

- a. Ölü doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi yönünde önlemler alınması,
- b. Çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi,
- c. Salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve öteki hastalıkların önlenmesi, sağlıtımı ve denetlenmesi,

**d.** Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli şartları içerir denilerek insanın, sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi için, sağlığı geliştirme çalışmaları kapsamında "Tarafların Devletlerin" yükümlülükleri belirtilmiştir (Kuzu, 1997).

Sağlığın korunmasına yönelik, Avrupa Sosyal Şartı (1961) sözleşmesinin 11.maddesinde ise şu önlemlerin gerekliliği ifade edilmiştir; (Çınarlı, 2008).

- a.** Sağlığın bozulmasına yol açacak nedenleri mümkün olduğu kadar ortadan kaldırmak,
- b.** Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında bireysel sorumluluğu teşvik etmek üzere danışmanlık ve eğitim kolaylıkları sağlamak,
- c.** Salgın, bölgesel ve diğer hastalıklar ile kazaları mümkün ölçüde önlemek.

Avrupa Sosyal Şartı, sağlık hakkının korunmasına yönelik bu önlemlerin alınmasının gerekliliğini ifade ederken, bu önlemlerin alınmasında, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarına büyük ölçüde görev ve sorumluluklar düştüğünü ifade etmiştir (Avrupa Sosyal Şartı, 2001).

#### **3.1.4 Hasta ve hastalık**

*Hasta* kavramı, TDK sözlüğünde "sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan, hastalanmış, rahatsız" anlamlarında kullanılmaktadır. Hasta, "bir hekim veya başka tedavi hizmetlerinin bir üyesi tarafından değerlendirilen (muayene edilen) birey olarak tanımlanmaktadır. Landgraf ve diğ. (2006). Bürger ise, hasta terimini daha önceden, şu anda veya potansiyel olarak sağlık hizmetinden yararlanmış/yararlanacak olan birey olarak tanımlamaktadır (Okay, 2012).

*Hastalık* kavramı ise bireylerin rahatsızlıklarına neden olan fiziki, biyolojik ve ruhsal sorunlar olarak anlatılabilir. İlk çağlarda özellikle hastalık denilince nazar anlaşılırdı. Yani hastalıklara, kötü ruhların, cinlerin, kötü niyetli ve kiskanç bireylerin bakışlarının neden olduğu algısı tamamen yerleşmişti. Günümüzde bile, bu tür batıl inançlara sahip bireylerin olduğu bilinmektedir.

Tarihte hastalık kavramının getirdiği süreci araştıran Locker'a göre hastalık kavramı ilk çağlardan itibaren birkaç aşamadan geçtikten sonra günümüzdeki anlamına sahip olabilmektedir. M. Ö. 5. yy. hipokratik yaklaşımına göre sağlık, insanın çevresindeki ısı, rüzgâr, toprak, yiyecekler ile kendisine ait yeme-içme alışkanlıkları, cinsel yaşam,

çalışma ortamı gibi bir dizi özel şartlar arasındaki dengeden oluşmaktadır (Çınarlı, 2008).

### 3.1.5 Sağlık iletişimi

Sağlık iletişimi<sup>20</sup> alanındaki çalışmalar, bireylerin ve toplumun sağlıkla ilgili inanç, tutum ve davranışlarıyla ilgili bir farkındalık düzeyi oluşturmak ve gerektiğinde yön vermekle ilgili iletişim faaliyetlerini kapsamaktadır (Becerikli, 2012). *Sağlık iletişimi*, sağlık konusuyla ilgili birey veya grupların, ilgili hedef gruplarına yönelik gerçekleştirmiş olduğu iletişim şeklidir (Okay, 2012). *Sağlık iletişimi*, sağlıkla ilgili bakım sürecine dahil olan ve vatandaş olarak sağlık ve hastalık ile resmi-kamusal sağlık politikasıyla ilgili olan; profesyonel hizmet sağlayıcıları veya hastalar arasında bilgi, görüş, ve duyguların iletilmesini ve değiş tokuşunu içermektedir. Weinig ve diğ. (2004). *Sağlık iletişimi*, başta hekim ve hasta ile hasta yakını arasında, sonra sağlık personelleri ile hasta ve hasta yakınları arasında gerçekleşen bir süreç olup zamanla iletişimin hedef kitlesi (hemşire, hasta bakıcısı, hastane yöneticisi, idari personel vb.) artmaktadır.

Kreps (2003)'e göre ise bu düzeyler şunlardır; (Okay, 2012).

**a. Kişinin kendi zihninde oluşan (interpersonal) sorgu:** Sağlık inançları, tutumlar, sağlık hizmetleri davranışlarını ve kararlarını etkileyen değerler gibi, sağlık hizmetlerini etkileyen ruhsal ve psikolojik süreçleri açıklamaya yönelik psikolojik perspektifi içermektedir.

**b. Kişilerarası sağlık iletişimi sorgusu:** Sağlık hizmetleri ilişkilerinin gelişimini etkileyen iletişim yollarını ve ilişkiye dayalı iletişimin sağlık çıktılarını ne şekilde etkilediğini açıklar. Hekim/hasta ilişkisi, bireylerarası sağlık iletişimi araştırmasının popüler bir alanını oluşturur.

**c. Grup sağlık iletişimi sorgusu:** Sağlık hizmeti takımları, hizmeti takımları, destek grupları, aileler gibi, bir ortaklığın üyesi olan birbirleriyle bağlantılı koordinasyonu içerisinde rol iletişim performanslarını inceler.

---

<sup>20</sup> Sağlık iletişimi alanındaki çalışmalar, bireylerin ve toplumun sağlıkla ilgili inanç, tutum ve davranışlarıyla ilgili bir farkındalık düzeyi oluşturmak ve gerektiğinde yön vermekle ilgili iletişim faaliyetlerini kapsamaktadır (Becerikli, 2012).

**d. Örgütsel sağlık iletişimi sorgusu:** Birbirleriyle bağlantılı grupların koordinasyonu için iletişimin kullanılmasını açıklar, farklı uzmanları harekete geçirmeyi amaçlar ve karmaşık sağlık hizmetleri sunumu sistemi ile ilgili sağlık bilgilerin paylaşımını içererek, sağlık hizmetinin etkili çok disiplinli dağıtım ile ilgili sağlık risklerinin savunmasını içerir.

Raztan ve diğ. (1996) ise, Krepsin yukarıda ifade ettiği sağlık iletişimi gerçekleşme düzeylerine kitle kamu iletişimini de eklemiştir. *Sağlık iletişimi*, sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanmasıdır. Mesajı gönderen bir birey, bir örgüt ve bir kitle iletişim aracı olabilir. Yorumlayan ise bir birey, bir grup ya da ayırım yapılmamış kitle olabilir. Berlin Ray ve Donohew (1990). *Sağlık iletişimi*, bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır (Tabak, 1999). Bu tanım ile sağlık hizmetlerinin tanınması, sağlık bilgilerinin doğru bir şekilde açıklanması, kamunun zamanında doğru bilgilendirilmesi, sağlık ile ilgili yeni tutum ve davranışlarının oluşturulması hedeflenmiştir. ABD Sağlık Bakanlığı'nın "Hastalıkların önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Bürosu" (Office of Disease Prevention and Health Promotion) tarafından geliştirilen "Healthy People 2010" programında sağlık iletişimi şu şekilde tanımlanmıştır; Birey, örgüt ve toplulukları, önemli sağlık konuları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme teknik ve sanatıdır. Sağlık iletişimi kapsamı, hastalıktan korunma, sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmeti politikası ve sağlık hizmeti faaliyetleri kadar, hayat kalitesini ve toplum içerisindeki bireylerin sağlığını geliştirme faaliyetini içermektedir (Sezgin, 2010).

*Sağlık iletişimi*; sağlığın ve hastalığın bireyler ve toplum tarafından anlaşıldığı, biçimlendiği ve uyulduğu sembolik süreç olarak da tanımlanabilmektedir. İletişim ve sağlık alanlarını birbirlerine bağlayan sağlık iletişimi, birey ve kamu sağlığını geliştirme çalışmalarının gerekli bir unsuru olarak gittikçe geliştirilmesi konularına her yönden katkıda bulunmakta ve şu farklı bağlamlarda ele alınmaktadır; (Çınarlı, 2008).

**a.** Sağlık personeli, hasta ilişkileri ve sağlık personelinin kendi arasındaki iletişimi (sağlık hizmetinde kişilerarası etkileşim).

**b.** Bireylerin, sağlık enformasyonunu aramaları ve kullanmaları.

**c.** Bireylerin, klinik tavsiyeleri yerine getirmeleri.

**d.** Kamu sağlığı mesajlarının oluşturulması (örnek: Yaşam biçimi ile ilgili kampanyalar: iletişimin koruyucu tıp mantığıyla sağlığın geliştirilmesinde kullanımı ya da belli kürler / tedaviler hakkında halkı aydınlatmak için kullanılması).

**e.** Bireysel ve toplumsal sağlık riski ile ilgili enformasyonu yapması (risk iletişimi).

**f.** Kitle iletişiminde sağlık mesajları (geniş anlamda kültür).

**g.** Tüketicilerin ve sağlık personelinin kamusağlığı ve sağlığın korunması sistemlerine nasıl ulaşılabileceğinin eğitimi (iletişim bilgilerinin artırılması).

**h.** Sağlık enformasyon sistemleri, iletişim teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler sonucunda gelişmiş ülkelerde sağlık iletişimi alanında kullanılmaya başlanan yenilikler; tele-sağlık (telekomünikasyon ve bilgisayar teknolojilerinin kamu sağlığı bilimine uygulanması) etkileşimli sağlık iletişimi (bireyin-tüketici, hasta, sağlık profesyoneli-sağlık enformasyonuna ulaşmak, iletmek ya da sağlıkla ilgili bir konuda rehberlik elde etmek için elektronik bir aletle iletişim teknolojisiyle etkileşimi ve tele-tıp, telekomünikasyon ve bilgisayar teknolojilerinin özellikle klinik hizmetlerinde kullanılması.

Schiavo (2007), sağlık iletişiminin en yaygın niteliklerini, anlam ya da bilgi paylaşımı, bireyleri ya da toplulukları etkileme, bilgilendirme, hedef kitleleri motive etme, bilgi alışverişinde bulunma ve davranış değişimi olarak sıralamakta ve nitelikleri açısından altı başlığa ayırarak şu şekilde incelemektedir (Sezgin, 2010).

**a. Bireyleri ve toplulukları bilgilendirmek, bireysel ve toplumsal kararları etkilemek:** Davranışlarda, sağlıklı seçimler yapılabilmesi, sağlığın iyileştirilmesi, belirli bir kitlenin bilgisini, tutumunu, inançlarını etkilemek için iletişim strateji, teknik ve teknolojilerinin kullanıldığı bir süreç olarak tanımlanabilir.

**b. Bireyleri motive etmek:** Bireyleri, örgütleri ve belirli kitleleri önemli sağlık konularında bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı ve tekniğidir.

**c. Davranışların değiştirilmesi:** Belirli bir zaman aralığında, belirli bir hedef kitlenin davranışlarının değiştirilmesi yaklaşımıdır.

**d. Sağlıkla ilgili konularda bilgi ve anlayışı artırmak ve bireyleri güçlendirmek:** Hedef kitleyi bilgilendirip onların belirli sağlık problemlerini ve yapılacak müdahalelerini anlamalarını sağlayarak, sağlık konusunda güçlendirmektir.

**e. İki Yönlü iletişim:** İki yönlü iletişime dayalı bir ortaklık ve katılımcılık sürecini ifade eder.

**f. Bilgi alışverişinde bulunma:** Bu süreçte, iki taraf arasında birbirini etkileyen bir fikir, teknik, öğrenme ve bilgi akışı vardır.

Schiavo (2007), sağlık iletişimini en geniş ve kapsamlı şu şekilde tanımlamıştır. Sağlık iletişimi, bireyleri, toplulukları, sağlık uzmanlarını, belirli grupları, politika yapıcılarını ve toplumu desteklemek amacıyla, sağlıkla ilgili bilgileri paylaşarak bireyleri etkilemeyi, onları iletişime dahil etmeyi ve bu bireyleri savunarak, onlara öğretmeyi, davranışlarını, çalışmalarını ya da sonunda sağlık sonuçlarını etkileyecek kuralları değiştirmelerine ve bunu devam ettirmelerine yardımcı olmayı ve farklı kitlelere ulaşmayı hedefleyen disiplinler arası ve çok boyutlu bir yaklaşımdır.

Kreps ve Thornton (1992), sağlık iletişimini, "sağlık hizmetleri üzerinde insan etkileşimi" olarak tanımlar ve sağlık hizmetlerinde hasta/tüketici ihtiyaçları üzerinde durur, aynı zamanda da iletişimin hangi ve etkilerinin ne olduğunun da incelenebileceğini belirtir (İncirli, 2008).

ABD'nin önde gelen sağlık örgütlerinden CDS (Centers for Disease Control and Prevention, Hastalıkları- Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi), sağlık iletişimini "Sağlığı geliştirmek, bireylerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı olarak" tanımlar. CDC, sağlık iletişiminin kamu sağlığını geliştirmede bir araç olduğunun altını çizer ve bu disiplinin sıklıkla, çeşitli hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde bulunan stratejiler için kullanıldığını belirtir (İncirli, 2008).

*Healthy People 2010*, programına göre uzun projeksiyonda (2010-2050) sağlık iletişiminin birey ve toplumun sağlığı anlayışını geliştirme konusunda sağlık profesyonellerinin, araştırmacıların ve siyasi iktidarların birlikte çalışmaları gerektiği düşüncesi benimsenerek aşağıdaki faaliyetlerin gerçekleştirilmesi önerilmiştir (Healthy, 2010).

**a.** Herkesin eşit olarak yararlanabileceği, bir sağlık enformasyonu sisteminin kurulması.

**b.** Yüksek kaliteli ve hedef kitleye uygun enformasyon ve destek hizmetlerinin belirli sağlık sorunları ve sağlıkla ilgili kararların nüfusun her katmanı için özellikle de yetersiz hizmet sağlanan bireyler için geliştirilmesi.

c. Sağlık profesyonellerinin iletişim bilimleri alanında eğitilmeleri ve iletişim teknolojilerinin kullanımı.

d. Etkili sağlık iletişimi uygulanması ve eleştirel anlayışın geliştirilmesi.

Ratzan (2002), sağlık iletişimi uygulamalarında aşağıdaki önerilerin dikkate alınması gerektiğini ifade etmiştir.

a. Medya trendlerinin, internet dedikodularının, kültürel mitlerin vs. incelenmesi.

b. Sosyal normları geliştirme, ana mesajların tekrarı, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi.

c. Yalnızca sağlık sektörüyle değil, içinde medya, akademi dünyası, hükümet de dahil olmak üzere liderlerle savunuculuk (advocacy) yapılması.

d. Bilim ve sağlık ile ilgili medyada ve halk arasında anlayışın artırılması için diyalog ortamlarının yaratılması.

e. Sürdürülebilir sistemlere (medya, akademi, hükümet vb.) bilimsel bilgi ve gerçek kavramlarının yerleştirilmesi.

Bu tanımlamalar sonucunda, sağlık iletişiminin, bireylerin ve toplumların ihtiyaç duyduğu, temel sağlık bilgilerinin artırılmasında, bireylerin yaşamlarında oldukça önemli bir yeri olan kamu sağlığının geliştirilmesinde, bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerindeki kaliteli hizmetin artırılmasında, bireylerin veya toplumun sağlıkla ilgili alacakları kararları üzerinde, hastaların hastalıklarıyla ilgili teşhis ve tedavi aşamalarında, hekim-hasta iletişiminin sağlıklı bir süreçte gerçekleşmesinde, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları yöneticilerinin etkili ve verimli sağlık politikaları geliştirmelerinde, koruyucu sağlık hizmetlerinde, tüm sağlık çalışanlarının performanslarının ve motivasyonlarının artırılmasında, kamu ve özel sektör kuruluşlarıyla hedef kitleleri (hasta, hasta yakınları, tedarikçiler v.b) arasındaki iletişim sürecinin sağlıklı işletilmesinde oldukça etkili olduğu söylenebilir.

### **3.1.5.1 Sağlık iletişimi tarihçesi ve gelişimi**

Sağlık iletişiminin, çok eski tarihlerden beri kavramsal bir tanımdan ve planlı uygulamalardan yoksun olarak uygulandığı ve bugün dünyada birçok ülkede sağlık ile ilgili geçmişte gerçekleştirilen faaliyetlerin, sağlık iletişimi uygulamaları olduğu söylenebilir. Ancak, alanın kavramsal olarak tanımlanması ve uygulamalarının hayata geçmeye başlaması ilk olarak A. B. D’de gerçekleşmiştir. Bu nedenle, sağlık



iletişimindeki gelişmelerden söz edilirken, A. B. D'deki ilk girişimler, döneme ait koşullar ve gelişmeler göz önünde bulundurularak tarihsel gelişim ele alınacaktır (Sezgin, 2010).

Sosyal bilimlerin ve insan bilimlerinin sağlık alanında kullanılması 20-30 yıl öncesine dayanmaktadır. İlk kullanıma *morbidity* ve *mortality* (hastalık düzeyi ve ölüm düzeyi) istatistiklerinde ve daha sonra da ortalama yaşam süresi beklentilerinde rastlanmaktadır. Buradaki veriler tıp ekonomisi, medikal sosyoloji ve medikal psikolojinin gelişiminde etkili olmuşlardır. Elde edilen bilgiler, tıbbi bir disiplin olan epidemiyolojide toplanmıştır (D'Houtaud, 1998).

Sağlık iletişimi (health communication) disiplini A. B. D'de ortaya çıkmıştır ve halen bu alandaki araştırmalarda başı çeken ülke durumundadır. Bu konuda öncü örgüt, çalışmalarını 1971'deki "Ulusal Kanser Hareketi" (National Cancer Act)'nin başlamasına dayandıran "Ulusal Kanser Enstitüsü" (National Cancer Institute)'ne bağlı "Kanser Enformasyon Servisi" (CIS-Cancer Information Service) dir. CIS, kanser hastalığıyla mücadele için hastalığın nedenlerini araştırarak, hastalığın önlenmesi ve tedavisi için sağlık iletişim programı olan "Ulusal Kanser Hareketini" kullanarak, sırasıyla toplumu, bilim adamlarını, hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını bilgilendirmiştir. CIS'in bu faaliyeti, Amerika'nın sağlık iletişimi alanındaki en büyük projelerinden biri olan *US Healthy 2010* programının gerçekleştirilmesinde oldukça önemli bir konuma getirmiştir (Ratzen, 1998).

Sağlık iletişimi çalışmaları 1975'den önce düzenli olmayan bir şekilde başlamıştır. Bunun istisnası Barbara Korsch ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarıdır. Yapılan ilk araştırmalar tıp, hemşirelik ya da diğer sosyal bilim alanlarından gelenlerce değil, asıl ilgi alanları iletişim olan bireylerce yapılmıştır. Yine ABD'de ilk kez "Uluslararası İletişim Derneği" (International Communication Association)'a bağlı olarak bir "Sağlık İletişimi Bölümü" (Health Communication Division) 1975 yılında kurulmuştur. Castello' nun sağlık iletişimiyle ilgili beş makalesi, iletişimle ilgili yayınlarda yer alır. Bunlardan üçü sağlık iletişiminden çok terapötik iletişime yöneliktir. Cassata da onu izleyerek, var olan az sayıda araştırmacının iletişim alanında çalışanlarca yapıldığını belirtir. 1989'da Lawrence Erlbaum Associates, *Health Communication* ismiyle alanla ilgili ilk hakemli dergiyi çıkarır, ardından da 1996'da *Journal of Health Communication* adlı hakemli dergi yayınlanır (Çınarlı, 2008).

Castello'nun 1977'de yayınladığı sağlık hizmetleri (health care) alanındaki makalesinde iletişimin dört işlevi (teşhis, işbirliği, öğüt ve eğitim) üzerinde durmuştur.

Thomas (2006)'a göre ise sağlık iletişimi, 1970'li yılların sonlarına doğru hekim-hasta ilişkilerine bir tepki olarak ortaya çıkmıştır. Thomas, bu çıkışı şu şekilde ifade etmiştir; (Sezgin, 2010). Bu hareket kısmen, sağlık hizmetleri sisteminin doğası ve onun verimi hakkındaki bilgi birikiminin sağlık hizmetleri sistemi ve onun yürütülmesinin yerleşen eleştireliliğine katkıda bulunmuştur. Tüketici hareketi, özel olarak hastalar ve genel olarak sağlık hizmetleri tüketicilerinin, üzücü şekilde sağlığın ve hastalığın doğasından bihaber ve sağlık durumlarına anlamlı bir şekilde katkıda bulunmaktan uzak olduklarını bulmuştur. İletişimin bu başarısızlığının nedenleri, birincil olarak saflık, hizmetleri sistemine ve hekime bağlanmıştır. Gözlemciler, hekimlerin tarafındaki kasti bir şekilde iletişime engel olma, bilgi birikiminin iletimini sekteye uğratmak ve hastanın aklında durumu anlaşılabilir hale getirmek çabalarından bahsetmiştir.

### **3.1.5.2 Sağlık iletişimi araştırma alanları**

Kreps (1998)'e göre sağlık iletişimi araştırmaları, sosyal bilimlerin üzerine inşa edilmektedir. Örneğin iletişim araştırmaları; sosyoloji, psikoloji, dil bilim ve antropolojik, beşeri bilimlerden yararlanırken, konuşma sanatı; felsefe, sanat, etik, tiyatro ve edebiyat ve birçok profesyonel alandan gelen prensipleri uygulamaktadır. (örneğin, birleşmiş sağlık hizmetleri iş kolları, eğitim, yönetim, hukuk, pazarlama ve din bilim). Kreps'e göre sağlık iletişimi<sup>21</sup> alanında, birbirine bağımlı iki büyük araştırma dalı bulunur; Bunlardan ilki, sağlık hizmetleri (hizmet sağlayıcılar-hasta ilişkileri, tedavi edici iletişim, sağlık hizmeti çalışanları, sağlık hizmeti kararları vb.) dağıtım dalı, ikincisi ise, medyanın, kamu sağlığını geliştirmek için etkin kullanım yolları (sağlık iletişim kampanyalarının geliştirilmesi) ve mesajlarını inceleyen sağlığın geliştirilmesi konusudur (Sezgin, 2010).

Kreps (1992)'e göre, sağlık iletişim düzey ve araştırmaları şu şekilde sınıflandırmak mümkündür;

---

<sup>21</sup> **Sağlık İletişim:** Sağlık iletişimi, iletişimin farklı seviyeleri ve kanallarını, sosyal kapsamın geniş bir aralığında inceleyen, oldukça geniş bir araştırma alanıdır (Sezgin, 2010).

**a. Bireyin kendi zihninde oluşan sağlık iletişimi araştırmaları:** Sağlık hizmetlerini etkileyen, içsel süreçleri inceler; insanların tutumları, inançları, değerleri sağlıkla ilgili mesajlar hakkındaki düşünceleri üzerine odaklanır.

**b. Bireylerarası sağlık iletişimi araştırmaları:** Sağlık sonuçları üzerinde ilişkilerin etkilerini inceler ve tedarikçi/tüketici ilişkisi, sağlık eğitimi ve tedavi edici etkileşimin ikili şekilde sağlanması ve sağlık hizmetleri görüşmelerinde ilgili bilginin değiş-tokuşuna odaklanır ya da günlük hayattaki ilişkilerin (örneğin aile üyeleri, meslektaşlar ve arkadaşlar) sağlık üzerindeki etkilerini inceler. Hekim-hasta iletişimi konusu, sağlık iletişimi araştırmalarında büyük bir yere sahiptir ve hekimlerin sözsüz iletişimleri de araştırma konuları arasında yer alır.

**c. Grup sağlık iletişimi araştırmaları:** İletişimin, sağlık hizmeti çalışanlarının, destek gruplarının, etik komitelerinin ve ailelerin, bu grupların üyelerinin, önemli sağlık hizmetleri kararları almak için ilgili sağlık bilgilerini paylaşırken birbirine bağı koordinasyonunda oynadığı rolü konu edinir.

**d. Örgütsel sağlık iletişim araştırmaları:** Örgütlerdeki bilgi akışı ve çalışanlar-yöneticiler ilişkileri gibi sağlık örgütlerinin özelliklerine odaklanır.

**e. Toplumsal sağlık iletişimi araştırmaları:** Sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetleri uygulamalarını teşvik için, bireylere medya aracılığıyla iletilen sağlık bilgisinin üretimi, yayılımı ve uygulamasını inceler.

Sağlık iletişimi araştırma alanlarının, sağlığın kültür, medya ve ekonomik boyutlarıyla da ilgili olduğu söylenebilir. Çünkü bu üç farklı boyut, sağlık iletişiminin ve sağlık hizmetlerinin ve politikalarının geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesinde oldukça etkilidir.

### **3.1.5.3 Sağlık iletişiminin özellikleri (Önemi)**

Schiavo (2007)'ya göre sağlık iletişiminin temel özellikleri şunlardır;

**a.** Hedef kitle merkezli olan sağlık iletişiminde amaç sadece hedef kitleye yönelik planlar, kampanyalar yapılması değildir. Aynı zamanda sağlık konularının incelenmesi, kültüre uygun ve uygun maliyetli çözümler bulunmasıdır

**b.** Birçok bilim dalından faydalanmakta olan sağlık iletişimi çalışmalarında, davranış değişimlerinin ve sosyal değişimlerin gerçekleştirilmesinin güçlülüğü kabul edilerek, sağlık eğitimi, sosyal pazarlama, davranış ve sosyal değişim kuramlarını içeren

birçok kuram ve bilim dalının uygulanmasına dayalı disiplinler arası yaklaşım izlenmektedir.

c. Sağlık iletişimi uzun vadeli bir süreçtir bu sürecin, ilgili grup ve hedef kitlenin ihtiyacını karşılayabilmesi için örgütsel esnekliğe sahip olması gerekir.

d. Sağlık iletişimi aynı zamanda süreç yönelimlidir. Bireyleri ikna etmeye, onları dahil etmeye ve aralarında fikir birliğin oluşturmaya da çalışmaktadır.

e. Sağlık iletişimi projeleri mutlaka stratejiye yönelik olmalıdır.

f. Sağlık iletişiminin yapabileceklerinin yanı sıra yapamayacaklarının olduğu açıktır. Yerel altyapı ve beceri eksikliğini karşılamak; tedavi ve önlem eksikliğini ve teşhis yetersizliğini telafi etmek; sağlığa ilişkin tüm konularla ilgilenmede ya da tüm mesajları iletmede eşit derecede etkili olmak sağlık iletişiminin yapamayacakları olarak ifade edilebilir.

Maibach ve Holtgrave (1995) ise sağlık iletişimini, kamu sağlığı iletişimi olarak ele alır ve "iletişim teknik ve teknolojilerinin bireyleri, popülasyonları ve örgütleri (olumlu) etkilemek için kullanılması" şeklinde tanımlar ve bu yaklaşımların "sosyal pazarlama, risk iletişimi, davranışsal karar kuramı, eğlendirirken eğitim (*edutainment* veya *infotainment*) medyada savunuculuk (*media advocacy*) ve etkileşimli karar destek sistemlerini" içerdiğini belirtir (Çınarlı, 2008).

Sağlık iletişimi *hybrid* bir disiplindir; tıp ve sağlık alanında yaşanan gelişmelerin iletişim, psikoloji, antropoloji, ekonomi, istatistik, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, işletme, siyaset bilimi ve enformasyon teknoloji, hatta siyaset bilimini de içine alarak kamu sağlığı bilimi ile doğrudan, bire bir ilişki içine girerek ortaya konulduğu bir süreçtir (Çınarlı, 2008).

#### 3.1.5.4 Sağlık iletişiminde hedef kitle

Sağlık iletişiminde hedef kitleyi<sup>22</sup> açıklamadan önce halkla ilişkiler açısından hedef kitle algısını anlamak ve özümsemek gerekir. *Halk*, belirli ortak yarar ve ilkeleri olan insan gruplarıdır (Asna, 2012). *Kitle* ise ayrı kişilerin rastlantı sonucu bir arada örgütlenmeden bulunmasıdır (Tortop, 1986). *Hedef kitle*, örgütün yaptığı tüm faaliyetlerin yönlendirildiği ve bunun sonucunda kendilerinden eylem ve düşünce

---

<sup>22</sup> Hedef kitle konusunu önemsemeyen örgütler, iletişim çabalarını da zaten göstermelik olarak örgütler olarak tanımlanabilir. İletişim çabaları gerçekten istenilerek yapıldığında etkili olabilmektedir. Göstermelik iletişim çabasının sonucu olamaz (Okay, 2012).

değişikliğinin beklendiği kişiler ve gruplar olarak tanımlanabilir. Kocabaş ve diğ. (1999). Örgütlerin genel bir hedef kitlelerinin olması mantıklı ve rasyonel değildir. Hedef kitle<sup>23</sup> her zaman spesifiktir ve her zaman bazı genel sorunları vardır, bu yüzden genelleştirilmeleri doğru değildir (Okay, 2013). Sağlık iletişimi de farklı hedef kitlelere yönelik olarak gerçekleştirilmeye çalışılan bir iletişimdir. Çünkü, sağlık iletişiminin doğrudan ilgili ve ilişkisi olduğu popülasyon toplumun büyük kısmını oluşturmaktadır. Dolayısıyla, sağlık iletişiminde hedef kitleyi belirli kriterler doğrultusunda belirlemek oldukça önemlidir. Hedef kitleyi belirlemeye çalışırken, araştırmalar gibi kantitatif yöntemleri, fokus grupları ve derinlemesine görüşmeler gibi kalitatif yöntemleri kullanmak mümkündür (Slater, 1995).

Hedef kitleyi belirleme çalışmaları yapılırken şu özellikler önemlidir.

- a. Sosyo-demografik özellikler (Yaş, cinsiyet, gelir, meslek vb.)
- b. Psikolojik Özellikler (örf ve adetler, etik kuralları, değer yargıları, ahlak vb.)
- c. Sosyolojik Özellikler (Normlar ve değerler, toplumun yapısı vb.)
- d. Tüketim Verileri (Sahip olunan tüketim malları vb.)
- e. Coğrafi Özellikler (Yaşanılan bölgenin iklimi vb.)
- f. Üyelikler (Üye olunan sivil toplum örgütleri ve dernekler vb.)
- g. İtibar (Toplumdaki statü, rol vb.).

Birçok sağlık iletişimi uygulayıcısı ve akademisyeni, ticari pazarlama ve reklâmdan doğan, pazarı hedef gruplara göre ayırmanın günümüzde sosyal pazarlamanın anahtar bir stratejik konsepti olduğuna inanmaktadır. Rodgers ve diğ. (2007).

Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları açısından hedef kitleleri ikiye ayırmak mümkündür. Bunlar;

**a. Örgüt içi hedef kitleler:** Sağlık hizmeti vermekte olan hizmet sağlayıcılar olarak ifade edilebilir. Bunlar; hekimler, yatarak tedavi gören hastalar, sağlık personeli (Hemşire, hasta bakıcısı vb.), hizmetliler, hastane yöneticileri, diğer personel (idari, teknik personel vb.)

---

<sup>23</sup> **Başlıca Hedef Kitleler:** a. Çalışanlar, b. Potansiyel Çalışanlar, c. Para Piyasası, d. Tüketiciler ve Nihai Kullanıcılar, e. Tedarikçiler ve Hizmet Sağlayıcılar, f. Yatırımcılar, g. Dağıtımçılar, h. Kanaat Liderleri (Okay, 2013).

**b. Örgüt dışı hedef kitleler:** Sağlık hizmeti almakta olan kitlelerdir. Bunlar; poliklinik hastaları, hasta yakınları, tıbbi malzeme sağlayıcıları, eczaneler, finansal çevreler, hastane çevresi, potansiyel hekimler ve sağlık çalışanları, kamuoyu<sup>24</sup> vb.).

Ayrıca kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları bazında, hizmet alanlar açısından hedef kitleleri üç grupta incelemek mümkündür (Okay, 2012). Bunlar;

**a. Marjinal Hedef Kitle:** Hastanelerde polikliniğin bulunduğu yere tesadüfen gelen insanlardır.

**b. İkincil Hedef Kitle:** Teçhizat sağlayan medikal örgütler, poliklinik yakınlarında muayenehaneleri olan hekimlerdir.

**c. Birincil hedef Kitle:** Poliklinik çevresinde bulunan hastalar ve potansiyel hastalar, sağlık sigortası acenteleridir.

### 3.2 Sağlık İletişimi Kuram ve Modelleri

Sağlık iletişimde kullanılan kuram ve modeller hakkında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalar sağlık iletişimini, diğer iletişim araştırmalarından ayırt edici özellikleri ile açıklamaya çalışırken: bazı çalışmalar, sağlık iletişimde kullanılan davranış kuram ve modelleri, kitle iletişim kuramlarıyla: bazı çalışmalar da sosyal bilim kuramları, davranış kuramları, kitle iletişim kuramları ve pazarlama bazlı modellerle kuramsal arka plan oluşturmaktadır.

Alanda, kuram ve modellerin birlikte ele alınmasının iki nedeni olduğu iddia edilebilir: Birincisi, disiplinler arası bir yaklaşım olmasından ötürü, farklı alanların çalışmalarından bir karma oluşturulduğu; ikincisi, sağlığa ilişkin tutum ve davranışları belirleyen sosyal ve kültürel özelliklerin gözden kaçmasını engellemeye çalışıldığıdır (Sezgin, 2010).

Sağlık ve sağlık iletişimi çalışmaları günden güne önem kazanmaktadır. Çünkü, kaliteli bir yaşamın yolu sağlıklı olmaktır. Sağlıklı olmak için de temel sağlık hizmetlerini ve sağlık iletişimini belirli bir düzeye getirecek kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarına ihtiyaç vardır. Babrow ve Mattson (2003), sağlık iletişiminin

---

<sup>24</sup> **Kamuoyu:** Bir örgütün çevresinde oluşan ya da ondan etkilenen, hizmet alan kesimdir. Kamuoyu, yönetilenlerin, ya da müşterilerin oluşturduğu, devlet ya da firma yöneticilerini etkileme amacına yönelik kanaatlerdir. Kamuoyu, bir toplumun ortak kanaati değil, en güçlü ve organize olmuş çıkar ya da çıkarların bileşkesidir (Kazancı, 2011).

önemini şu şekilde açıklamışlardır; "Hiçbir insan olgusu, sağlık ve hastalıktan daha temel değildir, hiçbiri arzularımızla bizi duygusal olarak bağlamaz ya da kısıtlamalarımızla daha açıkça yüzleştirmez, hatta bu temel deneyimlerin dinamikleri belirtildiğinde ve özellikle, beden, zihin ve toplumun birbiri içine geçen iletişimde olduğu belirtildiğinde, sağlık iletişimi, bilimsel araştırma için en karmaşık, en zorlu ve potansiyel olarak faydalı alanları betimlemektedir. "

Sağlık iletişimi kuram ve modellerini üç ana süreç içerisinde incelemek mümkündür. Bunlar;

- a. Sağlık Davranışı Süreci
- b. Hasta-Hekim İletişimi Süreci
- c. Sağlık İletişimi Kampanyaları Süreci.

### **3.2.1 Sağlık Davranışı Kuramları**

Davranışsal yönelimler veya niyetler, "bireylerin belirli bir şekilde davranmaları için kendilerine verdikleri talimatlar" olarak tanımlanabilmektedir. Verilecek olan bir kararın yönünü ve yoğunluğunu belirlerler. Ancak, bazı meta analizler, bilişsel sosyal modellerin, davranış niyetlerinin ön görüşünde, davranıştan çok daha iyi olduklarını ortaya koymuştur (Berry, 2004). Bireylerin, niyetlerinin, amaçlarının onların davranışlarını değiştirmede büyük önem taşıdığı şüphesizdir. Bu bakımdan niyet ve amaç davranışı değiştirmek için bir ön koşul olarak görülmektedir. Sağlık davranışını değiştirebilmek için, öncelikli olarak bu davranışın ne şekilde işlediğini öğrenmek gerekmektedir (Okay, 2012). Bireylerde sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmek için ortaya konulan kuram ve modelleri sırasıyla şu şekilde açıklayabiliriz;

#### **3.2.1.1 Sağlık inancı modeli**

"Sağlık İnancı Modeli" nin geliştirilmesinde, ABD’de 1959 yılında gerçekleştirilen "Tüberküloz Tarama Programı" (TB Screening Study) öncü olmuştur. Bu program, ilk sağlığın geliştirilmesi kampanyası olarak ele alınabilir. "US Public Health Service" (USPPHS-Amerikan Kamu Sağlığı Hizmeti) fabrikada çalışan işçilerin tüberküloz taramasına katılım oranını yükseltmeyi hedeflemiştir (Çınarlı, 2008).

Araştırmacılar, işçilerin tüberküloz taramalarına katılımlarındaki oranın düşük olmasını "parasal" olarak değerlendirmişlerdir. Bu sorunu çözmek için katılımları

artırmak amacıyla tarama ücretlerini düşük tutmuşlar ve taramanın işçilerin çalıştığı fabrikada yapılmasına karar vermişlerdir. Araştırmacılar taramaya dikkat çekmek amacıyla medya desteği ile fabrikada tüberküloz hastalığının oldukça ciddi bir hastalık olduğu, tedavi edilmediğinde hastalığın ölümlere yol açabileceğini yönünde eğitimler düzenlemişlerdir. Ancak bütün bu sosyal ve ekonomik önlemlere rağmen, işçilerin tamamının bu taramaya katılmaları beklenirken, işçilerin sadece 1/3'ü bu taramaya katılmışlardır. Bu başarısız sonucun nedenlerinin araştırılarak, *Sağlık İnancı Modeli* geliştirilmiştir.

Bu modele göre, bireylerin sağlıklarını geliştirecek davranışlarına yönelmelerinin ya da yönelmemelerinin nedenleri şunlardır<sup>25</sup>;

- a. Birey, sağlık riskinin ciddi olduğuna (Algılanan Ciddiyet),
- b. Birey, sağlık riskiyle karşı karşıya kalabileceğine (Algılanan Duyarlılık),
- c. Birey, tedavisi için önerilen çözümlerin etkili ve yararlı olacağına (Algılanan Yararlar),
- d. Birey, başına gelebilecek sakatlık veya bir hastalığı önleyebileceğine inanmalı (Algılanan Bariyerler),
- e. Kendisini eyleme geçmesini sağlayacak bir duruma maruz kalmalıdır (Eylem İçin Başlama İşaretleri).

Schiavo (2007)'ya göre, *Sağlık İnancı Modeli*, belirli bazı inançların tedbirsiz sağlık hareketlerini canlandırmadaki rolünü vurgular.

Bu modelde, sağlıklı davranışlar gösterebilmek için; hedef kitlelerin, ciddi ya da ölümcül hastalıklara karşı var olan risklerin farkında olmaları ve davranış değişiminin sağlayacağı kazançlardan haberdar olmalarıdır (Sezgin, 2010).

Kar ve diğ. (2001)'lerine göre, genel bir sağlık riskiyle ilgili olgu, eğer risk bireye kişisel düzeyde yansımıyorsa davranışını değiştirmeyecektir. Ayrıca birey, davranışını değiştirmek için kendinde bir güç hissetmeli, davranışın değiştirilmesinin finansal ya da fiziksel avantajı bulursa dahi davranışını değiştirmek için kendini zora sokmak durumunda kalmamalıdır (Çınarlı, 2008).

---

<sup>25</sup> **Algılanan duyarlılık**, bireyin, sağlık tehdidi olasılığını öznel olarak değerlendirmesi anlamına gelir. **Algılanan ciddiyet**, bireyin, sağlık tehditi'nin büyüklüğü hakkındaki inançları anlamına gelir. **Algılanan yararlar**, sağlık tehditini azaltmada tavsiye edilen tepkinin uygulanabilirlik ve etkili olma derecesidir. **Algılanan bariyerler**, tavsiye edilmiş bir tepkiyi yerine getirmenin muhtemel maliyetidir. **Eylem için başlama işaretleri**, karar verme sürecini tetikleyen nedenlerdir (Sezgin, 2010).



Bu modele göre, şayet bireyler, kendilerinin herhangi bir hastalığa yakalanacaklarına, hastalığın oldukça ciddi sonuçlarının olacağına, alınacak bazı önlemlerin sorunun boyutunu azaltacağına, tedavi için eyleme geçmenin gerek maddi gerek manevi birçok yararının olacağına inandıkları anda gerekli önlemleri alacaklar ve gerekli araştırma ve soruşturmaları yapacaklardır. Örneğin, hepatit aşısı yaptıran birisi, söz konusu aşığı yaptırmadığında gelecek yaşamında sarılık vb. hastalıklara yakalanabileceğini, ailesinin bu hastalığından dolayı zarar göreceğini bilmesi, gerek hekimler gerek sağlık kuruluşlarınca bu aşının mutlaka yaptırılması konusunda uyarılmış olması gerekir.

Bu modelde *algılanılan duyarlılık* ve algılanılan ciddiyet oldukça önemlidir. Sağlık iletişiminde hedef kitlelere verilecek mesajlar bu yönde olmalıdır. Seçilecek mesajlar dikkat çekici ve uyarıcı niteliğinde olmalıdır. Ancak, bazen bu yönde verilen mesajlar olmasına rağmen, bireylerin *algılanan duyarlılıkları* ve *algılanan ciddiyetleri* üzerinde etkili olunmadığı görülebilmektedir. Örneğin, Türkiye’de sigara paketlerinin üzerlerine "sigara içmek öldürür" uyarısına rağmen, bireylerin davranışlarında bir etkisi olmadığı görülmektedir. Bireylerin, bu davranışlarında sigaranın uzun vadede zararlarının olacağı ön görüşü olabilir.

### **3.2.1.2 Akla dayalı eylem/nedene dayalı kuramı**

"Sebepli Eylem Kuramı" olarak da adlandırılan bu kuram, 1975 yılında Fishbein ve Ajzen tarafından geliştirilmiş "rasyonel adam" hipotezi olarak da ifade edilmiştir. Bu kurama göre, bireyler, mantıklı ve rasyonel düşünerek, en son karar mekanizmalarını, edindikleri sağlıklı ve doğru bilgilere göre çalıştırmaktadırlar.

Parsons ve diğ. (1997)’lerine göre, "Akla Dayalı Eylem Kuramı", tutum ve davranış arasındaki ilişkileri açıklamaya çalışırken, bu durumda bireyin harekete geçme niyeti aynı zamanda kendi davranışının bir belirleyicisidir (Okay, 2012).

Yine Graeff ve diğ. (1993)’lerine göre, bireylerin niyetleri aynı zamanda, davranışın önemli olduğunun hissedilmesi gibi davranışla ilgili diğer tutumlarca da belirlenir. Yani davranışsal bir niyetin gücü, bireyin buna ilişkin davranışı gerçekleştirme olasılığına bağlıdır.

Davranışsal bir niyetin yerine getirilme olasılığı ise, bireyin o davranışın belirli sonuçlar doğuracağına dair inancına, bireyin önem verdiği referans grubunun normatif baskısına bağlıdır. Bireyin, davranışları önce inançlarında, sonra

tutumlarında, daha sonra davranışa yönelik niyetlerinde görülmekte, daha sonra da bu niyetler davranışa dönüşmektedir (Oktay, 1996). Örneğin, sigara bağımlısı bir birey, sigaranın zararlarını bilir, bir gün o sigaranın kendisinin, kanser hastalığına yakalanarak, ölümüne sebep olacağına inanır. Bu duygular içerisinde, bir sağlık merkezinden yardım almak ister, bu niyetini çevresinin de baskısıyla davranışa dönüştürerek, sağlık merkezine başvurur.

### **3.2.1.3 Planlanmış davranış kuramı**

"Planlanmış Davranış Kuramı", akla dayalı eylem kuramının geliştirilmiş şeklidir. En önemli gelişme "kontrol" kavramının eklenmesidir. Yani davranışsal niyetin belirleyicisi olarak fark edilen kontrol mekanizmasının ön plana çıkmasıdır. Akla dayalı eylem kuramı, sadece davranış istenilen kontrol altındayken bir ön görüde bulunabilmeye izin vermekte iken, planlı davranış kuramı, geçerlilik alanındaki bu sınırlamayı ortadan kaldırmak için geliştirilmiştir. Bu kuram, davranışın neticeleri için, belli planlama düşünceleri ve değerlendirme düşüncelerini gerekli kılmaktadır (Okay, 2012).

Graf (2007)'a göre, bu kuram takip edilen ancak bilinçli olarak üzerine gidilmeyen veya yansıtılmayan hedefler, bu kuram tarafından ele alınmamaktadır. Planlı davranış mevcut olan ilgili tüm enformasyonların sistematik bir neticesi olarak görülmektedir. Gerçekten de, planlı davranış kuramı, niyet ve tutumlar, akla dayalı eylem kuramına göre çok daha iyi bir biçimde ön görebilmektedir (Okay, 2012).

"Planlanmış Davranış Kuramı" uygulamalarında, Baltaş (2007)'a göre bireyin davranışlarını gerçekleştirmeden önceki şu algılamaları oldukça önemlidir;

- a.** Bireysel Tutum,
- b.** Sübjektif Norm,
- c.** Davranış Kontrol Algısı.

Bir birey, sigara içmesinin, sağlığına zararlı olduğunun bilinciyle şu planlı davranışları sergileyebilir;

#### **a. Bireysel Tutum**

Gelecek ay sigarayı bırakmaya başlarsam,

- İyi olacaktır.
- Faydalı olacaktır.
- Zararlı olacaktır.

- Kötü olacaktır.

### **b. Sübjektif Norm**

Çevremdeki insanların çoğu,

- Sigarayı bırakmam gerektiğini düşünüyor.
- Sigarayı bırakmamam gerektiğini düşünüyor.

### **c. Davranış Kontrol Algısı**

- Sigarayı bırakmam ne kadar benim ne kadar benim kontrolüme bağlı?

Çok fazla

Çok az

- Önümüzdeki ay sigarayı bırakmaya başlamam ne kadar kolay olacak?

Çok kolay

Çok zor

Bu üç değişken, davranışı ortaya çıkaracak niyeti güçlendirmekte veya zayıflatmaktadır.

- Önümüzdeki ay sigarayı bırakmaya niyetim var.

Bırakabilirim

Bırakamam

Birey, bu örnekte olduğu gibi, önce davranışa yönelik bireysel tutum geliştirir, davranış ile ilgili sübjektif normlarını ortaya koyar ve fark ettiği davranışlarını kontrol eder. Bu üç algı niyete dönüşür ve davranışı ortaya koymakla sonuçlanır.

#### **3.2.1.4 Sosyal öğrenme kuramı (Social Cognitive Theory)**

"Sosyal Öğrenme Kuramı"na göre, beklentiler, kendi kendine yeterlilik, tavırlar, inançlar ve değerler gibi bilişsel süreçler, sağlıkla ilgili birçok davranışı etkilemektedir. Örneğin, medyada görülen, okunan bilgilerin yanı sıra sosyal çevreden de sağlık hakkında birçok davranış öğrenilmektedir. Bir bireyin inançları ve beklentileri, onun davranışlarında önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Ancak, inançlar doğru ya da yanlış olabildiği gibi, beklentiler de gerçekçi ya da gerçekçi olmayabilir (Sezgin, 2010).

"Sosyal Öğrenme Kuramı", iki önemli algıyı önemser. Bunlar;

**a. Bireyin algıladığı kendi kendine yeterliliği:** Birey, yaşadığı sosyal çevresinde, motivasyonlarına, sergileyeceği davranışlarda kontrolü elde tutar ve buna yönelik norm ve değerlere sahiptir. Yani birey, ortaya koyacağı davranışlarında belirli bir hareket kabiliyetine sahiptir, bu davranışı gerçekleştirmek için kendini yeterli hisseder ve bu duyguya inancı tamdır. Bu algılar, bireyin en zor anlarda ortaya koyacağı davranışların niteliği açısından oldukça önemli bir etkidir. Örneğin, sigarayı bırakmak isteyen bir birey, kendisinde bu yeterliliği görür ve inanırsa, bu davranışı kolayca ortaya koyabilir.

**b. Bireyin sonuç beklentileri:** Birey, sergilediği bir davranış ile ilgili olarak, mutlaka bir sonuç bekler ve bu duyguya inanarak hareket eder. Örneğin, grip hastalığına yakalanmamak için eczaneye gidip grip aşısı yaptıran bir birey, artık grip hastalığına yakalanmayacağına inanır ve sonuç odaklı davranışlar sergiler.

Sağlıkla ilgili bireyin ortaya koyacağı davranışlarda sosyal çevre, yaşam tarzı, toplumsal norm ve değerler oldukça önemlidir. Örneğin birey, beslenmesiyle ilgili toplumda herkes tarafından bilinen fast-food türü beslenmenin zararlarının farkındadır. Şayet bu bireyin obezite ile ilgili bir sorunu varsa, beslenme ile ilgili bu durumunu gözden geçirerek gerekli tedbirleri alır.

Davranışlar aynı zamanda sosyal normlar ya da davranış için gerekli kurallarla ilişkilendirilmiştir. Bireyler, sosyal durumlarda bu kurallara uymak (ya da görmezden gelme) sosyal olarak ödüllendirilmeye veya cezalandırılmaya yatkındırlar. Sosyal ödüller, takdir ve kabullenme şeklinde; cezalandırma ise sınır, tasvip etmeme ve sosyal çevrelerden dışlanma şeklini alabilir (Wright, 2008). Schiavo (2007), sosyal öğrenme kuramının sağlık iletişimine en büyük katkısının belirli bir davranış üzerindeki akılda tutma, taklit ve motivasyonu etkileyen faktörlerin ve mekanizmaların anlaşılması olduğunu ifade eder.

Günümüzde, internet teknolojinin gelişmesi ile oluşan yeni medyanın en önemli işlevlerinden biri olan sosyal medyanın sağlık haberleri konusunda oldukça büyük sorumlulukları vardır. Bir PR uzmanı nasıl çalıştığı örgütün çıkarlarını düşünerek aynı zamanda kamuoyunun yararını göz önünde bulundurmak gibi önemli bir sorumluluğu ve yükümlülüğü var ise, oldukça geniş hedef kitlelere haber ulaştıran sosyal medyanın da sağlık ve sağlık iletişimi ile ilgili kamuoyunu doğru bilgilendirme görevi vardır. Bu görev ve sorumluluk sadece sosyal medya için

geçerli olmayıp aynı zamanda diğer geleneksel medya araçları (televizyon, gazete, radyo vb.) içinde geçerlidir. Medyanın sosyal öğrenme açısından taşıdığı öneme uygun sağlık ile ilgili bilgi ve haberlere yer vermesi bireylerin doğru davranışlar içerisinde olmaları bakımından önemlidir.

### **3.2.1.5 McGuire'in ikna modeli**

Graeff ve diğ. (1993)'lerine göre, "McGuire'in ikna Modeli" iletişimin; tutumları ve davranışları değiştirme amacıyla kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Bunun için geçerli olan iletişim çabası, farklı etkilere (input) ve tepkilere (output) bağlıdır. Bilgide ve tutumlarda meydana getirilecek değişiklik, sağlıkla ya da başka konulardaki tutum ve davranışların değiştirilmesi için ön koşuldur. Etkiler, mesajın kaynağı, mesajın kendisi, mesajın gönderildiği kanal, alıcının özellikleri ve iletinin yönüdür. Tepkiler ise; bilgi, tutum, karar alma ve hatta gözlemlenebilen davranışlar gibi belirli bilişsel faktörlerdeki değişikliklerdir (Çınarlı, 2008).

McGuire, öncelikle hedef konumundaki alıcıların iletiyi bulmaları, ulaşmaları, bu iletiyle ilgili ilgilerini korumaları ve artırmaları hatta söz konusu iletilerini (davranışları ile ilgili) hafızalarında itina ile saklamaları, ihtiyaç halinde bu iletileri güncellemeleri ve harekete geçmeleri için niyetlerini ortaya koymalarının, bireysel tutumlarındaki gerekli davranışlarını sergilemeleri açısından oldukça önemlidir. McGuire, ancak bu sürecin gerçekleşmesi ve olumlu bir şekilde sonuçlanması için, iletinin kaynağının güvenilir olmasının, iletiyi aktaracak kanalların doğrudan olmasının ve hedef konumundaki alıcının ruhen sağlıklı olmasının etkisi azınsanmayacak kadar çoktur.

Oktay (1996)'a göre, bu modelin en zayıf yönünün iletiyi alacak hedef konumundaki tüm alıcıların rasyonel olarak varsayılmaktadır. Bu durum da bazen iletinin sağlıklı ulaşım ulaşmadığı ile ilgili sorunları beraberine getirmektedir. Yani, geri bildirim almak, iletişim sürecinin sağlıklı sonuçlanması açısından önemlidir. "McGuire'in İkna Modeli", sağlık kampanyaları sürecinde tercih edilen bir model olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **3.2.1.6 Transteorik model ya da değişimin evreleri modeli**

"Transteorik Model ya da Değişimin Evreleri Modeli" denilince, Prochaska ve DiClemente (1983)'nin sağlık davranışlarını belirli kuramlardan bağımsız olarak incelemeleri ve bu yönde bu kuramı geliştirdikleri akla gelir. Prochaska ve

DiClemente, önce alkoliklerin içkiyi bırakma sürecini, ardından sigarayı bırakma sürecini ele alırlar. Yapmış oldukları bu araştırma sonucunda, davranış değişikliklerinin ancak beş etapta kavramsallaştırılarak, gerçekleştirilebileceğini ortaya koyarlar. Bu etaplar şunlardır; (Çınarlı, 2008).

**a. Tasarlama Öncesi (precontemplation):** Davranış değişikliği için düşünce ya da farkındalık yoktur (bilgisizlik, inkâr ya da isteksizlik söz konusu olabilir).

**b. Tasarlama (contemplation):** Davranışı olası bir şekilde değiştirmek için hedef, enformasyon arayışındadır. Sağlık iletişimcileri, kişileri genellikle tasarlama öncesi ya da tasarlama evresinde hedef kitleyi yakalarlar.

**c. Eylem (action):** Hedef, arzu edilen davranış değişikliği için girişimde bulunur.

**d. Sürdürme (maintenance):** Uzun bir süre için davranış değişikliğinin sürdürülmesi.

**e. Geri dönüşüm (recycling):** Sürdürme evresinin kesintiye ulaşması ve hedefin yeniden tasarlama öncesi ya da tasarlama etabına geri dönmesidir.

Bu modele, bir öğrencinin hijyen ile ilgili yaşadığı bir sağlık sorunu örnek verilebilir. Öğrenci, gerek evde gerek okulda ellerini yıkamadığı için sık sık gribal enfeksiyon geçirir ve hastalanır. Öğrenci tedavi olduktan sonra, el temizliğinin önemini bir televizyon kamu spotundan seyrettikten sonra, arkadaşlarının okulda hastalanmamak için sık sık ellerini yıkadıklarını gördükten sonra düşünceleri değişir ve tasarlama (farkındalık) aşamasına geçerek, el yıkama ile ilgili eylemleri gerçekleştirmek için harekete geçer ve bir süre bu davranışını rutin olarak hem evde hem okulda yapmaya başlar. Graeff (1993)'a göre bu model, özellikle sağlık uzmanları tarafından kronik ve enfeksiyon hastalıklarla mücadelede sık sık kullanılmaktadır. Yine son yıllarda, bu modelden yararlanılarak, görsel medyada sağlık ile ilgili kamu spotu yayınlarına sık sık yer verildiği ve önemsendiği görülmektedir.

### **3.2.1.7 Yeniliklerin yayılması kuramı**

Yeniliklerin (yeni fikirlerin, uygulamaların, nesnelerin vb.) bir topluma nasıl sokulduğunu ve insanların bu yenilikleri nasıl benimsedikleri ya da reddettiklerini açıklamaya çalışan bir iletişim araştırma alanı olan "Yeniliklerin Yayılması Kuramı"nın en tanınmış kuramcısı Everett M. Rogers, "Yeniliklerin Yayılımı" adlı kitabında

yeniliği, "birey ya da başka bir kabullenme birimi tarafından yeni olarak algılanan düşünce, uygulama ya da nesne olarak" tanımlanmaktadır (Çınarlı, 2008).

Yeniliğin benimsenmesi süreci bilgi, ikna, karar, uygulama ve sağlamlaştırma evrelerinden oluşmaktadır. Özellikle, üçüncü dünya ülkelerinde sağlık, tarım, sosyal ve politik alanlarda yeniliklerin benimsenmesi çalışmalarında kullanılan bu yaklaşım, yenilik hareketinin tabandan; yani değişime gereksinim duyan kesimlerden de başlayabileceğini göz önüne almaz. Tekinalp ve Uzun (2004).

Yenilikler ile sosyal olarak değişim ve dönüşümler yaşanır. Bu değişim ve dönüşümler sonucunda ya olumlu sonuçlar ya da olumsuz sonuçlar yaşanır. Bu sosyal değişimin habercisidir. Sosyal değişim, iletişim ile doğrudan ilgili bir kavramdır. Bir toplumda iletişim süreçleri ne kadar sağlıklı ve hızlı olursa sosyal değişimler (yenilikler) o derece sağlıklı ve hızlı gerçekleşir.

Thomas (2006)'a göre yeniliklerin toplum ve bireyler tarafından kabul görmesi için bazı karakteristik özelliklere sahip olması gerekir. Bu karakteristik özellikler şunlardır; (Okay, 2012).

**a. Bağıntılı avantaj:** Bağıntılı avantaj, bir yeniliğin yerine konulduğu fikirden daha iyi olduğu derecesiyle bağıntılıdır. Yani yapılan bir yenilik, mevcut olan durumdan daha mı iyidir? sorusuna verilen yanıtla ilgilidir. Rogers'e göre bağıntılı avantaj, iki tipe ayrılmaktadır. Bunlar ekonomik avantaj ve sosyal avantajdır. Ekonomik avantaj, fayda ve kâr ile eşit tutulmaktadır. Sosyal avantaj ise yeniliği kabul edenin, sosyal prestijini veya konumunu yansıtmaktadır.

**b. Uyumluluk:** Uyumluluk, kabul edenlerin veya benimseyenlerin ihtiyaçları, geçmişteki deneyimleri ve mevcut değerleriyle uyumlu olarak algılanan yenilik için bir ölçüttür.

Bir yenilik, ne kadar uyumluysa, kabul edilme durumu da o kadar yüksektir. Mevcut değerler, son deneyimler ve gerekliliklerle uyumluluğu gerektirir.

**c. Karmaşıklık:** Karmaşıklık genel olarak bir yeniliğin nispeten kolay anlaşılıp anlaşılmadığu ve uygulanmadığu derecesiyle alakalıdır. Karmaşıklık, bir yeniliğin potansiyel bir alıcı tarafından değerlendirme boyutlarının sayısı olarak da kavramlaştırılabilir. Karmaşıklık bir yeniliğin anlama ve kullanma zorluluğu ile ilgilidir.

**d. Sınanabilirlik:** Sınanabilirlik veya bir yeniliğin sınırlı bir temel üzerinde denebilme derecesi, genel olarak bir yeniliğin kabul edilmesiyle olumlu bir biçimde ilgili olarak gözlenmemiştir. Yeniliğin ilk kez denenebilmesiyle ilgilidir.

**e. Görünülebilirlik:** Görünebilirlik veya bir yeniliğin etkilerinin görünebilir olma derecesi, bir yeniliğin kabul edilmesinin olumlu bir etkisi olarak düşünülmektedir. Hedef kitle üzerinde bir örgütsel üye, bu yeniliği görmeyi daha çok tercih edecektir.

**f. Uyumluluk:** Uyumluluk, bir yeniliğin yerel ihtiyaçlara uygun olması derecesi olarak ifade edilebilir. Yeni müdahale stratejilerinin, yerel ihtiyaçlara uygun olarak adapte edilmesi durumu da, bir örgütteki bireylerin o stratejileri kabul etmesini sağlayacaktır.

**g. Risklilik:** Getirilen yeniliği taşıması muhtemel olan risklerinin, o yeniliğin kişiler tarafından kabul edilip, edilmeme durumunu etkileyecektir.

Sonuç olarak, sağlık davranışlarını etkileyen, belirleyen birçok unsuru değiştirmek için, farklı farklı kuramlar vardır. Ancak önemli olan, sağlık kuruluşlarının, doğrudan ilgili oldukları hedef kitlelere uygun, yararlı ve kamuoyu yararını gözeterek ve kollayarak, sağlık davranış kuramlarını tercih etmeleri ve başarılı bir şekilde uygulamalarıdır.

### 3.2.2 Hekim-hasta iletişimi

*Hekim ile hastası arasındaki ilişki düzeltilebilir. Ancak bunu sağlamak için stetoskopun her iki ucundaki bireylerin çaba göstermesi gerekir.*

**C. Everett Koop, M. D., Koop**

21. yüzyılda bireylerin yaşamlarında oldukça önemli bir yeri olan sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık iletişimi vb. oldukça önemli kavramlardan söz edilince, hekim-hasta iletişimi kavramının ön plana çıktığı görülmektedir. Hekimler ve hastalar farklı kültürel dünyada yaşadıkları ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya oldukları, hastanın belli rahatsızlıkla (illness), hekimin ise hastalıkla (disease) uğraşmak durumunda kaldığı bilinmektedir. Bunun için aralarındaki ilişki, basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirme ilişkisinden çok, derin yapısal özellikler taşımaktadır. Bu doğrultuda yapılan araştırmalarda aslında hekim-hasta ilişkisinin daha karmaşık bir zeminde gerçekleştiği saptanmıştır (Uludağ, 2011).



Hekim-hasta iletişiminde<sup>26</sup> genelde iletişim tek yönlüdür. Hekimin sosyal statüsü ve konumundan dolayı iletişimde hastaların bir adım geride oldukları ve hekim karşısında çekingen davranış sergiledikleri herkes tarafından bilinen, sorgulanan ve irdelenen önemli bir konudur. Gordon ve Edwards (1997)'a göre, sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık personeli, bir etkili iletişim becerisine sahip olduğunda şu olumlu davranışları görmek mümkündür (Uludağ, 2011).

- a. Hekimler daha doğru bilgi toplamakta ve doğru tanı koymaktadırlar.
- b. Hemşireler hastaların gerçek duygularını öğrenmektedirler.
- c. Hastalar kendilerine bakanlara daha çok güvenmektedirler.
- d. Hastaların tedavi ve yönetime muhtemel dirençleri azalmaktadır.
- e. Hastalar gerginliklerini ve korkularını kolayca dışa vurmaktadırlar.
- f. Hastalarla ile sağlık personeli arasındaki olumsuz sözsüz iletiler azalmaktadır.
- g. Hastaların sorunlarının çözümleri kolaylaşmaktadır.
- h. Sağlık personeli, sorunu olan hastalara danışmanlık yapmak için çaba göstermektedirler.
- ı. Sağlık personeli, hastalıklarının kötüleşirecek durumlarla baş etmede hastalara daha çok yardımcı olabilmektedir.
- i. Sağlık personeli özel sorunları olan hastalarla uğraşmada daha etkili olmaktadır.
- j. Hekimlerini dinleyen hasta sayısı günden güne artmaktadır.
- k. Hekime gitmekten memnun olanların sayısı artmaktadır.
- l. Çok sayıda hasta, hekimlerinin teknik becerilerini değerlendirebilmektedir.
- m. Hastaneye yatan hastaların depresyona girme, birisine muhtaç olma ve çaresiz kalma olasılığı azalmaktadır.
- n. Hastalar daha erken taburcu edilmektedir.

---

<sup>26</sup> **Hekim-Hasta İletişimi:** Kendisi de hekim olan başka bir hasta ise meme kanseri geçirdiği sırada hekimleriyle yaşadığı deneyimlerini şöyle anlatmıştır: Onkologlar, radyasyon uzmanı onkologlar ve plastik cerrahlar... Bu hekimlerden hiç biri benim istatistiksel bir rakam olmadığını anlamadı. Benim hayatımdı söz konusu olan ve bütün alınan kararlar korkunçtu. Ben hala kanserimle boğuşurken onların evlerin gidip yaşamlarına dönecek olmasına çok içerliyordum. Hekimlerim bana birçok bilgi verdiler. Ancak gerçek anlamda benim ile çok az ilgilendiler. Anestezi altındaki bir bedeni nasıl keseceklerini, ışının dozajını nasıl hesaplayacaklarını ve istatistiksel bilgi vermeyi çok iyi biliyorlardı. Ama neler hissettiğimi sormak konusunda başarısızdılar. Yeni anne olduğumu zar zor öğrenmişlerdi ve yaşadıklarımın kesinlikle ne kadar berbat bir deneyim olması gerektiğine hiç değinmediler. Bırakın candan bir kucaklamayı, küçük bir ilgi bile görmedim. Belki de bunu yapmak için eğitilmemişlerdi. Muhtemelen bunu yapmamak üzere bir eğitim almış da olabilirlerdi. Fakat benim ihtiyacım olan şeyin eğitim ile hiçbir ilgisi yoktu, bunu yapmak için insan olmak yeterdi. Gordon ve Edwards (2014).

- o.** Hastalar hekimlerini daha seyrek değiştirmekte ve aynı hekime yeniden gitme olasılıkları günden güne azalmaktadır.
- ö.** Hastalar tedaviye daha az direnç göstermektedirler.
- p.** Hastaların hekimlere, yanlış tedavi nedeniyle dava eğilimleri azalmaktadır.

Hekimin görevi, hastalığın tedavisini içerir, birinci görevi tanıya ulaşmak ve sağlık bozukluğuna çare uygulamak olup hastayı mümkün olan normal durumuna getirerek, hastanın geriye dönüşünü sağlamaktır (Cockerham, 2004). Hastalığın iyileşme ve düzelme nedenleri hekim tarafından değerlendirilmeli ve gerekli açıklamalar hasta ve hasta yakınlarına yapılmalıdır. Ancak tanı ve tedavi sürecinde hekim-hasta ve hasta yakını iletişimi oldukça önemlidir. Çünkü süreç, hasta ve hasta yakınları açısından oldukça zordur. Süreç, yaşamak ile ölmek arasında, tarifi zor bir ince çizgidir.

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurları birkaç başlık altında toplayabiliriz. Bunlar; (Atıcı, 2007).

- a.** Hekim-hasta arasında kurulan ilişki modeli.
- b.** İletişim.
- c.** Bütüncül yaklaşım (hastanın biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi).
- d.** Güven.
- e.** Hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri.
- f.** Hekimden kaynaklanan durumlar.
- g.** Hastadan kaynaklanan durumlar.
- h.** Hastalıktan kaynaklanan durumlar.
- i.** Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar.
- j.** Bilimsel ve teknik gelişim-Teknoloji.
- k.** Tıp etiği eğitimi.

Beckman ve Trankel (1984), iletişim sürecini şu şekilde ifade etmişlerdir; Hastalar, hekimler ve hemşireler tarafından kullanılan kelimelerin manasını çoğu zaman bilmediklerini, bu yüzden söylenenleri anlayamadıklarını ama isteseler de daha fazla bilgi almak istemediklerini ifade etmektedir.

Hastalıklarının öyküsünü anlatmaya veya sorular sormaya başlar başlamaz ortalama 18 saniye içinde hastaların sözlerinin kesildiği görülmüştür. Gordon ve Edwards (2014).

Hekimlerin, klinik iletişim becerileri görev yaptıkları geniş bir alanda kullanılmaktadır. Bunların çoğu ise medikal görüşmelere ve temel düzeyde sorularına bağlı olup (Brown, 2008), yapılanları şu şekilde ifade etmiştir;

- a. Hasta geçmişi kayda alma.
- b. Açıklama (prosedür, testler, riskler veya bilgi verme vb.).
- c. Keşfetme.
- d. Hastanın aydınlatılmış rızası ve seçeneklerinin tartışılması.
- e. Ara bilgiler.
- f. Müzakere etme (pazarlık, bir yönetim veya tedavi müzakere planı).
- g. Yapılan çalışma hakkında doğru bilgilerle bilgilendirme (yazılı veya sözlü).
- h. Çalışma ile ilgili bir örnek sunma.

Gordon ve Edwards (2014), hekim-hasta iletişimde olması gerekenlerle ilgili şu önerilerde bulunmuşlardır;

- a. Problem odaklı olmak yerine insan odaklı olmak.
- b. Hastalara bağlanmak, onların sorumluluğunu almak.
- c. Teknolojinin neferi olmak yerine insancıl sağaltımcılar olmak.
- d. Hasta yatağının yanında durur gibi davranmak.
- e. Eski aile hekimleri gibi davranmak.
- f. Hekim merkezli olmak yerine hasta merkezli olmak.
- g. Hastalara daha çok ilgi göstermek.
- h. İyileştirmek kadar şefkat göstermeye önem vermek.
- ı. Hastalarla daha çok empati kurmak.
- i. Hastalara saygılı davranmak.
- j. Hastalarla ilgilenmeyi teşvik etmek.
- k. Hastalara şefkat göstermek.
- l. Hastalarla bir bağ kurmak.
- m. Hastalara hiçbir koşul gözetmeden ve olumlu bir gözle bakmak.
- n. Hastaları birer insan olarak görmek.
- o. Hastaların söylediklerini daha çok dinlemek.
- p. Hastalar için bir öğretici olmak.

Hekim ile hasta arasındaki iletişim süreci oldukça önemlidir. Bu durum, kolaylıkla hekim ve hasta arasındaki görüşme tekniklerini de yansıtabilmektedir (Okay, 2012).

**Çizelge 3.1:** Hekim ve Hasta Merkezli Görüşme Teknikleri (Schweickhardt, 2006).

Hasta Merkezli Görüşme Süreci	Hekim Merkezli Görüşme Süreci
Hastanın sözünün bitmesi beklenir.	Görüşme için ayrılan süre belirtilir.
Açık sorular sorulur.	Hekim kendi konularını ortaya koyar.
Beklemeler yapılır, molalar verilir.	Görüşmede farklı konulara geçilir.
Hasta konuşması için teşvik edilir.	Hastanın sık sık sözü kesilir.
Hastanın söyledikleri detaylandırılır.	Hastaya kapalı uçlu sorular sorulur.
Hastanın söyledikleri özetlenir.	Anlaşma söz konusudur.
Hasta duygu ve düşüncelerini yansıtır.	Görüşmenin bittiği ifade edilir.

Hekim ve hasta arasındaki başarılı bir görüşme için Geisler (2002), dokuz adımı şöyle ortaya koymaktadır.

**a. Kendini eleştirme yeteneği:** Hekim, hasta ile yapmış olduğu görüşmenin yararlı olup olmadığını, kendisini tatmin edip etmediği ile ilgili bir içsel değerlendirme yapar.

**b. Kendini dinlemek:** Hekim birey içi iletişime geçer. Görüşmede sorduğu soruların yerinde olup olmadığı ile ilgili kendisini sorgular.

**c. Görüşme çerçevesini en uygun hale getirme:** Hasta ile görüşmenin yapıldığı yerin oturma düzeni vb. ile ilgili düzenlemeleri yapar. Görüşme esnasında telefon ile görüşmeyi kabul etmez.

**d. Aktif olarak dinlemek ve bunu yansıtmak:** Hekim, hastanın sözünü kesmeden onu dinler ve hastasına dinlediğini hissettirir. Bu hasta açısından oldukça önemli bir davranıştır.

**e. Tüm iletileri tanımak:** Hekim, hasta tarafından gönderilen tüm iletileri almalıdır ve açık olmalıdır. Bunu yaparken de iletilerin hangi anlamlara geldiğini sorgulamalıdır.

**f. Empati<sup>27</sup> yeteneği:** Hekim, hastasını daha iyi anlamak için kendisini hastasının yerine koyarken bu davranışı hangi ölçüde doğru yapıp yapmadığı ile ilgili kendisini sorgular.

**g. Doğru soru sormak:** Hekim, soru tekniğini gözden geçirir ve doğru sorular sorup sormadığı ile ilgili kendisini sorgular.

**h. Kapalı bir bütün olarak görüşmelerin sürdürülmesi:** Kapalı bir bütün adımı (açılış, adaptasyon, konumlandırma ve bitiş) görüşmenin devam edip etmediği sorgulanır. Hekim, dinleme ve soru sorma kombinasyonunun uygun olup olmadığını sorgulayarak, sözlü ve sözsüz iletileri hastaya verip vermediği ile ilgili olarak kendisini sorgular.

**ı. Ortak gerçekliği bulmak:** Bu süreç oldukça önemlidir. Sonucun alınması gereken en önemli adımdır. Hekim hastasını anlamalıdır. Hasta ise hastalığı ile ilgili gerekli bilgiye sahip olmalıdır. Hekim ile hasta bir ortak gerçekte mutlaka buluşmalıdır. Bu gerçekleşmediği takdirde hekim ile hasta arasında iletişim bağı olmayacaktır. Bu durum da hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili olumsuz sonuçlara neden olacaktır.

### 3.2.2.1 Hekim-hasta iletişim modelleri

Hekim-hasta iletişime yönelik geliştirilen modeller aşağıdaki temel anlayış ve düşüncelere göre oluşturulmuştur (Klemperer, 2003).

- a. Hekim-hasta etkileşiminin hedefi.
- b. Hekimin sorumlulukları.
- c. Hastanın değerlerinin anlamı.
- d. Hasta bağımsızlığının anlayışı.

Hekim-hasta arasında uygulanan iletişim modelleriyle ilgili geniş bir sınıflandırma, E. J. Emanuel ve H. Emanuel tarafından yapılmıştır. Hasta-hekim iletişim modelleri dörde ayrılmıştır. Bunlar; **a. paternalistik (babacıl)**, **b. bilgilendirici (informative)**, **c. açıklayıcı, (explicative)**, **d. görüşmeci (deliberative)** modellerdir. Emanuel ve Emanuel (1992).

---

<sup>27</sup> **Empatik Yaklaşım:** Bir bireyin, başka bir bireyin ifadelerini, davranış tarzlarını, veya duygularını tanımaya, anlamaya, benimsemeye çalıştığı ve bunu da bu kişinin, perspektifinden veya varsayımlarından yaptığı ruhsal bir süreçtir (Sachse, 2005).

### **Paternalistik/ataerkil karar alma modeli**

Bu modele göre, aşağıda ifade edilen unsurlar hastanın rolünü en iyi şekilde ifade etmektedir (Okay, 2012).

- a.** Hasta, normal rol sorumluluklarından kurtulmaktadır.
- b.** Hasta, hastalığından dolayı sorumlu tutulmamaktadır.
- c.** Hasta, sağlığının yerine getirilmesi için çabalamak konusunda sorumluluk taşımaktadır.
- d.** Hasta, konusunda uzman bireylerden yardım almalı ve hekimlerle iş birliği içerisinde olmalıdır.

Bu modele göre hekim, sahip olduğu bilgi ve tecrübeye dayanarak, hasta için neyin iyi, neyin kötü olduğunu bilen birisidir. Dolayısıyla hasta sadece söylenenleri yapmakla sorumludur. Hekim, tanı ve tedavi aşamasında daha aktif, hasta ise daha pasif pozisyonundadır. Bu model ile bio-paradigma anlayışının örtüştüğünü söylemek mümkündür. Yani, hekim hastası ile etkili bir iletişim ve etkileşime geçmek yerine, sadece hastalığın tanısını koymak ve bunu hastaya iletmekle yükümlüdür. Hekim, tüm kararlarını hasta adına vermektedir.

### **Bilgilendirici model**

Hastanın, doğru karar verebilmesi için, yeterince bilgilendirilmesi gereklidir. Hekim, hasta yerine geçip, onun adına karar vermesi ve hastaya inisiyatif tanınması kabul edilemez. Hastalar yeterince bilgilendirildiklerinde, kendileri için en doğru kararı verecektir. Kaldı ki, yanlış olsa bile hastanın kararına saygı duyulması gerekir (Özlü, 2005). Gordon ve Edwards (2014)'ün danışman model olarak adlandırdıkları bu modelde, tıbbi uygulama kolaylaştırıcıdır ve hasta ve hekim farklı bilgilere sahiptirler. Yani başka bir ifade ile hasta hastalığının denetiminde tüm haklara sahiptir. Şayet, hekim, hasta ile iletişiminde etkin dinleme yöntemini kullanarak, hastasını dikkatlice dinleyebilir ve onu anlayabilirse, danışman olarak kullanılma olasılığı büyük oranda artacaktır.

Ancak bu modelin şu olumsuzlukları da olabilir. Örneğin sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkelerde, hasta yeterince eğitim almamış olabilir. Yani hekimin, söylediklerini anlamlandırmada sorunlar yaşayabilir. Bu durumda, hastalık ile ilgili önemli ve kritik kararların bu düzeydeki hastalara bırakılması, telafisi zor sonuçlar verebilir. Bu durumda göz ardı edilmemesi gerekir.

Cockerham (2004), bu modelin kullanılmasının nedenini şu şekilde açıklamaktadır;

- a. Hükümet düzenlemelerinden kaynaklanan sorunlar vardır.
- b. Sağlık hizmeti yönetiminde hekimin otoritesi günden güne azalmaya başlamaktadır.
- c. İşletmeler sağlık sektöründeki yatırımlarını artırmaktadırlar.
- d. Hekimler ticari kazanç için birer iş gören olarak görülmektedir.

### **Açıklayıcı model**

Bilgilendirici modelden farklı olarak, bu modelde hekim yine hastaya hastalığı ve tedavi yöntemleri ile ilgili tüm bilgileri sunar, ancak karar verirken hasta tek başına kalmaz. Hekim, mesleki bilgilerinin desteği ile hastanın karar verme aşamasına yorumları ile katkıda bulunur (Yılmaz, 2011). Bu modeldeki hekim-hasta etkileşiminin hedefi, hastanın düşünce ve değerlerini öğrenmek ve hastaya, kendisine uygun olan yöntemi seçmek konusunda yardımcı olmaktır (Okay, 2012). Ancak burada hastanın yalnız bırakılmaması gerekir. Hekim, tüm yöntemler ve müdahaleler konusunda mutlaka hastayı bilgilendirmelidir. Zaten, son kararı verecek olan hasta olacaktır. Sonuç olarak hekim, hastasının amaçlarını, kararlarını yeniden inşa etmek için hastayla birlikte çalışmaktadır.

### **Görüşmeye dayalı model**

Özlu (2005)'e göre, bu modelde "katılımcılık" düşüncesi ön plana çıkmaktadır. Hekim ve hastanın birlikte sorunu çözmeye çalıştığını fakat kararları hastanın verdiğini belirtir. Ancak, burada hekim sadece danışmanlık yapmakla kalmaz, rehberlik yapar, yol gösterir. Sadece bilgi aktarmaz, aynı zamanda önerilerde bulunur, cesaret verir, motive eder. Yine bu model "ortaklık yaklaşımı" olarak da ele alınmaktadır. Burada ilişkinin gücü dengelenmiştir, gündem amacı ve karar vericilik, katılımcılar arasındaki müzakerenin sonucu ortaya çıkar. Bu süreç boyunca hekim, danışman ve öğüt veren konumdadır (Uludağ, 2011).

Hekim, tıbbi durum ışığında ve hastanın içinde bulunduğu koşulları araştırarak, hasta için en uygun çözüm üzerinde çalışır ve bunu hastaya açıklar.

Bunu yaparken hastayı, çözümü konusunda ikna etmeye çalışır, ancak hastayı bu tedavi yöntemini kabul etmesi konusunda zorlamaz (Okay, 2012).

### 3.2.3 Sağlık iletişimi kampanyaları süreci

Sağlık iletişimi kampanyalarının<sup>28</sup> ilk ortaya çıkışı 1700'lü yılların başlangıcında, ABD'de olmuştur. Bu kampanyalar kişileri çiçek aşısı olmak konusunda ikna etmek veya alkol tüketimini durdurmaya, kontrol altına almaya yönelik kampanyalardır. Bilinen en yaygın sağlığı desteklemeye yönelik kampanya ABD'de alkol tüketimine karşı yürütülen kampanya olmuştur (Okay, 2012). Sağlık iletişimi kampanyaları bir toplumu AIDS konusunda bilgilendirmekten, belli bir yaş grubundaki çocukları aşlatmak için yapılan kampanyalara kadar geniş bir yelpaze içerisinde yer alabilmektedirler. Özellikle, kitle iletişim araçlarının çeşitlenmesi sayesinde, bu tür kampanyalarla hemen hemen her ortamda karşılaşılmaktadır.

Etkili sağlık iletişimi kampanyaları oluşturulmaya çalışılırken yapılması veya dikkat edilmesi gereken birtakım noktalar söz konusudur (National Cancer Institute, 2008). Bu önemli noktalar şunlardır;

**a. İletişim kampanyasının hedefinin etkili bir biçimde tanımlanması:** Geniş anlamda bir hedefin belirlenmesi, bu geniş hedefin hangi kısmına bir iletişim kampanyası ile gidileceğinin belirlenmesi, kampanyanın spesifik amaçlarının tarif edilmesi ve bunların bir kampanya planına dahil edilmesi.

**b. Ulaşılması amaçlanan hedef kitlenin etkili bir biçimde tanımlanması:** İletinin gönderilmesi, amaçlandığı grubun tanımlanması, iletinin uygun hale getirilebileceği alt grupların dikkate alınması, hedeflenen kitle hakkında mümkün olduğunca bilgi sahibi olunması, kitlenin inançları, mevcut eylemleri, sosyal ve fiziksel çevreleri hakkında bilgilerin demografik bilgilere dahil edilmesi ve onlarla kaynaştırılması.

**c. İletinin etkili bir biçimde oluşturulması:** İletişim kampanyası ve hedef kitleye uygun olabilecek ileteler için beyin fırtınası yapılması, hedef kitle üzerinde etkili olabilecek ve güvenilirlik bakımından dikkate alınabilecek kanal ve kanalların belirlenmesi, hedef kitleye ulaşabilmek için en iyi zamanların dikkate alınması ve iletelerin buna uygun bir biçimde hazırlanması, önceden test edilmesi için birkaç iletinin seçilmesi ve bunların test edilmesi.

---

<sup>28</sup> 1900'lü yılların başında ABD'de halkı verem konusunda bilinçlendirmek için iki önemli etkinlik gerçekleştirilmiştir. Bunlardan biri "anti tükürme kampanyası" diğeri de "modern haçlı seferi"dir. 1904 yılında kurulan Amerikan Ulusal Verem Araştırma Önleme Derneği (NASPT: National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis)'nin bu kampanyalarında hen görsel malzemeler kullanılmış, hem de çocuklar gönüllü olarak kullanılarak, daha küçük yaştan itibaren kişilerin alışkanlıkları değiştirilmeye çalışılmıştır.



**d. İletilerin ve materyalin etkili bir biçimde önceden test ve revize edilmesi:**

Kampanyanın bütçesi ve zamanlamasına uygun olabilecek yöntemlerin ön test için seçilmesi, hedef kitlenin tutumlarını paylaşan bireylerle iletilerin ve materyalin önceden test edilmesi, bu testlerin neticelerine göre iletilerin ve malzemelerin gözden geçirilmesi için belli bir süre ayrılması.

**e. Kampanyanın etkili bir biçimde uygulanması:**

Kampanyanın başında geliştirilen planın takip edilmesi, kampanyanın rahatça işleyeceğinden emin olmak için ortaklar ve medya ile gerekli olduğunda iletişime geçilmesi, kampanya tamamlanır tamamlanmaz, kampanyanın plan ve süreçlerinin değerlendirilmeye başlanması.

**3.2.3.1 Sağlık iletişimi kampanyaları sürecinde kullanılan modeller**

Sağlık iletişimi ve bununla ilgili kampanyalar iki türlü düşünce tarzının neticesindeki uygulamalar olarak düşünülebilir. Bunlar; (Okay, 2012).

**a.** Devletin veya sivil toplum örgütlerinin gördükleri ihtiyaçlar neticesinde gerçekleştirdikleri iletişim kampanyaları.

**b.** Özel örgütlerin (ilaç firmaları, hastaneler vb.) gerçekleştirdikleri iletişim kampanyalar.

Sağlık iletişim kampanyalarının gerçekleştirilmesinden önce bir planlamaya ihtiyaç vardır. Bu planlamanın sağlıklı oluşturulması için bazı modeller geliştirilmiştir. Sağlık iletişim kampanyaları bu modellerden faydalanarak uygulama sürecine girer. Sağlık iletişim kampanyaları bu planlama modelleri ile şekillenir ve gerçekleşir.

**Stratejik planlama süreci**

Executive Excellence’de editör olarak yazı yazar Özen Ocakoğlu’nun "strateji" kavramı ile ilgili şu sözleri oldukça önemlidir. "Son yıllarda dilimize yaşamın her alanında kullanılagelen bir kelime girdi; *Strateji*. Oysaki biz onu askeri bir terim sanır ve kullanmazdık. Stratejik davranmak, düşünmek ve uygulamak bir işin olmazsa olmazları arasında. Planlamadan farklı olarak bir aksiyondan söz ediyor. Öznenin ne, nerede, ne zaman sorularına yanıt veren planlamanın adeta bir devamı gibi. Strateji öznenin nasıl sorusunu yanıtlıyor. Pek çok askeri dehanın yanı sıra iş dünyasının liderinin de stratejiyi doğru kurgulayarak başarıya ulaştığını görüyorum" (Özen Ocakoğlu, 2007).

**Stratejik Planlama** ise, bir örgütün kısa ve uzun projeksiyondaki ekonomik, sosyal ve iktisadi yönden hedeflerine ulaşabilmesi için ortaya koyduğu adımlardır. Bu adımları şöyle sıralamak mümkündür;

- a. Stratejik bir planlama sürecine girileceği konusunda görüş birliğine varılır.
- b. Örgütsel yetkiler tanımlanır.
- c. İş bölümü yapılır.
- d. Örgütün, misyonu ve vizyonu ortaya konulur.
- e. Örgütün, iç ve dış hedef kitleleri belirlenir.
- f. Örgütün, güçlü ve zayıf yönleri ortaya konulur.
- g. Örgüte yönelik olası tehditler ortaya konulur.
- h. Örgütün elindeki imkân ve fırsatlar ortaya konulur.
- i. Örgütün karşılaşılabileceği stratejik sorunlar tartışılır. Bu sorunları yönetmek için stratejiler geliştirilir.
- j. Stratejik planlamalar gözden geçirilir ve uygulanmak üzere harekete geçilir.

1995 yılında Bryson tarafından geliştirilen bu model, özellikle kamu sektöründeki planlamaya odaklanmıştır. Bryson'un çalışması misyona yönelik ifadelerin geliştirilmesinde özellikle yararlıdır. Bryson, ayrıca kamu sektörleri programlarında hedefler ile amaçlar ve nüfusta gözlenen sonuçlar arasında bir boşluk olduğu konusunu vurgulamaktadır (Okay, 2012). Bu model başka alanlarda da kullanılmakla beraber sağlık iletişim kampanyalarında oldukça sık kullanılan bir modeldir.

### **PRECEDE-PROCEED İlerleme modeli**

Model iki bölümden oluşur. Bunlar;

**a. PRECEDE Modeli** (Predisposing, Reinforcing and Enabling Construct in Educational/ Enviromental Diagnosis and Evolution-Eğitimsel/Çevresel Teşhis ve Gelişmede Hazırlayıcı, Güçlendirici ve İmkan Yaraticı Yapılar): Eğitsel tanı kapsamında ele alınmaktadır.

**b. PROCED Modeli** (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Enviromental Developement-Eğitimsel ve Çevresel Gelişmede Politik, Düzenleyici ve Örgütleyici Yapılar): Çevresel tanı kapsamında ele alınmaktadır.

1970'li yıllarda altı basamak olan tasarlanan model, 1991'de üç basamak daha eklenerek dokuz basamakta ele alınarak çevresel faktörlerin, sağlık üzerindeki

etkileri genişletilmiştir. Model, davranış değişikliklerine katkıda bulunan unsurları üç temel faktörle açıklamıştır (Sezgin, 2010). Bunlar;

**a. Predisosan faktörler:** Bireyin önceden sahip olduğu ve onun değişime duyduğu arzuyu etkileyebilecek bilgiler, tutumlar, inançlar ve bilgilerdir.

**b. Olanak veren faktörler:** Bireyin çevresinde mevcut bulunan ve onun değişimini kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörlerdir.

**c. Pekiştiren faktörler:** Bireyin değiştirdiği davranışta tutarlı olarak devam etmesini etkileyen davranış değişikliği ile ilgili olumlu ve olumsuz faktörlerdir.

Bu modele göre uzun projeksiyonda değişimin sağlanabilmesinde gönüllülük esastır. Schiavo (2007)'da, bireylerin yaşam kalitelerini değiştirmek için istekli ve arzulu olmaları, toplum ve sosyal yapı ile iletişime ve dolayısıyla etkileşime geçerek ondan etkilenmeleri gerektiğini ifade eder.

Sağlık iletişimi kampanyalarında profesyonel anlamda kullanılmaya başlanan *PRECEDE-PROCEED İlerleme Modeli*, gibi bir planlama sisteminin kullanılması, bireyleri ve çevresini birden değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu ve buna benzer sistemlerin kullanılması, programın başarısını, sağlık ve davranışı pek çok seviyede incelemesi nedeniyle, artırmaktadır (Thomas, 2006).

*PRECEDE-PROCEED İlerleme Modeli*'nin dokuz basamağı vardır. İlk beş basamağı teşhis amaçlıdır (Okay, 2012). Bunlar;

- a. Sosyal çevrenin ne şekilde olduğu şekilde olduğu,
- b. Salgın hastalık durumu söz konusuysa, değerlendirilmesi
- c. Davranışsal ve çevresel değerlendirme,
- d. Eğitim ve ekolojik değerlendirme,
- e. Yönetim ile politikaların değerlendirmesi,
- f. Precede-Proceed ilerleme modelinin uygulanması,
- g. Zemin hazırlayan, takviye eden ve kolaylaştıran faktörlerin bireyi ve çevresini etkilemesi,
- h. Bu faktörlerin dolayısıyla bireyin sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkilemesi.
- i. Sürecin devamının sağlanması.

Bu model çerçevesi, davranış değişikliğine katkısı olan faktörleri araştıran, bir planlama yaklaşımını içermektedir. Yukarıda bahsedilene yedinci adımda ortaya çıkan faktörler şunlardır; (Thomas, 2006).

**Zemini hazırlayıcı faktörler:** Değişiklik isteğini etkileyecek müdahaleden önceki, bireysel bilgi, tutum, davranış, inançlar ve değerler.

**Kolaylaştırıcı faktörler:** Çevrede veya toplumda bir birey üzerinde ki değişikliği kolaylaştıracak veya engel olacak faktörler.

**Takviye edici faktörler:** Davranışın sürekliliğini etkileyecek olan davranışın kabul edilmesi üzerine olumlu veya olumsuz etkiler.

### **İhtiyaçlar/etki temelli planlama modeli**

Sağlık iletişim kampanyalarında üçüncü model olarak "ihtiyaçlar/etki temelli planlama modeli"dir. Bu model, sağlığı geliştirmeye yönelik planlama için sistematik bir kavramdır. Bu model tanımlanmış ihtiyaçlara dayanarak öncelikleri belirler bu ihtiyaçlara ulaşmak için stratejiler ortaya koyar ve potansiyel stratejilerin uygulanabilirliğini belirlemeye çalışır (The Health Communication Unit: 2001).

Bu modelde planlama şu basamaklarla yapılır; (Okay, 2012).

**a. İhtiyaçların Belirlenmesi:** Tanımlanmış sağlık konumu skorlarını kullanarak, sağlık üzerinde en fazla etkisi olan konuların belirlenmesi.

**b. Potansiyel ve Mevcut Stratejiler:** Potansiyel olası müdahalelerin belirlenmesi, tanımlanmış konular üzerine etkilerin tahmin edilmesi.

**c. Stratejilerin Değerlendirilmesi:** Stratejilerin yararının, etkinliğinin verimliliğinin, kullanılabilirliğinin ve uygunluğunun belirlenmesi.

**d. Önceliklerin Belirlenmesi:** Değerlendirme temeline dayanarak, tanımlanmış sağlık sorunlarının sıralanması, uygulama için hedeflerin konulması, uygulamanın önündeki engellerin tanımlanması.

**e. Eylem ve Savunma:** Uygulama, uygun yerlerde uygulamanın savunulması.

**f. Etkinin Değerlendirilmesi:** Seçilen stratejiler üzerine etkinin değerlendirilmesi.

Bu planlama modelinde nüfusun ihtiyaçları ve öncelikleri ön plandadır. Diğer sağlık iletişim kampanyaları modellerinde de olduğu gibi araştırma, strateji geliştirme ve daha sonra bu stratejileri uygulama oldukça önemlidir. Çünkü, yapılacak sağlık

kampanyaları planlamalarındaki başarılarında bunun katkısı azınsanmayacak kadar önemlidir. Aksi halde, planlamaların başarısızlıkla sonuçlanması muhtemeldir. Sağlık iletişimi kampanyalarının yapılmasındaki asıl amaç, sağlık sorunlarını çözüme kavuşturmak için gerek bireyler, gerek toplumsal ve çevresel olarak bir davranış değişikliği oluşturmaktır. Ancak bunun başarılması başta çevresel olmak üzere sağlık yönetimindeki değişikliklerdir.





## **4 KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: ERZİNCAN İLİ ÖRNEĞİ**

### **4.1 Yöntem**

Araştırma, belirlenen bir sistem ve metod çerçevesinde belirli bir konu hakkında sorular sorarak inceleme yapılmasıdır. Böylelikle var olan bilginin artırılması hedeflenmektedir. Araştırma neticesinde güvenilir çıktılar elde etmek için uygun metodların kullanılması gerekmektedir (Polater, 2015). Araştırma yöntemi ise bilimsel bir çalışmanın nasıl gerçekleştirileceğini belirleyen sistematik bir yoldur. Başka bir deyişle, araştırmacının incelediği bir konuyu tanımlama, açıklama ve tahmin yapmada izlediği prosedürler olarak da tanımlanmaktadır. Rajasekar ve diğ. (2013).

Araştırma, yöntem ve teknikleri ya da bilimsel adı ile "yöntembilim" bilimlerin nasıl araştırılacağını, neye göre araştırılacağını; araştırmalarda kullanılan yöntemlerin, tekniklerin özelliklerini açıklayan bir bilim dalıdır. Daha öz bir deyişle yöntembilim "bilimlerin yöntemi" dir; bilimsel çalışmaların nasıl yapıldığı ya da yapılacağı ile uğraşır (Aziz, 2010).

Bu araştırmada betimsel tarama modeli ve karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Betimsel tarama modelleri, geçmişte veya şu an var olan belirli bir olguyu tanımlamayı ifade etmektedir (Karasar, 2005). Bu araştırma, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında, yaşanmakta olan, var olan bir sorunu betimleye çalıştığı için bu yöntem tercih edilmiştir. Ayrıca, araştırma hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarının karşılaştırılmasını amaç edindiğinden elde edilen verilerin karşılaştırılması için, karşılaştırma yönteminden yararlanılmıştır.

Bu bölümde, araştırma problemi, araştırmanın amacı ve önemi, kapsamı ve sınırları, araştırmanın deseni, araştırmaya katılan denekler; araştırma hipotezleri, kullanılan ölçme araçları, yapılan ölçek uygulamaları ve verilerin analizinde kullanılan yöntemlerden söz edilmektedir.

### 4.1.1 Problem

Anayasal bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak için bu hizmetin vatandaşlara verildiği kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında örgütsel iletişim ve sağlık iletişim kavramları günden güne önem kazanmaktadır. Ancak örgüt çalışanları (Hekim, hemşire, yönetici vb.) açısından örgütsel iletişim, sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık iletişim kavramları yeterince bilinmemekte ve benimsenmemektedir. Sağlık sektöründe yapılmış birçok yapısal reformlara rağmen, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında, çalışanlar ile hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan örgütsel ve sağlık iletişim problemleri yaşanmaktadır. Bu problem, sağlık hizmeti kalitesini doğrudan olumsuz etkilemektedir.

Bu bağlam da genel olarak araştırma sorusunu şu şekilde sorabiliriz;

- a. Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında çalışanlar açısından örgütsel iletişim puanlarının oluşmasında demografik (cinsiyet, medeni durum, yaş, ünvan, çalışma süreleri) özelliklerin etkisi hangi oranlardadır?
- b. Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarından hizmet almakta olan hasta ve hasta yakınları açısından, sağlık iletişimi puanlarının oluşmasında demografik (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, özel sağlık sigortası, hizmet alınan poliklinik) özelliklerin etkisi hangi oranlardadır?

#### 4.1.1.1 Alt problemler

##### Örgütsel iletişim ile ilgili alt problemler

- a. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- b. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- c. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- d. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki çalışanların örgütsel iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?



- e. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında ünvanlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- f. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- g. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında sağlık sektöründeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?

#### **Sağlık iletişimi ile ilgili alt problemler**

- a. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- b. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- c. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında özel sigortalı olup olmama durumuna göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- d. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında hasta veya hasta yakını olma durumuna göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- e. Özel Neon hastanesi ile Mengücek Gazi hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- f. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- g. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?
- h. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılaşma var mıdır?

1. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında mesleklerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?

i. Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi puanları arasında tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma var mıdır?

#### **4.1.2 Araştırmanın amacı**

Bireylerin yaşamlarında oldukça önemli olan sağlık hizmetlerinin verildiği kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında, çalışanlar açısından örgütsel iletişim, sağlık hizmeti alıcısı hasta ve hasta yakınları açısından, sağlık iletişimi problemlerinin oluşumunda demografik özelliklerin hangi oranlarda etkili olduğunu elde edilen bilimsel verilerle ortaya koymak ve çözüm önerilerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları açısından örgütsel ve sağlık iletişimi kavramlarındaki algı sorunlarını gidermek önemli amaçlardan biridir.

#### **4.1.3 Araştırmanın önemi**

Araştırma<sup>29</sup>, cumhuriyet döneminden itibaren yapılan sayısızca sağlık reformlarında ifade edildiği üzere, özellikle sağlık hizmetlerindeki kalitenin artırılmasında örgütsel ve sağlık iletişiminin öneminin vurgulanması noktasında, halen günümüzde önemli bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin verildiği kamu ve özel sağlık kuruluşlarında, oldukça önemli bir problem olarak devam etmekte olan örgütsel ve sağlık iletişimi algısının, hastane çalışanları ile hasta ve hasta yakınları açısından ele alınıp, bilimsel verilerle irdelenmesi, sağlık yönetimi ve sağlık politikalarının bir kez daha gözden geçirilmesi, yaşanmakta olan problemler ile demografik yapı arasındaki korelasyon ilişkisinin ortaya konulması sonucunda çözüm önerilerinin sunulması, bu konuda akademik çalışma yapacak araştırmacılar ile kamu ve özel sektör yöneticilerine ve temsilcilerine, bilimsel katkı yapması yönüyle önemlidir.

#### **4.1.4 Sayıtlar**

a. Araştırma sorularına, katılımcıların samimi ve doğru cevapladıkları varsayılmaktadır.

---

<sup>29</sup> Araştırmanın konusu ve önemi konusunda detaylı bilgi 1.bölümde verilmiştir (Bkz. Bölüm 1; Çalışma Konusu)

b. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları (örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi ölçekleri) geçerli ve güvenilir olup araştırma amacına uygundur ve hipotezleri ölçme gücüne sahiptir.

c. Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının, "örgütsel iletişim" kavramı ve sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının "sağlık iletişimi" kavramından haberdar oldukları ancak yeterli bilgiye sahip olmadıkları varsayılmaktadır.

#### 4.1.5 Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, Erzincan il merkezinde kamusal sağlık hizmeti vermekte olan Mengücek Gazi Hastanesi (kamu sektörü) ve Özel Neon Hastanesi (özel sektör) ile sınırlıdır. Araştırma, 300 kamu ve 300 özel hastane olmak üzere toplam 600<sup>30</sup> katılımcı ile sınırlandırılmıştır. Katılımcılar arasında yer alan hastane çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında herhangi bir sınırlamaya (ünvan, meslek, yaş, cinsiyet vb.) gidilmemiştir.

#### 4.1.6 Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın istenen amaca ulaşabilmesi ve başarılı bir şekilde yürütülmesi için örnek kütlenin seçimi önemli bir rol oynamaktadır.

Örneklem büyüklüğünü belirlerken değişken sayısı, analiz tekniği ve araştırmaya özel hususlar göz önünde bulundurulmalıdır (Polater, 2015).

Araştırmanın örneklemini, Mengücek Gazi Hastanesi ve Özel Neon Hastanesinde çalışmakta olan 300 örgüt içi çalışanı (hekim, hemşire, hasta bakıcısı, idari ve teknik personel, başhekim, başhekim yardımcısı vb.) ile bu sağlık kuruluşlarından tedavi hizmetleri almakta olan 300 hasta ve hasta yakını oluşturmaktadır.

Faktör analizi yapmanın ön koşullarından biri örneklemin yeterli sayıda olmasıdır. Faktör analizinin uygulanması için örneklem yeterliliğini test etmeyi sağlayan Kaiser–Mayer–Olkin (KMO) testinin 0, 70 ile 0, 80 arasında olması orta düzey, 0, 80 ile 0, 90 arasında olması iyi ve 0, 90'dan büyük olması ise mükemmeldir (Pallant, 2009, Büyüköztürk, 2007). Bu araştırmada veri aracı olarak kullanılan örgütsel iletişim ölçeği için açılımlı faktör analizinde elde edilen bulgu, KMO=. 890

---

<sup>30</sup> **600 katılımcı:** Mengücek Gazi Hastanesi: 300 (150 hastane çalışanı: örgütsel iletişim + 150 hasta ve hasta yakını: sağlık iletişimi) + Özel Neon Hastanesi: 300 (150 hastane çalışanı: örgütsel iletişim + 150 hasta ve hasta yakını: sağlık iletişimi).

(Ertekinb, 2016), sağlık iletişim leği için elde edilen bulgu ise KMO=. 758 dir (Ertekinb, 2016).

#### 4.1.7 Araştırmanın evreni

Araştırma, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan Erzincan il merkezinde faaliyetlerini fiili olarak devam ettirmekte olan Mengücek Gazi Hastanesi ve zel Neon Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastanelerde anket çalışmasının yapılması konusunda gerekli resmi yazışmalar yapılarak resmi izinler (Bkz. Ek D1,Ek D2,Ek D3 ve Ek D4) alınmıştır.

#### 4.1.8 Veri toplama araçları

Araştırmada, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında çalışanların örgütsel iletişim algıları ile sağlık hizmetleri alıcısı hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim algılarını ölçmek amacıyla geliştirilen "rgtsel iletişim leği" ve "sağlık iletişim leği" veri araçları olarak kullanılmıştır. Örgütsel iletişim leği, hastanede görev yapmakta olan personelin bireysel algılamaları doğrultusunda, örgütsel iletişim örüntülerini belirlemeyi amaçlarken, sağlık iletişim leği ise hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim örüntülerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Her iki ölçek, öz bildirimine dayalı beşli likert tipi bir lme aracıdır.

Hastane alışanları için örgütsel iletişim leği toplam 29 soru havuzundan oluşmuş olup, katılımcılar şu cevap seçenekleri ile sorulara cevap vermişlerdir. "*Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum*". Hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim leği toplam 21 soru havuzundan oluşmuş olup, katılımcılar şu cevap seçenekleri ile sorulara cevap vermişlerdir. "*Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum*".

Örgütsel iletişim ölçeğinde hedef kitle olan hastane çalışanlarının demografik yapıları şu unsurlardan oluşmuştur (Ertekinb, 2016b);

- a. Cinsiyet.
- b. Medeni durum.
- c. Yaş.
- d. nvan.
- e. Hastanede toplam çalışma süresi.
- f. Sağlık sektöründe toplam çalışma süresi.

Sağlık iletişim ölçeğinde hedef kitle olan hasta ve hasta yakınlarının demografik yapıları şu unsurlardan oluşmuştur (Ertekinb, 2016c).

- a. Cinsiyet,
- b. Medeni durum,
- c. Yaş,
- d. Eğitim,
- e. Meslek,
- f. Sosyal güvence,
- g. Özel sigorta,
- h. Hasta ve hasta yakını olma durumu,
- i. Hasta ise, tedavi olunan poliklinik adı,
- j. Hasta yakını ise tedavi olunan poliklinik adı.

#### **4.1.9 Veri toplama süreci**

Ampirik çalışmalarda birincil ve ikincil tür veri kaynaklarından yararlanılmaktadır. İki tür kaynaktan birlikte yararlanıldığında birincil veri kaynakları ikincil veri kaynaklarının destekleyicisi olmaktadır. Birincil veri kaynakları, araştırma için en uygun örneklemin seçilmesinde, çalışmanın dizayn edilmesinde ve kullanılacak değişkenlerin belirlenmesinde daha fazla esnekliğe sahip olmaktadır. Bu yöntemle verilerin elde edilmesi daha uzun sürse de araştırmacının katılımcılar ile ilgili kontrol ve bilgi düzeyi artmaktadır. İkincil tür veri kaynaklarını kullanmak, birincil veri kaynaklarına kıyasla daha ucuzdur ve veriye ulaşma hızı daha fazladır. Ancak, farklı amaçlar için toplanmış veriler, araştırmacının ihtiyaçlarını karşılamayabilir (Polater, 2015).

Araştırmada ikincil verilerin yetersiz ve sağlıklı olması nedeniyle birincil veri araçları kullanılmıştır. Araştırma verileri toplam 600 katılımcı ile yüz yüze hastane ortamlarında yaklaşık 6 ay süre içerisinde ancak gerçekleştirilebilmiştir. Bir katılımcının anket sorularını cevaplandırması için ortalama 10 dakika ayrılmıştır. Veri toplama süreci oldukça zor şartlarda gerçekleşmiştir. Çünkü hastane çalışanlarının, hastanelerdeki iş yoğunluğu, hasta ve hasta yakınlarının ise, bulunmuş oldukları stresli ortam nedeniyle, veri toplama sürecine katılımlarının sağlanması onları ancak uzun süre ikna çabaları sonucunda gerçekleşmiştir.

#### 4.1.10 Veri analizi

Anketlerden elde edilen verilerin analizinde SPSS 21.00 ve LISREL 9. 1 paket programları kullanılmıştır. Mengücek Gazi Hastanesi ve Özel Neon Hastanesi için elde edilen veriler karşılaştırma yönteminden yararlanılarak, her iki hastane için tablolar halinde rapor edilmiştir. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim özellikleri ile hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim özelliklerinin, çeşitli demografik özelliklere göre anlamlı farklılaşma gösterip göstermediğini belirlemek için veri analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular alt problemlere göre sırasıyla ifade edilmiştir. Katılımcılara ve hastanelere ait bilgilerin analiz edilmesi için frekans analizi ve katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlardan hareketle soruların *ortalama*, *standart sapma* ve *p* değerleri incelenerek analiz gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bağımsız örneklemler için *t* testi yapılarak veri analizleri yapılmıştır.

#### 4.1.11 Verilerle ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları

Araştırmada elde edilen verilerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmıştır (Ertekinb, 2016; Ertekinc, 2016).

##### 4.1.11.1 Örgütsel iletişim ölçeği

###### Geçerlilik çalışması.

**Açımlayıcı faktör analizi:** Ölçeğin örtük yapısını belirlemek için öncelikle açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinde ilgili veri setinin uygunluğunu belirlemek için Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular, KMO= .890 ve Barlett = 3245,123 olduğunu göstermiştir. Faktör analizinde KMO değerinin .60 ve üzerinde olması Barlett testinin de anlamlı bulunması önerilmektedir (Pallant, 2009, Büyüköztürk, 2007). KMO ve Barlett değerlerinin yeterli olmasından sonra ölçeğin faktör yapısı incelenmiş ve bu bağlamda her bir faktörün öz değerinin en az 1.00 ve açıkladığı varyans değerinin en az %5 olmasına ve toplam açıklanan varyans değerinin ise en az %52 ve üzeri olmasına dikkat edilmiştir. Bu doğrultuda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

**Çizelge 4.1:** Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde	Faktör Yapısı			Madde-Toplam Korelasyonu
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	
1	.57			,580
2	.61			,443
3	.78			,401
6	.45			,458
7	.38			,458
8	.48			,583
9	.47			,512
10	.55			,538
13	.65			,580
14	.63			,443
15	.64			,401
16	.58			,458
17	.65			,458
12		.48		,583
21		.41		,458
22		.54		,583
23		.84		,512
28		.75		,538

**Çizelge 4.1: (devam) Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

29	.44	,580
32	.65	,458
35	.72	,583
36	.39	,443
37	.45	,401
38	.52	,458
39	.61	,458
42	.44	,583
30	.55	,458
31	.57	,583
34	.62	,512

%35,7      %22,5      %8,65

Toplam Varyans: 66,85

Çizelge 4.1 incelendiğinde, hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin faktör yapısının üç alt boyuttan oluştuğu anlaşılmaktadır. Bu boyutlardan birincisi 1,2,3,6,7,8,9,10,13,14,15,16 ve 17. maddelerden oluşan ve toplam varyansın %35,7'sini açıklayan *örgüt içi kamuya yönelik stratejik iletişim süreçleri* alt boyutudur. Ölçekte yer alan ikinci alt boyut 12,21,22,23,28,29,32,35,36,37,38,39 ve 42. maddelerden oluşan ve toplam varyansın %22,5'ini açıklayan *örgüt içi kamuya yönelik genel iletişim süreçleri* alt boyutudur. Ölçekte yer alan üçüncü boyut ise 30, 31 ve 34. maddelerden oluşan ve ölçekteki toplam varyansın %8,65'ini açıklayan *örgüt dışı kamuya yönelik iletişim süreçleri* alt boyutudur.

Faktör yapısına ilişkin olarak elde edilen toplam varyans değeri ise %66,85'dir. Elde edilen bu değer, ölçek geliştirme süreçlerinde öne sürülen değer olan %52 (Henson ve Roberts, 2006, Seçer, 2015) değerinin üzerindedir. Dolayısıyla, hastane çalışanları



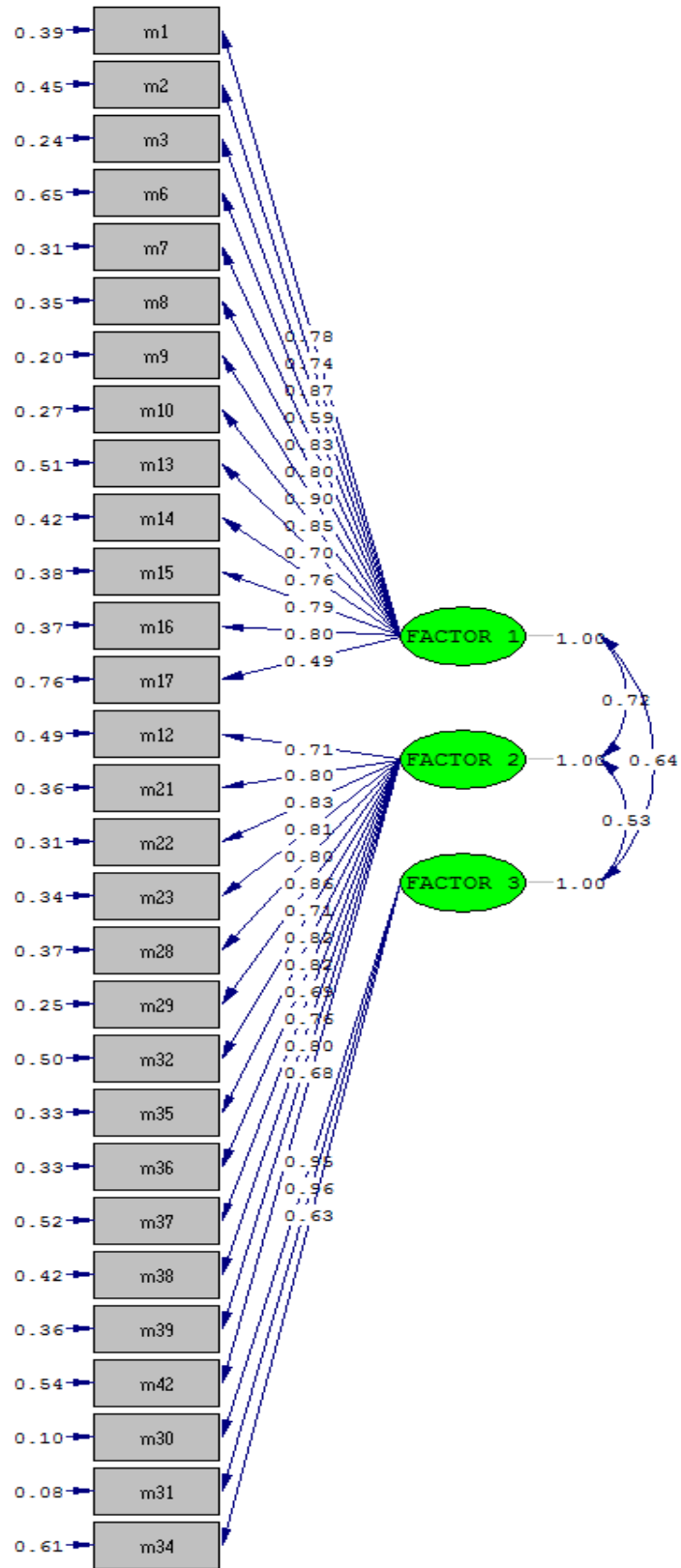
için örgütsel iletişim ölçeğinin faktör yapısını oluşturan üç alt faktör ve 29 maddenin yeterli düzeyde varyans açıklama katsayısına sahip olduğu söylenebilir.

Açımlayıcı faktör analizinde ayrıca her bir maddenin en az. 30 faktör yük değerine sahip olması ve birden fazla faktörde yeterli faktör yük değerine sahip olan maddeler içinde iki faktör arasındaki faktör yük değeri arasında en az. 10 fark olmasına özen gösterilmiştir. Bu bağlamda ölçeğin örtük yapısı belirlenirken 14 maddenin yeterli faktör yük değerine sahip olmaması ve birden fazla faktörde yeterli faktör yüküne sahip olmasından dolayı binişik madde olarak kabul edilmiş ve veri setinden çıkarılmasına karar verilmiştir. Çıkarılan maddelerden sonra ölçekte toplamda 29 madde kalmış ve bu maddeler ile DFA yapılarak ölçeğin model uyumu incelenmiştir. Ölçekten çıkartılan maddeler ise şunlardır: Madde 4,5,11,18,19,20,24,25,26,27, 33,40,41 ve 43'tür.

Ölçeğin örtük yapısının belirlenmesinden sonra ikinci adım olarak üç faktörlü örtük yapının model uyumunun incelenmesidir.

Model uyumu için "Birinci Düzey Doğrulayıcı" faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde sıklıkla kullanılan uyum indeksleri olan  $\chi^2/sd$ , RMR, RMSEA, SRMR ve CFI, NFI, RFI kullanılmıştır.

Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular ve uyum indeks değerleri aşağıda verilmiştir.



Şekil 4.1: Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu

Şekil 4.1 incelendiğinde, hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin üç faktörlü modeline ilişkin birinci düzey path analizi sonucu görülmektedir. Elde edilen bulgulara göz atıldığında ise birinci faktörde madde faktör yük değerlerinin. 49 ile. 90 arasında, ikinci faktörde. 68 ile. 86 arasında, üçüncü faktörde. 63 ile. 96 arasında değiştiği görülmektedir. Maddelere ilişkin faktör yük değerleri ölçeği oluşturan maddelerin her birinin yeterli düzeyde faktör yük değerine sahip olduğunu göstermektedir. Şöyle ki, ölçek geliştirme süreçlerinde madde faktör yük değerlerinin en az. 30 ve üzerinde olması istenmektedir. Elde edilen bulguların tamamında madde faktör yük değerleri. 30 ve üzerindedir.

Hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin birinci düzey DFA analizine ilişkin model uyum indeks değerleri ise Çizege 4.2’de verilmiştir.

**Çizelge 4.2:** Uyum İndeks Değerleri

Model	$\chi^2/sd$	RMSEA	RMR	NFI	NNFI	CFI	IFI	RFI	GFI	SRMR
Model A Dört Faktörlü Yapı	1,36	.040	.030	.99	.99	.99	.99	.99	.96	.030

Birinci düzey DFA analizine ilişkin model uyum indeksleri incelendiğinde model uyumu için gerekli olan değerlerin sağlandığı söylenebilir. Şöyle ki, uyum indeksleri için RMR, SRMR ve RMSEA için indeks değerinin en az. 80 ve aşağısı, diğer uyum indeksleri için ise en az. 90 ve üzerinde bir değer sağlanması gerektiği ileri sürülmektedir (Marcoulides ve Schumacher, 2001; Kline, 2011). Çizege 4.2’de verilen uyum indeks değerleri incelendiğinde bütün uyum indeksleri için söz konusu değerlerin tutturulduğu ve hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin model uyumunun sağlandığı söylenebilir.

**Güvenilirlik çalışması:** Hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin açıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen dört faktörlü yapısının yapı geçerliği sağlandığı için son olarak güvenilirlik analizleri yapılmış ve ölçeğin güvenilirliği incelenmiştir. Bu kapsamda, iç tutarlık analizi ve iki yarı güvenilirlik analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.3’de verilmiştir.

**Çizelge 4.3:** Güvenirlik Analizleri

	İç tutarlık	İki Yarı
Faktör 1	.94	.90
Faktör 2	.93	.89
Faktör 3	.90	.87
Ölçek Toplamı	.91	.90

Çizelge 4.3 incelendiğinde, hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin iç tutarlık değerinin alt boyutlar için sırasıyla. 94,. 93 ve. 90, olduğu ve ölçek toplamı için. 91 olduğu görülmektedir. İki yarı güvenilirlik değerleri ise alt boyutlar için sırasıyla. 90,. 89 ve. 87 olarak ve ölçek toplamı için ise. 87 olarak bulunmuştur.

Nunnally ve Bernstein (1994), ve Fraenkel ve diğ. (2012)'lerinin güvenilirlik analizlerinde kritik değerin. 70 olması gerektiğini ileri sürmektedirler. Bu bağlamda, hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin alt boyutları ve ölçek toplamı için elde edilen iç tutarlık değerlerinin ve iki yarı güvenilirlik değerlerinin, ölçeğin güvenilir olduğunu söylemek için yeterli olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak hastane çalışanları için örgütsel iletişim ölçeğinin madde havuzunun oluşturulması ile başlayan ve pilot uygulamalar, faktör analizleri ve güvenilirlik analizleri ile devam eden sürecin sonucunda hastanelerde görev yapmakta olan bireylerin örgütsel iletişim algılamalarını ölçmek üzere kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

#### **4.1.11.2 Sağlık iletişimi ölçeği**

##### **Geçerlilik çalışması:**

**Açımlayıcı faktör analizi:** Ölçeğin örtük yapısını belirlemek için öncelikle açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinde ilgili veri setinin uygunluğunu belirlemek için Kaiser Mayer Olkin (KMO) ve Barlett testleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular, KMO=. 758 ve Barlett = 1053,702 olduğunu göstermiştir. Faktör analizinde KMO değerinin. 60 ve üzerinde olması Barlett testinin de anlamlı bulunması önerilmektedir (Pallant, 2009; Büyüköztürk, 2007). KMO ve Barlett değerlerinin yeterli olmasından sonra ölçeğin faktör yapısı incelenmiş, bu bağlamda

her bir faktörün öz değerinin en az 1.00 ve açıkladığı varyans değerinin en az %5 olmasına ve toplam açıklanan varyans değerinin ise en az %52 ve üzeri olmasına dikkat edilmiştir. Bu doğrultuda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

**Çizelge 4.4:** Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde	Faktör Yapısı				Madde-Toplam Korelasyonu
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	
Y12	,677				,604
D15	,636				,579
Y9	,636				,441
K13	,632				,333
Y16	,605				,303
K14	,589				,421
Y11	,576				,633
Y10	,512				,538
D25		,929			,580
K26		,879			,443
D24		,809			,401
Y23		,708			,458
H17			,922		,458
K21			,901		,583
H20			,683		,512
D19			,526		,391

#### Çizelge 4.4: (devam) Açımlyıcı Faktör Analizi Sonuçları

<b>K22</b>		,510	,316	
<b>D4</b>		,803	,410	
<b>D5</b>		,712	,305	
<b>D3</b>		,559	,424	
<b>D6</b>		,494	,417	
	%27.84	%11,62	%9,01	%8,12
<b>Toplam Varyans: %56,60</b>				

Çizege 4.4 incelendiğinde, hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin faktör yapısının dört alt boyuttan oluştuğu anlaşılmaktadır. Bu boyutlardan birincisi 9,10,11,12,13,14,15 ve 16. maddelerden oluşan ve toplam varyansın %27.84'ünü açıklayan *hasta, hasta yakını-hastane çalışanları iletişimi* alt boyutudur. Ölçekte yer alan ikinci alt boyut 23,24,25 ve 26. maddelerden oluşan ve toplam varyansın %11.62'sini açıklayan *iş yoğunluğunun iletişime etkisi* alt boyutudur. Ölçekte yer alan üçüncü boyut 17,19,20, 21 ve 22.maddelerden oluşan ve ölçekteki toplam varyansın %9.01'ini açıklayan *iletişimde etik unsurlar* alt boyutudur. Ölçekte yer alan son boyut ise 3,4,5 ve 6. maddelerden oluşan ve toplam varyansın %8,12'sini açıklayan *hasta-hekim iletişiminde açıklık* alt boyutudur.

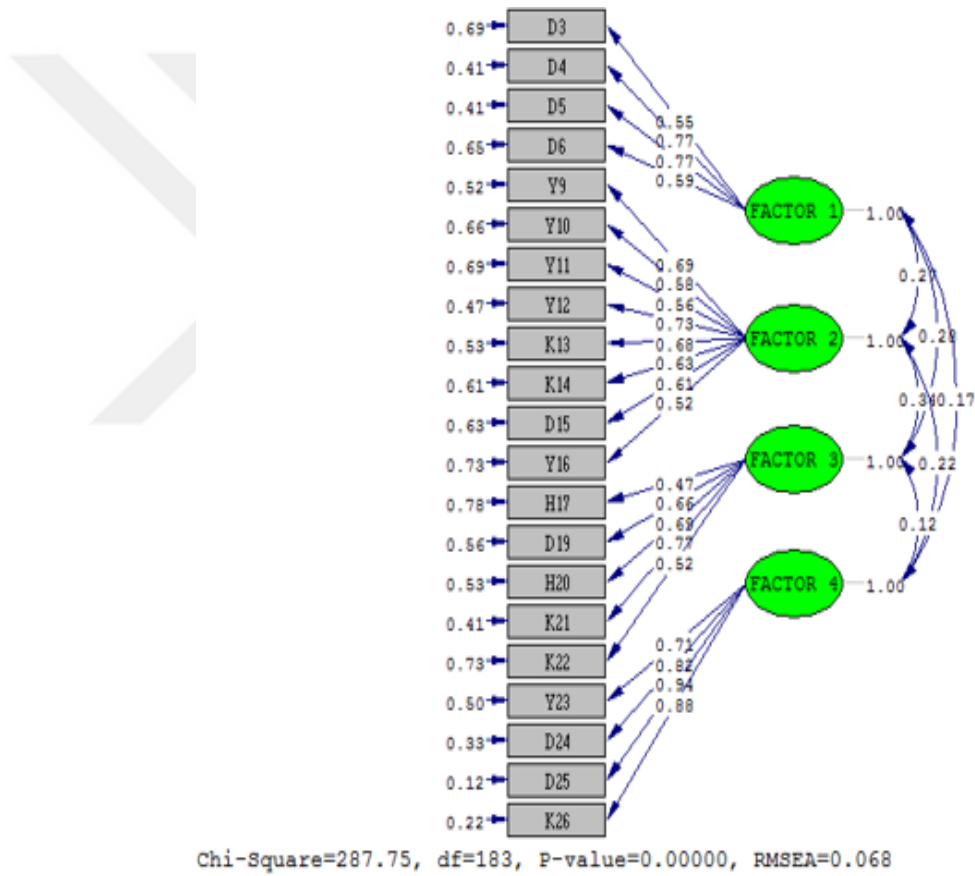
Faktör yapısına ilişkin olarak elde edilen toplam varyans değeri ise %56,60'dır. Elde edilen bu değer, ölçek geliştirme süreçlerinde öne sürülen değer olan %52 (Henson ve Roberts, 2006,Seçer, 2015) değerinin üzerindedir. Dolayısıyla hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin faktör yapısını oluşturan dört alt faktör ve 21 maddenin yeterli düzeyde varyans açıklama katsayısına sahip olduğu söylenebilir.

Açımlyıcı faktör analizinde ayrıca her bir maddenin en az. 30 faktör yük değerine sahip olması ve birden fazla faktörde yeterli faktör yük değerine sahip olan maddeler içinde iki faktör arasındaki faktör yük değeri arasında en az. 10 fark olmasına özen gösterilmiştir. Bu bağlamda ölçeğin örtük yapısı belirlenirken altı maddenin yeterli faktör yük değerine sahip olmaması ve birden fazla faktörde yeterli faktör yüküne sahip olmasından dolayı binişik madde olarak kabul edilmiş ve veri setinden çıkarılmasına karar verilmiştir. Çıkarılan maddelerden sonra ölçekte toplamda 21

madde kalmış ve bu maddeler ile DFA yapılarak ölçeğin model uyumu incelenmiştir. Açımlayıcı faktör analizinde çıkartılan maddeler ise şunlardır: H1,H2,D7,S7,S8 ve D18'dir.

Ölçeğin örtük yapısının belirlenmesinden sonra ikinci adım olarak dört faktörlü örtük yapının model uyumunun incelenmesidir. Model uyumu için "Birinci Düzey Doğrulayıcı" faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde, sıklıkla kullanılan uyum indeksleri olan  $\chi^2/sd$ , RMR, RMSEA, SRMR ve CFI, NFI, RFI kullanılmıştır.

Birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular ve uyum indeks değerleri aşağıda verilmiştir.



**Şekil 4.2:** Birinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu

Şekil 4.2 incelendiğinde, hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin dört faktörlü modeline ilişkin birinci düzey path analizi sonucu görülmektedir. Elde edilen bulgulara göz atıldığında ise birinci faktörde madde faktör yük değerlerinin. 55 ile. 77 arasında, ikinci faktörde. 52 ile. 73 arasında, üçüncü faktörde. 47 ile. 77 arasında ve dördüncü faktörde. 71 ile. 94 arasında değiştiği görülmektedir. Maddelere ilişkin faktör yük değerleri ölçeği oluşturan maddelerin her birinin yeterli

düzeyde faktör yük değerine sahip olduğunu göstermektedir. Şöyle ki, ölçek geliştirme süreçlerinde madde faktör yük değerlerinin en az. 30 ve üzerinde olması istenmektedir.

Hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin birinci düzey DFA analizine ilişkin model uyum indeks değerleri ise Çizelge 4.7’de verilmiştir.

**Çizelge 4.5:** Uyum İndeks Değerleri

Model	$\chi^2/sd$	RMSEA	RMR	NFI	NNFI	CFI	IFI	RFI	GFI	SRMR
Dört Faktörlü Yapı	1,57	.068	.060	.98	.98	.98	.99	.98	.92	.065

Birinci Düzey DFA analizine ilişkin model uyum indeksleri incelendiğinde model uyumu için gerekli olan değerlerin sağlandığı söylenebilir. Şöyle ki, uyum indeksleri için RMR, SRMR ve RMSEA için indeks değerinin en az. 80 ve aşağısı, diğer uyu indeksleri için ise en az. 90 ve üzerinde bir değer sağlanması gerektiği ileri sürülmektedir. Marcoulides ve Schumacher, (2001), Kline, (2011). Çizelge 4.5’de verilen uyum indeks değerleri incelendiğinde bütün uyum indeksleri için söz konusu değerlerin tutturulduğu ve hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin model uyumunun sağlandığı söylenebilir.

**Güvenilirlik Çalışması:** Hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen dört faktörlü yapısının yapı geçerliği sağlandığı için son olarak güvenilirlik analizleri yapılmış ve ölçeğin güvenilirliği incelenmiştir. Bu kapsamda, iç tutarlık analizi ve iki yarı güvenilirlik analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.8’de verilmiştir.

**Çizelge 4.6:** Güvenilirlik Analizleri

	İç tutarlık	İki Yarı
Faktör 1	.91	.88
Faktör 2	.90	.85
Faktör 3	.87	.84
Faktör 4	.89	.86



Çizelge 4.6 incelendiğinde, hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin iç tutarlık değerinin alt boyutlar için sırasıyla. 91,. 90,. 87,ve. 89 olduğu ve ölçek toplamı için. 89 olduğu görülmektedir. İki yarı güvenilirlik değerleri ise alt boyutlar için sırasıyla. 88,. 85,. 84 ve. 86 olarak ve ölçek toplamı için ise. 87 olarak bulunmuştur.

Nunnaly ve Bernstein, (1994) ve Fraenkel ve diğ. (2012) güvenilirlik analizlerinde kritik değer. 70 olması gerektiğini ileri sürmektedirler. Bu bağlamda, hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin alt boyutları ve ölçek toplamı için elde edilen iç tutarlık değerlerinin ve iki yarı güvenilirlik değerlerinin, ölçeğin güvenilir olduğunu söylemek için yeterli olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, hasta ve hasta yakınları için sağlık iletişim ölçeğinin madde havuzunun oluşturulması ile başlayan ve pilot uygulamalar, faktör analizleri ve güvenilirlik analizleri ile devam eden sürecin sonucunda hastanelerde görev yapmakta olan bireylerin sağlık iletişim algılamalarını, örgüt dışı kamu olarak hizmet almakta olan hasta ve hasta yakınları açısından ölçmek üzere kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

#### **4.1.12 Bulgular ve değerlendirilmesi**

##### **4.1.12.1 Örgütsel iletişim ile elde edilen bulgular ve değerlendirilmesi**

Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim özelliklerinin çeşitli demografik özelliklere göre anlamlı farklılaşma gösterip göstermediğini belirlemek için veri analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular, alt problemlere göre sırasıyla aşağıda verilmiştir.

**Alt Problem 1.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular, Çizelge 4.7’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve stratejik iletişim alt boyutu için  $F=. 347, p>.05$ ; genel iletişim alt boyutu için  $F=. 681, p>.05$  ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutu için  $F=. 458, p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.7:** Özel Neon Hastanesi ve Mengücek Gazi Hastanesinin Karşılaştırılması

		N	X	Ss	t	p
<b>Stratejik İletişim</b>	Neon	150	36,1200	12,41233	1.43	.15
	Mengücek	150	34,0133	12,99096		
<b>Genel iletişim</b>	Neon	150	34,8267	12,25388	1.50	.13
	Mengücek	150	32,6400	12,85034		
<b>İletişime yönelik Halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	Neon	150	8,3667	3,00652	<b>2,37</b>	<b>.01</b>
	Mengücek	150	7,5067	3,26204		

Çizelge 4.7 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $t_{298} = 2,37$ ,  $p < .01$ ) hastane türüne göre anlamlı düzeyde farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için ortalamalar incelendiğinde Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının puan ortalamalarının ( $X = 8,36$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindeki puan ortalamalarının ( $X = 7,50$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Buna karşın, stratejik iletişim süreçleri alt boyutunda ( $t_{298} = 1,43$ ,  $p > .01$ ) ve genel iletişim süreçleri alt boyutunda ( $t_{298} = 1,50$ ,  $p > .01$ ) hastane türüne göre anlamlı farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları, **hastane türüne göre** değerlendirildiğinde; **stratejik iletişim** ve **genel iletişim** süreçleri alt boyutunda anlamlı farklılaşma olmadığı ancak **iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda**, Özel Neon Hastanesinde çalışanların puan ortalamalarının, Mengücek Gazi Hastanesindeki çalışanların puan ortalamasından yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

**Alt Problem 2.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.8’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve stratejik iletişim alt boyutu için  $F=.047$ ,  $p>.05$ ; genel iletişim alt boyutu için  $F=.121$ ,  $p>.05$  ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutu için  $F=.238$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.8:** Cinsiyete İlişkin Bulgular

	Alt boyut	Cinsiyet	N	X	Ss	t	p
ÖZEL NEON HASTANESİ	Stratejik İletişim	Kadın	71	35,9296	13,33344	.17	.85
		Erkek	79	36,2911	11,60587		
	Genel iletişim	Kadın	71	35,1690	13,35021	.32	.74
		Erkek	79	34,5190	11,25561		
	İletişime yönelik halka ilişkiler faaliyetleri	Kadın	71	8,4085	3,05931	.16	.87
		Erkek	79	8,3291	2,97736		
MENGÜCEK GAZİ HASTANESİ	Stratejik İletişim	Kadın	72	34,4583	12,31504	.40	.68
		Erkek	78	33,6026	13,65183		
	Genel iletişim	Kadın	72	33,1389	12,28225	.45	.64
		Erkek	78	32,1795	13,41616		
	İletişime yönelik halka ilişkiler faaliyetleri	Kadın	72	7,6944	3,27448	.67	.50
		Erkek	78	7,3333	3,26201		

Çizelge 4.8 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $t_{148}= .17$ ,  $p>.01$ ), genel iletişim alt boyutunda ( $t_{148}= .32$ ,  $p>.01$ ) ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri

alt boyutunda ( $t_{148=}$  16,  $p>.01$ ) cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, cinsiyetin bu alt boyutlar üzerinde Özel Neon Hastanesinde sağlık çalışanlarının örgütsel iletişimini farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Mengücek Gazi Hastanesinde ise sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $t_{148=}$  40,  $p>.01$ ), genel iletişim alt boyutunda ( $t_{148=}$  42,  $p>.01$ ) ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $t_{148=}$  89,  $p>.01$ ) cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, cinsiyetin bu alt boyutlar üzerinde Mengücek Gazi Hastanesinde sağlık çalışanlarının örgütsel iletişimini farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **cinsiyetlerine göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda, genel iletişim alt boyutunda ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Mengücek Gazi Hastanesinde ise sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda, genel iletişim alt boyutunda ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu olmamıştır.

**Alt Problem 3.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesinde ve Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için Özel Neon Hastanesi için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve Mengücek Gazi Hastanesi için bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.9 ve Çizelge 4.10'da sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve stratejik iletişim alt boyutu için  $F=$  217,  $p>.05$ ; genel iletişim alt boyutu için  $F=$  331,  $p>.05$  ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutu için  $F=$  288,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri

setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.9:** Özel Neon Hastanesi Medeni Duruma İlişkin Bulgular

Alt boyut	Özel Sigorta	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik İletişim</b>	Evli	79	36,5696	10,97863	.135	.87
	Bekâr	65	35,7231	14,43791		
	Dul	6	34,5000	5,85662		
<b>Genel iletişim</b>	Evli	79	34,8861	11,40399	.069	.93
	Bekâr	65	34,9231	13,70938		
	Dul	6	33,0000	6,00000		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	Evli	79	8,2658	2,85419	.175	.840
	Bekâr	65	8,5231	3,26012		
	Dul	6	8,0000	2,36643		

Çizelge 4.9 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{148=, 13, p>.01}$ ), genel iletişim alt boyutunda ( $F_{148=, 069, p>.01}$ ) ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{148=, 17, p>.01}$ ) medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, medeni durumun Özel Neon Hastanesi çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarını anlamlı düzeyde farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.10:** Mengücek Gazi Hastanesi Medeni Duruma İlişkin Bulgular

Alt boyut	Medeni durum	N	X	Ss	t	p	
MENGÜCEK GAZİ HASTANESİ	Stratejik İletişim	Evli	94	32,9574	12,32701	1.29	.19
	Genel iletişim	Bekâr	56	35,7857	13,96973		
	İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri	Evli	94	31,7872	12,52256	1.05	.29
		Bekâr	56	34,0714	13,37414		
	Stratejik İletişim	Evli	94	7,2234	3,16620	1.38	.16
		Bekâr	56	7,9821	3,39246		

Çizelge 4.10 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $t_{148} = 1.29$ ,  $p > .01$ ), genel iletişim alt boyutunda ( $t_{148} = 1.053$ ,  $p > .01$ ) ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $t_{148} = 1.38$ ,  $p > .01$ ) medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, medeni durumun, Mengücek Gazi Hastanesi çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarını anlamlı düzeyde farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **medeni durumlarına göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda, genel iletişim alt boyutunda ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda, genel iletişim alt boyutunda ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu olmamıştır.

**Alt Problem 4.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki çalışanların örgütsel iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki çalışanların örgütsel iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.11 ve Çizelge 4.12’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve stratejik iletişim alt boyutu için  $F= .172$ ,  $p>.05$ ; genel iletişim alt boyutu için  $F= .254$ ,  $p>.05$  ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutu için  $F=.035$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.11:** Özel Neon Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular

Alt boyut	Yaş	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik İletişim</b>	18-25	42	36,8095	12,56250	.419	.83
	26-33	58	34,3621	13,69428		
	34-41	26	37,4231	9,65473		
	42-49	19	37,2632	12,79254		
	50-57	3	39,3333	9,29157		
	58-65	2	40,0000	4,24264		
<b>Genel iletişim</b>	18-25	42	35,7381	13,20211	.399	,84
	26-33	58	33,5690	12,68389		
	34-41	26	36,7692	10,91167		
	42-49	19	34,8947	12,11471		
	50-57	3	29,6667	5,50757		
	58-65	2	34,0000	8,48528		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	18-25	42	9,4286	3,26954	4.13	.93
	26-33	58	9,1724	3,24517		
	34-41	26	7,8077	2,48224		
	42-49	19	7,4211	2,77520		
	50-57	3	6,0000	1,00000		
	58-65	2	7,0000	1,41421		

Çizelge 4.11 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{148= 4,13}$ ,  $p<.01$ ) yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Ortalamalar arasında ki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve Özel Neon Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarından yaşı 18-25 arasında olanların ve yaşı 26-33 arasında olanların puan ortalamalarının diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{148= 41}$ ,  $p>.01$ ) ve genel iletişim alt boyutunda ( $F_{148= 39}$ ,  $p>.01$ ) yaşa göre anlamlı farklılaşma olmadığı bulunmuştur.

**Çizelge 4.12:** Mengücek Gazi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular

Alt boyut	Yaş	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik İletişim</b>	18-25	20	30,2000	7,30249	.596	.66
	26-33	66	35,2424	13,13019		
	34-41	36	33,5000	14,33378		
	42-49	23	34,5217	13,02051		
	50-57	5	34,4000	19,99500		
<b>Genel iletişim</b>	18-25	20	31,5500	9,11029	.163	,95
	26-33	66	33,2273	12,34105		
	34-41	36	31,5556	14,27174		
	42-49	23	33,6087	15,02343		
	50-57	5	32,6000	15,19210		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	18-25	20	8,2000	2,27110	5.29	.71
	26-33	66	7,8939	3,32417		
	34-41	36	5,3333	3,60159		
	42-49	23	5,3478	3,35219		
	50-57	5	4,4000	3,36155		



Çizelge 4.12 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{148= 5,29}$ ,  $p<.01$ ) yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Ortalamalar arasında ki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve Özel Neon Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarından yaşı 18-25 arasında olanların ve yaşı 26-33 arasında olanların puan ortalamalarının diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{148= 59}$ ,  $p>.01$ ) ve genel iletişim alt boyutunda ( $F_{148= 163}$ ,  $p>.01$ ) yaşa göre anlamlı farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **yaşlarına göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuş olup, sağlık çalışanlarından yaşı 18-25 arasında olanların ve yaşı 26-33 arasında olanların puan ortalamalarının diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ve genel iletişim alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşma olmadığı sonucuna varılmıştır. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuş, sağlık çalışanlarından yaşı 18-25 arasında olanların ve yaşı 26-33 arasında olanların puan ortalamalarının diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ve genel iletişim alt boyutunda yaşa göre anlamlı farklılaşma olmadığı sonucuna varılmıştır. Her iki hastane sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu olmamıştır. Ancak, yaş faktörünün, her iki hastanede sağlık çalışanlarından yaşları 18-25 ile 26-33 arasında olanların iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

**Alt Problem 5.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında unvanlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki *sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında unvanlarına göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını* belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.13 ve Çizelge 4.14’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve stratejik iletişim alt boyutu için  $F=.031$ ,  $p>.05$ ; genel iletişim alt boyutu için  $F=.213$ ,  $p>.05$  ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutu için  $F=.028$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.13:** Özel Neon Hastanesine İlişkin Ünvan Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Unvan	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik İletişim</b>	Doktor	12	34,4167	7,83301		
	Hemşire	25	40,5600	13,88068		
	Pol Sekreteri	36	34,8889	10,50110		
	Sağlık Personeli	50	34,7400	13,95446	3.596	.03
	Diğer Personel	27	36,9630	11,69971		
	Doktor	12	33,5833	8,88777		
<b>Genel iletişim</b>	Hemşire	25	38,2400	13,59007		
	Pol Sekreteri	36	32,4167	10,16261		
	Sağlık Personeli	50	34,1600	13,63423	3.163	,02
	Diğer Personel	27	36,6667	11,95504		
	Doktor	12	9,2500	3,04884		
	Hemşire	25	8,8000	3,08221		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	Pol Sekreteri	36	7,8889	2,95468		
	Sağlık Personeli	50	8,1000	3,24666	.795	.53
	Diğer Personel	27	8,7037	2,52396		

Çizelge 4.13 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{148}= 3,59$ ,  $p<.01$ ) ve genel iletişim alt boyutunda ( $F_{148}= 3,16$ ,  $p<.01$ ) ünvana göre anlamlı farklılaşma

gösterdiği bulunmuştur. Ortalamalar arasında ki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve her iki alt boyutta da hemşirelerin puan ortalamasının diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{146}= 79$ ,  $p>.01$ ) anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir.

**Çizelge 4.14:** Mengücek Gazi Hastanesine İlişkin Ünvan Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Ünvan	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik İletişim</b>	Doktor	27	35,6296	13,93708	1,06	.37
	Hemşire	34	31,5294	12,28509		
	Pol Sekreteri	39	33,9231	12,25042		
	Sağlık Personeli	30	32,4000	13,45132		
	Diğer Personel	20	32,8000	13,46965		
<b>Genel iletişim</b>	Doktor	27	36,0370	13,70705	3,46	,03
	Hemşire	34	32,0588	12,69679		
	Pol Sekreteri	39	34,2564	12,31327		
	Sağlık Personeli	30	30,7333	13,16194		
	Diğer Personel	20	28,7500	12,09121		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	Doktor	27	8,0000	3,39683	.659	.62
	Hemşire	34	7,6176	3,38459		
	Pol Sekreteri	39	7,7179	3,08604		
	Sağlık Personeli	30	7,3000	3,46559		
	Diğer Personel	20	6,5500	2,98196		

Çizelge 4.14 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının genel iletişim alt boyutunda ( $F_{148}= 3,46$ ,  $p<.01$ ) ünvana göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Ortalamalar arasında ki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış,

hekimlerin puan ortalamasının diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{146}= 65, p>.01$ ) ve stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{148}= 1,06, p>.01$ ) anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **ünvanlarına göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ve genel iletişim alt boyutunda ünvana göre anlamlı farklılaşma göstermiş olup, her iki alt boyutta da **hemşirelerin** puan ortalamasının diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ise anlamlı farklılaşma göstermediği görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının genel iletişim alt boyutunda ünvana göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, **hekimlerin** puan ortalamasının diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ve stratejik iletişim alt boyutunda anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında ise, Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanları arasında stratejik ve genel iletişim alt boyutlarında **hemşirelerin** puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek iken, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanları arasında, genel iletişim alt boyutunda **hekimlerin** puan ortalaması diğer çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

**Alt Problem 6.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki *sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında hastanedeki çalışma süresine göre* anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.15 ve Çizelge 4.16'da sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve stratejik iletişim alt boyutu için  $F=. 320, p>.05$ ;

genel iletişim alt boyutu için  $F= .235$ ,  $p>.05$  ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutu için  $F=.058$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur.

Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.15:** Özel Neon Hastanesi Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Çalışma süresi	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik İletişim</b>	0-3 Yıl	66	33,3788	12,14244	1.98	.12
	4-6 Yıl	49	38,4694	13,90159		
	7-9 Yıl	16	37,5000	7,57188		
	10 Yıl Ve Fazla	19	38,4211	11,39842		
	0-3 Yıl	66	32,4091	12,20590		
<b>Genel iletişim</b>	4-6 Yıl	49	37,6122	13,18114	1.91	.12
	7-9 Yıl	16	37,0000	10,25020		
	10 Yıl Ve Fazla	19	34,2105	10,34182		
	0-3 Yıl	66	7,9091	2,89683		
	4-6 Yıl	49	9,1633	3,22972		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	7-9 Yıl	16	8,0625	3,10846	1.76	.15
	10 Yıl Ve Fazla	19	8,1579	2,45545		

Çizelge 4.15 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{146}= 1,98$ ,  $p>.01$ ), genel iletişim alt boyutunda ( $F_{146}= 1,91$ ,  $p>.01$ ) ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{146}= 1,76$ ,  $p>.01$ ) anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, çalışma süresinin Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim özelliklerini etkileyen bir etmen olarak değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.16:** Mengücek Gazi Hastanesi Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular

	Çalışma süresi	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik iletişim</b>	0-3 Yıl	60	30,4333	11,19529	2,91	.03
	4-6 Yıl	34	36,5588	14,11037		
	7-9 Yıl	24	38,1250	12,30875		
	10 Yıl Ve Fazla	32	34,9375	14,22614		
	0-3 Yıl	60	29,0167	11,56337		
<b>Genel iletişim</b>	4-6 Yıl	34	35,1765	12,89931	2,97	.03
	7-9 Yıl	24	36,3333	12,37693		
	10 Yıl Ve Fazla	32	33,9688	14,26813		
	0-3 Yıl	60	6,9500	3,37199		
	4-6 Yıl	34	7,9412	3,07424		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	7-9 Yıl	24	8,4583	3,00694	1,47	.21
	10 Yıl Ve Fazla	32	7,3750	3,34809		

Çizelge 4.16 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{146} = 2,91$ ,  $p < .01$ ) ve genel iletişim alt boyutunda ( $F_{146} = 2,97$ ,  $p < .01$ ) hastanede çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arası farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma Tukey testi yapılmış ve her iki alt boyutta da çalışma süresi 4-6 yıl ve 7-9 yıl olanların puan ortalamasının çalışma süresi 0-3 yıl

ve 10 yıl ve daha fazla olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{146}=1,47$ ,  $p>.01$ ) hastanede çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **hastanedeki çalışma süresine göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda, genel iletişim alt boyutunda ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ve genel iletişim alt boyutunda hastanede çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılaşma göstermiş olup, her iki alt boyutta da çalışma süresi 4-6 yıl ve 7-9 yıl olanların puan ortalamasının çalışma süresi 0-3 yıl ve 10 yıl ve daha fazla olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda hastanede çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında ise, üç alt boyutta Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanları arasında çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu değil iken, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanları arasında stratejik iletişim ve genel iletişim alt boyutlarında hastanede çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılaşmalar olup, çalışma süreleri 4-6 yıl ve 7-9 yıl olanların, 0-3 yıl ve 10 yıl ve daha fazla olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır.

**Alt Problem 7.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında sağlık sektöründeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesindeki *sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında sağlık sektöründeki çalışma süresine göre* anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.17 ve Çizelge 4.18’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve stratejik iletişim alt boyutu için  $F=.035$ ,  $p>.05$ ;

genel iletişim alt boyutu için  $F= .291$ ,  $p>.05$  ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutu için  $F= .365$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.17: Özel Neon Hastanesi Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular**

Alt boyut	Çalışma süresi	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik iletişim</b>	0-3 Yıl	41	33,3415	12,37257	1.05	.37
	4-6 Yıl	58	37,3966	13,81321		
	7-9 Yıl	22	35,8182	9,71320		
	10 Yıl ve Fazla	29	37,7241	11,16083		
	0-3 Yıl	41	31,6585	13,31467		
<b>Genel iletişim</b>	4-6 Yıl	58	37,2586	12,17786	1.70	.16
	7-9 Yıl	22	34,5000	11,21542		
	10 Yıl ve Fazla	29	34,6897	11,06831		
	0-3 Yıl	41	7,3659	3,07210		
	4-6 Yıl	58	9,1207	3,05550		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	7-9 Yıl	22	8,0000	2,82843	2.99	.03
	10 Yıl ve Fazla	29	8,5517	2,61297		

Çizelge 4.17 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{146= 2,99}$ ,  $p<.01$ ) anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Ortalamalar arası farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma Tukey testi yapılmış ve sağlık sektöründe 4-6 yıldır çalışanların puan ortalamasının sağlık sektöründe 0- yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Buna karşın, Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{146= 1,05}$ ,  $p>.01$ ) ve genel iletişim alt



boyutunda ( $F_{146}= 1,70$ ,  $p>.01$ ) sağlık sektöründe çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur.

**Çizelge 4.18:** Mengücek Gazi Hastanesi Sağlık Alanında Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin Bulgular

	Çalışma süresi	N	X	Ss	F	p
<b>Stratejik iletişim</b>	0-3 Yıl	33	29,7576	12,76232	1,73	.16
	4-6 Yıl	37	34,2162	11,51119		
	7-9 Yıl	26	36,7692	13,12496		
	10 Yıl ve Fazla	54	35,1481	13,72975		
<b>Genel iletişim</b>	0-3 Yıl	33	28,0909	12,41562	1,88	.13
	4-6 Yıl	37	34,7027	12,20170		
	7-9 Yıl	26	33,0385	12,64114		
	10 Yıl ve Fazla	54	33,8148	13,31629		
<b>İletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri</b>	0-3 Yıl	33	6,3030	3,33059	2,49	.06
	4-6 Yıl	37	8,3784	3,11226		
	7-9 Yıl	26	7,4615	2,85980		
	10 Yıl ve Fazla	54	7,6667	3,36463		

Çizelge 4.18 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda ( $F_{146}= 2,49$ ,  $p<.01$ ) anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Ortalamalar arası farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma Tukey testi yapılmış ve sağlık sektöründe 4-6 yıldır çalışanların puan ortalamasının sağlık sektöründe 0- yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Buna karşın, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ( $F_{146}= 1,73$ ,  $p>.01$ ) ve genel iletişim alt boyutunda ( $F_{146}= 1,88$ ,  $p>.01$ ) sağlık sektöründe çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Her iki hastanedeki sağlık

çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **sağlık sektöründeki çalışma süresine göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, sağlık sektöründe 4-6 yıldır çalışanların puan ortalamasının sağlık sektöründe 0- yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ve genel iletişim alt boyutunda sağlık sektöründe çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, sağlık sektöründe 4-6 yıldır çalışanların puan ortalamasının sağlık sektöründe 0- yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda ve genel iletişim alt boyutunda ise sağlık sektöründe çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında ise, her iki hastanede de sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda, sağlık sektöründe 4-6 yıl arasında çalışanların 0- yıldır çalışanlara göre puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüş olup, diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

#### **4.1.12.2 Sağlık iletişimi ile elde edilen bulgular ve değerlendirilmesi**

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimi özelliklerinin çeşitli demografik özelliklere göre anlamlı farklılaşma gösterip göstermediğini belirlemek için veri analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular alt problemlere göre sırasıyla aşağıda verilmiştir.

**Alt Problem 1.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.19'da sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin

parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F= 127, p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= 381, p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F= 985, p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F= 358, p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.19:** Neon Hastanesi ve Mengücek Gazi Hastanesinin Karşılaştırılması

	Hastane	N	X	Ss	t	p
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	Neon	150	17,3333	2,66135	8,56	.00
	Mengücek	150	14,1600	3,67484		
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	Neon	150	20,4733	4,13643	3,78	.00
	Mengücek	150	23,5733	9,15148		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	Neon	150	14,3600	2,84565	4,31	.00
	Mengücek	150	16,2133	4,42777		
<b>İletişime açıklık</b>	Neon	150	14,7400	4,14086	6,63	.00,
	Mengücek	150	10,0667	4,53719		

Çizelge 4.19 incelendiğinde, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{298}= 8,56, p<.01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{298}= 3,78, p<.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{298}= 4,31, p<.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{298}= 6,63, p<.01$ ) hastane türüne anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir.

Ortalamalar arasındaki farklar incelendiğinde hekim-hasta iletişimi alt boyutunda Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X= 17,33$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarının ( $X=14,16$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının hekim-hasta iletişiminin daha güçlü olduğu ve puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

İş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X=20,47$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarının ( $X=23,57$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ve kamu hastanesinde iş yoğunluğunun iletişim üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

İletişimde etik unsurlar alt boyutunda Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X=14,36$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarının ( $X=16,21$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve devlet hastanesinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik iletişimde etik unsurların daha fazla yaşandığı şeklinde değerlendirilebilir.

İletişime açıklık alt boyutunda ise Özel Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ( $X=14,74$ ) ve Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarının ( $X=10,06$ ) olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve özel hastanelerde iletişime açıklık algısının daha fazla olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastanedeki hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **hastane türüne göre** değerlendirildiğinde; hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda, hastane türüne anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında, **hekim-hasta iletişimi alt boyutunda**, Özel Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının, Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının hekim-hasta iletişiminin daha güçlü olduğu ve puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilebilir. **İş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda** Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının, Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından düşük olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı

düzeyde daha yüksek olduğunu ve kamu hastanesinde iş yoğunluğunun iletişim üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu şeklinde değerlendirilebilir. **İletişimde etik unsurlar alt boyutunda**, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının, Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından düşük olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve kamu hastanesinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik iletişimde etik unsurların daha fazla yaşandığı şeklinde değerlendirilebilir. **İletişime açıklık alt boyutunda** ise Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının ve Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Özel Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve özel hastanelerde iletişime açıklık algısının daha fazla olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

**Alt Problem 2.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.20’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F=.027$ ,  $p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F=.581$ ,  $p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F=.821$ ,  $p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F=.828$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.20: Cinsiyete İlişkin Bulgular**

	Alt boyut	Cinsiyet	N	X	Ss	t	p	
ÖZEL NEON HASTANESİ	Hekim-hasta iletişimi	Kadın	44	20,5000	3,39973	-.052	.95	
		Erkek	102	20,5392	4,48026			
	İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Kadın	44	17,5682	1,93376	.767	.44	
		Erkek	102	17,1961	2,95524			
	İletişimde etik unsurlar	Kadın	44	13,8182	2,52681	1.57	.11	
		Erkek	102	14,6275	2,97155			
	İletişime açıklık	Kadın	44	10,7727	4,26377	.037	.97	
		Erkek	102	10,7451	4,16417			
	MENGÜCEK GAZİ HASTANESİ	Hekim-hasta iletişimi	Kadın	53	20,3019	5,77989	3.34	.00
			Erkek	97	25,3608	10,13676		
İş yoğunluğunun iletişime etkisi		Kadın	53	14,3208	3,70952	.39	.69	
		Erkek	97	14,0722	3,67210			
İletişimde etik unsurlar		Kadın	53	15,9434	5,17544	.55	.58	
		Erkek	97	16,3608	3,98221			
İletişime açıklık		Kadın	53	13,9057	4,88429	.32	.74	
		Erkek	97	14,1546	4,35971			

Çizelge 4.20 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148} = -.052$ ,  $p > .01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148} = .767$ ,  $p > .01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148} = 1.57$ ,  $p > .01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148} = .037$ ,  $p > .01$ ) cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, cinsiyetin bu alt boyutlar üzerinde Özel Neon Hastanesinde sağlık iletişimini farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Mengücek Gazi Hastanesinde ise hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148=}$  3.34,  $p>.01$ ) cinsiyete göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Farkın kaynağını belirlemek için ortalamalar arasındaki farka bakıldığında, Mengücek Gazi Hastanesinde kadın hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamasının  $X=20, 30$  ve erkek hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamasının  $X=25,36$  olduğu ve erkeklerin puan ortalamasının kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu söylenebilir.

Buna karşın, Mengücek Gazi Hastanesinde iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 395,  $p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148=}$  1.551,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 320,  $p>.01$ ) cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, cinsiyetin bu alt boyutlar üzerinde Mengücek Gazi Hastanesinde sağlık iletişimini farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **cinsiyetlerine göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde ise hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, kadın hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamasının ve erkek hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamasından düşük olduğu ve erkeklerin puan ortalamasının kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. İş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane karşılaştırıldığında, hekim-hasta iletişim alt boyutunda, Mengücek Gazi Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan erkek hasta ve hasta yakınlarının, kadın hasta ve hasta yakınlarına göre hekim-hasta iletişimini daha sağlıklı yürüttükleri sonucuna ulaşılmıştır. Diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark yoktur.

**Alt Problem 3.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında özel sigortalı olup olmama durumuna göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesinde ve Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında özel sigortalı olup olmama durumuna göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.21’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F=.080$ ,  $p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= 1.485$ ,  $p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F=. 185$ ,  $p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F=1.173$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.21: Özel Sigortalı Olma Durumuna İlişkin Bulgular**

	Alt boyut	Özel Sigorta	N	X	Ss	t	p
ÖZEL NEON HASTANESİ	Hekim-hasta iletişimi	Evet	19	21,8889	4,10623	1.05	.29
		Hayır	131	20,3830	4,13635		
	İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Evet	19	17,7778	1,85592	.51	.60
		Hayır	131	17,3050	2,70698		
	İletişimde etik unsurlar	Evet	19	16,3333	3,46410	2.17	.03
		Hayır	131	14,2340	2,76880		
İletişime açıklık	Evet	19	9,4444	4,00347	.96	.33	
	Hayır	131	10,8227	4,14950			
MENGÜCEK GAZİ HASTANESİ	Hekim-hasta iletişimi	Evet	23	25,6154	6,56428	.841	.40
		Hayır	127	23,3796	9,35503		
	İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Evet	23	15,3077	2,98286	1.18	.24
		Hayır	127	14,0511	3,72456		
	İletişimde etik unsurlar	Evet	23	16,7692	3,78932	.47	.63
		Hayır	127	16,1606	4,49220		
İletişime açıklık	Evet	23	13,9231	3,25222	.11	.90	
	Hayır	127	14,0803	4,64957			



Çizelge 4.21 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının özel sigortalı olup olmama durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148} = 1.05, p > .01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148} = .51, p > .01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148} = 2.17, p > .01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148} = .96, p > .01$ ) özel sigortalı olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, özel sigortalı olma durumunun hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimini, Özel Neon Hastanesinde farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Benzer şekilde, Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının da özel sigortalı olup olmama durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148} = .841, p > .01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148} = 1.18, p > .01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148} = .47, p > .01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148} = .11, p > .01$ ) özel sigortalı olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu, özel sigortalı olma durumunun hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimini Mengücek Gazi Hastanesinde farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **özel sigortalı olup olmama durumuna göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının özel sigortalı olup olmama durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda özel sigortalı olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde ise tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının da özel sigortalı olup olmama durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda özel sigortalı olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane karşılaştırıldığında, her iki hastanede sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının oluşmasında, özel sigortalı olma durumlarının anlamlı düzeyde bir fark olmadığı görülmüştür.

**Alt Problem 4.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hasta veya hasta yakını olma durumuna göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hasta veya hasta yakını olma durumuna göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklemeler için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.22’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F= .712, p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= .447, p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F= .330, p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F= .004, p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.22:** Hasta veya Hasta Yakını Olma Durumuna İlişkin Bulgular

Alt boyut	Şu anki durum	N	X	Ss		
					t	p
Hekim-hasta iletişimi	Hasta	124	20,3387	4,07029	.87	.38
	Hasta yakını	26	21,1154	4,46611		
İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Hasta	124	17,4194	2,71130	.86	.38
	Hasta yakını	26	16,9231	2,41534		
İletişimde etik unsurlar	Hasta	124	14,3468	2,93298	.12	.90
	Hasta yakını	26	14,4231	2,43595		
İletişime açıklık	Hasta	124	10,7097	4,16484	.19	.84
	Hasta yakını	26	10,8846	4,10197		

ÖZEL NEON HASTANESİ

**Çizelge 4.22: (devam) Hasta veya Hasta Yakını Olma Durumuna İlişkin Bulgular**

		Hasta	90	22,5000	7,94822		
MENGÜCEK GAZİ HASTANESİ	Hekim-hasta iletişimi	Hasta	90	22,5000	7,94822		
		Hasta yakını	59	25,1186	10,65297	1.71	.08
	İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Hasta	90	14,1556	3,99975		
		Hasta yakını	59	14,1864	3,18117	.05	.96
	İletişimde etik unsurlar	Hasta	90	16,1556	4,75681		
		Hasta yakını	59	16,2712	3,94720	.15	.87
	İletişime açıklık	Hasta	90	14,6000	4,26588		
		Hasta yakını	59	13,2034	4,85933	1.84	.06

Çizelge 4.22 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesinde tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hasta veya hasta yakını olma durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 87,  $p<.01$ ) ve iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 86,  $p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 12,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 19,  $p>.01$ ) hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

Benzer şekilde, hasta ve hasta yakını olma durumu bakımından Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hasta veya hasta yakını olma durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148=}$  1.71,  $p>.01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 05,  $p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 15,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148=}$  1.84,  $p>.01$ ) hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular, hasta veya hasta yakını olma durumuna göre, Özel Neon Hastanesi ve Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi görenlerin sağlık iletişim puanları arasında anlamlı farklılaşma olmadığı şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastane,

hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları **hasta ve hasta olmama durumuna göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hasta veya hasta yakını olma durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ve iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hasta veya hasta yakını olma durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüş olup, her iki hastane karşılaştırıldığında her iki hastanede sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının oluşmasında hasta ve hasta yakını olma durumlarının anlamlı düzeyde bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

**Alt Problem 5.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında medeni duruma göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem için t testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.23'de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F= .280, p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= 1,65, p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F= 2,61, p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F=1.17, p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.23:** Medeni Duruma İlişkin Bulgular

Alt boyut	Medeni durum	N	X	Ss	t	p	
ÖZEL NEON HASTANESİ	Hekim-hasta iletişimi	Evli	125	20,5520	4,25489	.52	.60
		Bekar	25	20,0800	3,53459		
	İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Evli	125	17,4320	2,56633	1.01	.31
		Bekar	25	16,8400	3,10483		
	İletişimde etik unsurlar	Evli	125	14,3600	2,65913	.54	.62
		Bekar	25	14,3600	3,70675		
İletişime açıklık	Evli	125	10,7280	4,15113	.97	.93	
	Bekar	25	10,8000	4,17333			
MENGÜCEK GAZİ HASTANESİ	Hekim-hasta iletişimi	Evli	114	23,8684	8,93686	.70	.48
		Bekar	36	22,6389	9,87393		
	İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Evli	114	14,3246	3,65188	.97	.33
		Bekar	36	13,6389	3,75045		
	İletişimde etik unsurlar	Evli	114	16,3947	4,48719	.89	.37
		Bekar	36	15,6389	4,24367		
	İletişime açıklık	Evli	114	14,3947	4,30398	1.58	.11
		Bekar	36	13,0278	5,13523		

Çizelge 4.23 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının medeni duruma göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 52,  $p>.01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148=}$  1,01,  $p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148=}$  54,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 97,  $p>.01$ ) medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

Benzer şekilde, Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının medeni duruma göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 70,  $p>.01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 97,  $p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 89,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $t_{148=}$ , 1,58,  $p>.01$ ) medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

Elde edilen bu bulgular, medeni durumun hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarını Özel Neon Hastanesi ve Mengücek Gazi Hastanesinde anlamlı düzeyde farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **medeni durumlarına göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının medeni duruma göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda, ve iletişime açıklık alt boyutunda, medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının medeni duruma göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda, ve iletişime açıklık alt boyutunda medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüş olup, her iki hastane karşılaştırıldığında her iki hastanede sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının oluşmasında medeni durumlarının anlamlı düzeyde bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

**Alt Problem 6.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.24 ve Çizelge 4.25’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F= 1.04$ ,  $p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= 2,28$ ,  $p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F= 1,51$ ,  $p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F=2.14$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur.

Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.24:** Özel Neon Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular

Alt boyut	Yaş	N	X	Ss	F	p
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	18-25	7	20,1429	3,97612	4.83	.02
	26-33	16	19,7500	4,25049		
	34-41	18	20,5000	3,27648		
	42-49	36	21,1667	4,74191		
	50-57	41	21,0000	3,98748		
	58-65	32	19,4375	4,03962		
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	18-25	7	17,2857	2,05866	2,50	,03
	26-33	16	15,5625	4,83003		
	34-41	18	17,7778	1,89599		
	42-49	36	16,8333	2,66726		
	50-57	41	17,9756	1,66565		
	58-65	32	17,7188	2,37235		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	18-25	7	15,2857	3,72891	2,01	.07
	26-33	16	15,8125	4,00364		
	34-41	18	13,2778	2,34660		
	42-49	36	14,7500	2,46548		
	50-57	41	13,8049	2,47204		
	58-65	32	14,3125	2,85609		
<b>İletişime açıklık</b>	18-25	7	12,1429	3,76070	1.40	.22
	26-33	16	12,7500	5,05305		
	34-41	18	11,3333	4,62728		
	42-49	36	10,5556	4,30577		
	50-57	41	10,3171	3,44557		
	58-65	32	9,8438	3,93585		

Çizelge 4.24 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $F_{144}= 4,83$ ,  $p<.01$ ) ve iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{144}=,83$ ,  $p<.01$ ) yaşa göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve her iki alt boyutta da 26-33 yaş aralığında bulunanların puan ortalamalarının 50-57 yaş aralığında olanlara göre ve 58-65 yaş aralığında olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{144}= 2,01$ ,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{144}= 1,40$ ,  $p>.01$ ) yaşa göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular, yaşın hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda anlamlı düzeyde bir etkisi olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.25:** Mengücek Gazi Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular

Alt boyut	Yaş	N	X	Ss	F	p
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	18-25	30	22,8667	7,00607	1.45	.21
	26-33	29	21,4483	5,02555		
	34-41	25	25,6800	14,79223		
	42-49	27	22,9630	6,71096		
	50-57	24	22,6667	5,54559		
	58-65	15	28,1333	13,67932		
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	18-25	30	13,8000	3,89872	.20	.95
	26-33	29	14,4483	3,55152		
	34-41	25	13,8000	3,41565		
	42-49	27	14,5556	3,97428		



**Çizelge 4.25: (devam)** Mengücek Gazi Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşlarına İlişkin Bulgular

	50-57	24	14,0833	3,52527		
	58-65	15	14,3333	4,02965		
	18-25	30	16,7333	4,91958		
	26-33	29	14,9310	3,47369		
	34-41	25	16,0800	3,48712		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>					1.36	.24
	42-49	27	16,5556	4,61047		
	50-57	24	15,5833	5,73257		
	58-65	15	18,2667	3,26161		
	18-25	30	13,9000	4,41276		
	26-33	29	12,5517	5,56511		
	34-41	25	15,1200	3,85487		
<b>İletişime açıklık</b>					1.01	.41
	42-49	27	14,2963	5,02926		
	50-57	24	14,3750	3,24121		
	58-65	15	14,6667	4,43471		

Çizelge 4.25 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $F_{148}= 1,45, p>.01$ ), iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{148=, 20, p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{148= 1,36, p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{148= 1,01, p>.01$ ) yaşa göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular, yaşın Mengücek Gazi Hastanesinde yaşın hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı değerlendirilebilir. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **yaşlarına göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-

hasta iletişimi alt boyutundave iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, yaşa göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, ve her iki alt boyutta da 26-33 yaş aralığında bulunanların puan ortalamalarının 50-57 yaş aralığında olanlara göre ve 58-65 yaş aralığında olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. İletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda ise yaşa göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda, ve iletişime açıklık alt boyutunda, yaşa göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüş olup, her iki hastane karşılaştırıldığında Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ve iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda 26-33 yaş aralığında bulunanların puan ortalamalarının 50-57 yaş aralığında olanlara göre ve 58-65 yaş aralığında olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, diğer alt boyutlarda ise anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.

**Alt Problem 7.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular, Çizelge 4.26 ve Çizelge 4.27’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F= 2.33, p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= 1,65, p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F=, 67, p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F=1.29, p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.26:** Özel Neon Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeyine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Eğitim	N	X	Ss	F	p
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	İlkokul	18	20, 5556	5,45810		
	Ortaokul	24	19,7083	3,36838		
	Lise	71	20, 6761	3,76364	.316	.86
	Üniversite	28	20, 6471	4,76657		
	Yüksek lisans	9	19,3333	3,05505		
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	İlkokul	18	14,7222	2,71825		
	Ortaokul	24	14,7500	1,79976		
	Lise	71	15,4507	2,85251	<b>4.46</b>	<b>.76</b>
	Üniversite	28	18,1471	2,73177		
	Yüksek lisans	9	19,0000	3,60555		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	İlkokul	18	14,2222	3,20946		
	Ortaokul	24	14,3750	2,18319		
	Lise	71	14,5775	2,95520	1.17	.32
	Üniversite	28	14,2647	2,84241		
	Yüksek lisans	9	11,0000	1,73205		
<b>İletişime açıklık</b>	İlkokul	18	10,4444	4,25955		
	Ortaokul	24	9,8750	3,62734		
	Lise	71	10,5634	4,01687	<b>4.55</b>	<b>.04</b>
	Üniversite	28	16,2941	4,40750		
	Yüksek lisans	9	17,3333	2,30940		

Çizelge 4.26 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $F_{295} = 5,49$ ,  $p < .01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{295} = 9,20$ ,  $p < .01$ ) eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutunda lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkokul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İletişime açıklık alt boyutunda ise yine Tukey testi sonucuna göre lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkokul ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgular, lisans, yüksek lisans ve doktora yapmış olmanın dolayısıyla da eğitim düzeyinin hasta ve hasta yakınları açısından Özel Neon Hastanesinde sağlık iletişimini anlamlı düzeyde farklılaştıran bir etmen olarak değerlendirilebilir.

Buna karşın, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{146} = 316$ ,  $p > .01$ ) ve iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{146} = 1.17$ ,  $p > .01$ ) eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu, eğitim düzeyinin hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişimlerini bu alt boyutlarda anlamlı düzeyde farklılaştıran bir etmen olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.27:** Mengücek Gazi Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeyine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Eğitim	N	X	Ss	F	p
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	İlkokul	20	21,4500	4,52449	<b>2.53</b>	<b>.04</b>
	Ortaokul	18	20,3333	6,53497		
	Lise	41	23,4634	12,47417		
	Üniversite	35	24,7143	5,62333		
	Yüksek lisans	36	27,3333	9,63624		

**Çizelge 4.27: (devam) Mengücek Gazi Hastanesinde Tedavi Gören Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Düzeyine İlişkin Bulgular**

	İlkokul	20	10,2500	3,53739		
	Ortaokul	18	13,5556	3,07212		
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	Lise	41	12,4146	4,14111	<b>4.21</b>	<b>.00</b>
	Üniversite	35	15,8286	3,14816		
	Yüksek lisans	36	15,1944	3,30212		
	İlkokul	20	16,1500	4,34408		
	Ortaokul	18	15,7222	4,08448		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	Lise	41	15,5610	5,55900	.79	.53
	Üniversite	35	16,1714	4,02555		
	Yüksek lisans	36	17,2778	3,50193		
	İlkokul	20	10,0500	5,03122		
	Ortaokul	18	11,5000	4,43582		
<b>İletişime açıklık</b>	Lise	41	13,3415	4,75715	<b>2,78</b>	<b>.02</b>
	Üniversite	35	15,6000	4,06708		
	Yüksek lisans	36	16,1944	4,02009		

Çizelge 4.27 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{145}= 2,53, p<.01$ ), hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $F_{145}= 4,21, p<.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{295}= 2,78, p<.01$ ) eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve her üç alt boyutta da lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkökul mezunu olanlara

göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, Mengücek Gazi Hastanesinde hasta hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{145=,79}$ ,  $p>.01$ ) eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **eğitim düzeylerine göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde hasta hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermiş olup, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkökul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İletişime açıklık alt boyutunda ise lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkökul ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ve iletişimde etik unsurlar alt boyutunda eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunmuştur. Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, hekim- hasta iletişimi alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermiş, her üç alt boyutta da lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, ilkökul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre iletişimde etik unsurlar alt boyutunda eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında, Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarında, hekim-hasta iletişimi ve iletişime açıklık alt boyutunda lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkökul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüş, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, hekim- hasta iletişimi alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda

lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkökul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak, bu üstünlük hekim-hasta iletişimi alt boyutunda daha fazladır.

**Alt Problem 8.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.28 ve Çizelge 4.29’da sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F= 1.13, p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= 1,93, p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F= 1,58, p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F=2.14, p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.28:** Özel Neon Hastanesine İlişkin Sosyal Güvence Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Sosyal Güvence	N	X	Ss	F	p
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	Emekli sandığı	36	20, 6667	4,77493	.056	.98
	SSK	62	20, 5000	4,12012		
	Bağ kur	46	20, 3261	3,89332		
	Güvence yok	6	20, 1667	2,48328		
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	Emekli sandığı	36	18,0278	1,71524	2,83	.04
	SSK	62	16,7581	3,29772		

**Çizelge 4.28: (devam) Özel Neon Hastanesine İlişkin Sosyal Güvence Değişkenine İlişkin Bulgular**

	Bağ kur	46	17,3261	2,25146		
	Güvence yok	6	10,1667	,75277		
	Emekli sandığı	36	14,2222	2,89937		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	SSK	62	15,0000	2,96979	2,29	08
	Bağ kur	46	13,8043	2,44604		
	Güvence yok	6	12,8333	3,18852		
	Emekli sandığı	36	11,0556	4,16752		
<b>İletişime açıklık</b>	SSK	62	11,2581	4,33036	1,29	.30
	Bağ kur	46	9,7826	3,82920		
	Güvence yok	6	10,8333	4,02078		

Çizelge 4.28 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesinde hasta hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre sadece iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{146=, 056} p<.01$ ) anlamlı farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutunda emekli sandığına bağlı olan hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer sosyal güvenceye sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, hekim-hasta alt boyutunda ( $F_{146= 2,83, p>.01}$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{146= 2,29, p>.01}$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{146= 1,29, p>.01}$ ), sosyal güvence durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği görülmektedir.



**Çizelge 4.29:** Mengücek Gazi Hastanesine İlişkin Sosyal Güvence Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Sosyal Güvence	N	X	Ss	F	p
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	Emekli sandığı	60	26,6418	9,64946	<b>5,20</b>	<b>.00</b>
	SSK	67	21,2778	8,40225		
	Bağ kur	10	18,0000	3,22490		
	Güvence yok	10	22,2000	3,96232		
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	Emekli sandığı	60	14,8657	3,71686	<b>3,39</b>	<b>.02</b>
	SSK	67	13,3194	3,43891		
	Bağ kur	10	13,8333	4,83391		
	Güvence yok	10	17,2000	1,78885		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	Emekli sandığı	60	17,2090	3,81598	<b>3,45</b>	<b>.01</b>
	SSK	67	15,4444	4,68708		
	Bağ kur	10	12,8333	5,60060		
	Güvence yok	10	18,0000	3,53553		
<b>İletişime açıklık</b>	Emekli sandığı	60	15,3582	3,91462	<b>6,33</b>	<b>.00</b>
	SSK	67	13,1667	4,76194		
	Bağ kur	10	8,8333	2,71416		
	Güvence yok	10	16,0000	3,74166		

Çizelge 4.29 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre hasta hekim-hasta alt boyutunda ( $F_{146} = 3,39$ ,  $p < .01$ ), iş yoğunluğunun iletişime

etkisi alt boyutunda ( $F_{146}= 5,20, p<.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{146}= 3,45, p<.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{146}= 6,33, p<.01$ ) sosyal güvence türüne göre anlamlı farklılaşma olduğu bulunmuştur.

Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda emekli sandığına bağlı olan hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer sosyal güvenceye sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **sosyal güvence durumlarına göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre sadece iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda anlamlı farklılaşma görülmüş, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda emekli sandığına bağlı olan hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer sosyal güvenceye sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda, sosyal güvence durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği görülmektedir. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda sosyal güvence türüne göre anlamlı farklılaşma olduğu bulunmuştur. Hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda emekli sandığına bağlı olan hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer sosyal güvenceye sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında, Özel Neon Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, emekli sandığına bağlı olanların, diğer sosyal güvenceye sahip hasta ve hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmüş, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, dört alt boyutta da emekli sandığına bağlı hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının diğer sosyal güvenceye bağlı hasta ve hasta yakınlarının puanlarından fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

**Alt Problem 9.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında mesleklerine göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında mesleklerine göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için tek faktörlü varyans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.30 ve Çizelge 4.31’de sunulmuştur. Bu bağlamda, öncelikle veri setinin parametrik değer taşıyıp taşımadığını belirlemek için Levene Homojenlik testi yapılmış ve hekim-hasta iletişimi alt boyutu için  $F=.25$ ,  $p>.05$ ; iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutu için  $F= 1,45$ ,  $p>.05$ ; iletişimde etik unsurlar alt boyutu için  $F= 1,67$ ,  $p>.05$ ; iletişime açıklık alt boyutu için  $F=2.21$ ,  $p>.05$  şeklinde bulunmuştur. Elde edilen bulgular, veri setinin parametrik koşullardan biri olan homojenliği sağladığı şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.30:** Özel Neon Hastanesi Meslek Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Meslek	N	X	Ss	F	p
İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Ev hanımı	29	20, 2759	3,65373	<b>2,69</b>	<b>.03</b>
	Serbest meslek	57	21,7368	3,87541		
	Emekli	25	18,8400	4,53395		
	Memur	24	19,6667	4,08248		
	Öğrenci	12	20, 0833	4,54189		
	Ev hanımı	29	17,7586	1,64002		
Hekim-hasta iletişimi	Serbest meslek	57	16,8947	3,15484	.92	.45
	Emekli	25	17,0400	3,07517		
	Memur	24	17,7500	2,45392		
	Öğrenci	12	17,9167	1,31137		

**Çizelge 4.30: (devam)Özel Neon Hastanesi Meslek Değişkenine İlişkin Bulgular**

	Ev hanımı	29	14,1724	2,45050		
	Serbest meslek	57	15,0526	2,98461		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	Emekli	25	14,2000	2,92973	1.33	.26
	Memur	24	13,6667	2,64849		
	Öğrenci	12	13,9167	2,93748		
	Ev hanımı	29	10,3103	3,79006		
	Serbest meslek	57	11,1228	4,18360		
<b>İletişime açıklık</b>	Emekli	25	10,0000	4,49073	.60	.66
	Memur	24	11,3333	3,93056		
	Öğrenci	12	11,5000	4,42102		

Çizelge 4.30 incelendiğinde, Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{142}=2,69$ ,  $p<.05$ ) meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi yapılmış ve memurların puan ortalamalarının serbest meslek sahibi olanlara göre ve emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{142}= 92$ ,  $p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{142}= 1,33$ ,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{142}= 60$ ,  $p>.01$ ) anlamlı farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının bu alt boyutlarda mesleklerinden etkilenmediği şeklinde değerlendirilebilir.

**Çizelge 4.31:** Mengücek Gazi Hastanesine Meslek Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Meslek	N	X	Ss	F	p
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	Ev hanımı	33	20,7273	6,53009	<b>3,74</b>	<b>.00</b>
	Serbest meslek	35	21,2286	6,23598		
	Emekli	12	24,8333	19,58586		
	Memur	55	29,6182	8,50161		
	Öğrenci	15	22,8000	5,97853		
	Ev hanımı	33	15,0606	3,67372		
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	Serbest meslek	35	12,8286	3,99622	1,89	.11
	Emekli	12	13,6667	3,02515		
	Memur	55	14,4364	3,38167		
	Öğrenci	15	14,6667	3,95811		
	Ev hanımı	33	17,1515	5,22088		
	Serbest meslek	35	15,1143	4,21322		
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	Emekli	12	15,4167	4,37884	1,07	.37
	Memur	55	16,5273	4,05908		
	Öğrenci	15	16,2000	4,31277		
	Ev hanımı	33	13,5758	4,50715		
	Serbest meslek	35	12,4000	4,98940		
	Emekli	12	13,5833	3,87201		
<b>İletişime açıklık</b>	Memur	55	15,2909	4,14851		
	Öğrenci	15	12,7333	4,30061		

Çizelge 4.31 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $F_{142} = 3,74$ ,  $p < .05$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $F_{142} = 2,76$ ,  $p < .05$ ) meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için çoklu karşılaştırma

testlerinden Tukey testi yapılmış ve her iki alt boyutta da memurların puan ortalamalarının serbest meslek sahibi olanlara göre ve emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ( $F_{142}= 1,89, p>.01$ ) ve iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $F_{142}= 1,07, p>.01$ ) anlamlı farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu, Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının bu alt boyutlarda mesleklerinden etkilenmediği şeklinde değerlendirilebilir. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **mesleklerine göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, memurların puan ortalamalarının serbest meslek sahibi olanlara göre ve emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda anlamlı farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, her iki alt boyutta da memurların puan ortalamalarının serbest meslek sahibi olanlara göre ve emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda ve iletişimde etik unsurlar alt boyutunda anlamlı farklılaşma göstermediği sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında Özel Neon Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının mesleklerine göre, sağlık iletişim puanlarının iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda farklılık gösterdiği, memurların puan ortalamalarının diğer emekli olanlar ve serbest meslek sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, hekim-hasta iletişimi ve iletişime açıklık alt boyutunda anlamlı farklılıklar görülmüş, her iki boyutta da, memurların sağlık iletişim puanlarının emekli olanlar ile serbest meslek sahibi olanlara göre yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

**Alt Problem 10.** *Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma var mıdır?*

Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında *tedavi olunan polikliniğe* anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için Kruscal Wallis H testi yapılmış ve elde edilen bulgular Çizelge 4.32 ve Çizelge 4.33’de sunulmuştur.

**Çizelge 4.32:** Özel Neon Hastanesi Tedavi Olunan Poliklinik Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Poliklinik	N	Sıra Ort.	X <sup>2</sup>	p
<b>İş yoğunluğunun iletişime etkisi</b>	Kardiyoloji	8	53,56	8,96	.77
	KBB	20	75,15		
	Göz	10	62,70		
	Dahiliye	34	69,99		
	Nöroloji	6	67,75		
	Doğum	16	64,09		
	Ortopedi	4	43,50		
	Göğüs	9	64,33		
	Üroloji	6	65,50		
	Acil	7	59,21		
	Beyin Cerrahi	3	35,50		
	Çocuk	3	84,33		
	İç Hastalıklar	3	43,17		
	FTR	1	95,50		
	Kardiyoloji	8	86,13		
	KBB	20	47,55		
Göz	10	75,55			
Dahiliye	34	67,43			
Nöroloji	6	76,92			
<b>Hekim-hasta iletişimi</b>	Doğum	16	58,50	14,28	.35
	Ortopedi	4	53,38		
	Göğüs	9	69,22		
	Üroloji	6	80,17		
	Acil	7	58,36		
	Beyin Cerrahi	3	55,83		
	Çocuk	3	84,33		

**Çizelge 4.32: (devam) Özel Neon Hastanesi Tedavi Olunan Poliklinik Değişkenine İlişkin Bulgular**

	İç Hastalıklar	3	88,50			
	FTR	1	17,50			
	Kardiyoloji	8	85,25			
	KBB	20	68,35			
	Göz	10	78,50			
	Dahiliye	34	49,63			
	Nöroloji	6	92,58			
	Doğum	16	64,41			
<b>İletişimde etik unsurlar</b>	Ortopedi	4	90,25	22,00	.06	
	Göğüs	9	49,72			
	Üroloji	6	68,08			
	Acil	7	80,64			
	Beyin Cerrahi	3	92,67			
	Çocuk	3	53,17			
	İç Hastalıklar	3	61,50			
	FTR	1	4,00			
	Kardiyoloji	8	68,94			
	KBB	20	64,50			
	Göz	10	62,95			
	Dahiliye	34	68,26			
	Nöroloji	6	69,08			
	Doğum	16	68,88			
	Ortopedi	4	32,25	11,27	.60	
	<b>İletişime açıklık</b>	Göğüs	9	45,72		
		Üroloji	6	57,08		
Acil		7	74,93			
Beyin Cerrahi		3	80,83			
Çocuk		3	57,50			
İç Hastalıklar		3	85,67			
FTR		1	127,00			

Çizelge 4.32 incelendiğinde Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının tedavi oldukları polikliniğe göre iş yoğunluğunun iletişim üzerinde ki etkisi alt boyutunda ( $X^2= 8,96$ ,  $p>.01$ ), hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $X^2= 14,28$ ,  $p>.01$ ), iletişimde etik unsurlar alt



boyutunda ( $X^2= 22,00$ ,  $p>.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $X^2= 11,27$ ,  $p>.01$ ) tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir.

**Çizelge 4.33:** Mengücek Gazi Hastanesi Tedavi Olunan Poliklinik Değişkenine İlişkin Bulgular

Alt boyut	Poliklinik	N	Sıra Ort.	$X^2$	p
İş yoğunluğunun iletişime etkisi	Kardiyoloji	4	71,50	17.53	.17
	KBB	5	55,70		
	Göz	8	38,19		
	Dahiliye	11	46,18		
	Nöroloji	9	59,72		
	Doğum	6	75,92		
	Göğüs	7	36,57		
	Üroloji	5	40,90		
	Acil	26	53,63		
	Beyin Cerrahi	5	34,80		
	İç Hastalıklar	1	28,00		
	FTR	4	43,75		
	Cildiye	6	68,33		
	Psikiyatri	4	34,50		
Hekim-hasta iletişimi	Kardiyoloji	4	78,00	13.10	.44
	KBB	5	50,00		
	Göz	8	44,81		
	Dahiliye	11	46,68		
	Nöroloji	9	56,06		
	Doğum	6	63,50		
	Göğüs	7	50,36		
	Üroloji	5	35,80		
	Acil	26	54,96		
	Beyin Cerrahi	5	42,30		
	İç Hastalıklar	1	46,00		
	FTR	4	24,88		
	Cildiye	6	62,67		
	Psikiyatri	4	34,50		
İletişimde etik unsurlar	Kardiyoloji	4	46,13	26,03	.01
	KBB	5	55,30		
	Göz	8	23,75		
	Dahiliye	11	62,59		

**Çizelge 4.33: (devam)** Mengücek Gazi Hastanesi Tedavi Olunan Poliklinik Değişkenine İlişkin Bulgular

	Nöroloji	9	61,89		
	Doğum	6	75,25		
	Göğüs	7	46,21		
	Üroloji	5	24,80		
	Acil	26	55,63		
	Beyin Cerrahi	5	52,80		
	İç Hastalıklar	1	41,50		
	FTR	4	24,38		
	Cildiye	6	64,58		
	Psikiyatri	4	29,63		
	Kardiyoloji	4	59,00		
	KBB	5	48,60		
	Göz	8	39,50		
	Dahiliye	11	68,77		
	Nöroloji	9	54,28		
iletişime açıklık	Doğum	6	44,67		
	Göğüs	7	51,71	23,06	.04
	Üroloji	5	28,30		
	Acil	26	58,04		
	Beyin Cerrahi	5	19,80		
	İç Hastalıklar	1	10,50		
	FTR	4	39,50		
	Cildiye	6	70,17		
	Psikiyatri	4	35,50		

Çizelge 4.33 incelendiğinde, Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının tedavi oldukları polikliniğe göre iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ( $X^2= 26,03$ ,  $p<.01$ ) ve iletişime açıklık alt boyutunda ( $X^2= 23,06$ ,  $p<.01$ ) tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma gösterdiği görülmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın kaynağını belirlemek için ikili karşılaştırma yapılması için Mann Whitney U testi kullanılmış ve iletişimde etik unsurlar alt boyutunda doğum polikliniğinde ve cildiye polikliniğinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının FTR, psikiyatri, iç hastalıkları,

kardiyoloji ve göğüs polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İletişime açıklık alt boyutunda ise dahiliye ve cildiye polikliniğinde tedavi görenlerin puan ortalamalarının iç hastalıkları, beyin cerrahi, psikiyatri ve göz polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Buna karşın, iş yoğunluğunun iletişim üzerindeki etkisi alt boyutunda ( $X^2= 17,53$ ,  $p>.01$ ) ve hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ( $X^2= 13,10$ ,  $p>.01$ ) tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma bulunamamıştır. Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **tedavi olunan polikliniğe göre** değerlendirildiğinde, Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının tedavi oldukları polikliniğe göre iş yoğunluğunun iletişim üzerinde ki etkisi alt boyutunda, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının tedavi oldukları polikliniğe göre iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılık gösterdiği, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda doğum polikliniğinde ve cildiye polikliniğinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının FTR, psikiyatri, iç hastalıkları, kardiyoloji ve göğüs polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İletişime açıklık alt boyutunda ise dahiliye ve cildiye polikliniğinde tedavi görenlerin puan ortalamalarının iç hastalıkları, beyin cerrahi, psikiyatri ve göz polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İş yoğunluğunun iletişim üzerinde ki etkisi alt boyutunda ve hekim-hasta iletişimi alt boyutunda tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma bulunamamıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında, Özel Neon Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının tedavi oldukları polikliniklere göre, her dört alt boyutta da anlamlı bir farklılık görülmemiş, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda anlamlı farklılıklar gösterdiği, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda doğum polikliniğinde ve cildiye polikliniğinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının FTR, psikiyatri, iç hastalıkları, kardiyoloji ve göğüs polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,

iletişime açıklık alt boyutunda ise dahiliye ve cildiye polikliniğinde tedavi görenlerin puan ortalamalarının iç hastalıkları, beyin cerrahi, psikiyatri ve göz polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.



## 5 SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölüm, araştırmanın bulguları, kurama ve uygulamaya yönelik çıkarımları ile gelecekteki çalışmalar için akademik ve sektörel öneriler içermektedir. Bu çalışma, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında örgütsel ve sağlık iletişimi algısını ampirik olarak inceleyen kapsamlı bir çalışmadır. Araştırma, Mengücek Gazi Hastanesi ile Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanları ile bu hastanelerden muayene, tanı ve tedavi hizmetlerini almakta olan hasta ve hasta yakınları ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerle her iki hastane, örgüt içi çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının demografik yapıları ile örgütsel iletişim ve sağlık iletişim arasındaki ilişkileri ortaya konmuş ve karşılaştırılmıştır.

Araştırma boyunca, iletişim, örgüt ve örgütsel iletişim, sağlık ve sağlık iletişimi ile ilgili kavramların, gerek sağlık çalışanları gerek hasta ve hasta yakınları ve gerek ise sağlık sektör temsilcileri tarafından özümsemesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Çünkü hastanelerde, gerçek uygulamaya başlamadan önce yapılan pilot çalışması esnasında gerek örgüt içi çalışanlar, gerek hasta ve hasta yakınları, gerek hastane yöneticileri ve sektör temsilcilerince örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi kavramlarının yeterince bilinmediği gözlemlenmiş, bu konuda katılımcıların bilgilendirilmeleri ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, çalışmanın  $H_1$ <sup>31</sup> ve  $H_2$ <sup>32</sup> no'lu kuramsal hipotezlerini doğrulamaktadır. Anayasal bir kamu hizmeti vermekte olan kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmetlerindeki (hasta ve hasta yakını memnuniyeti) kaliteyi artırmak amacı ile Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne (1923-2017) kadar yapılmış faaliyetler derinlemesine araştırılıp, araştırma sonucunda sağlık hizmetlerinin artırılması ile ilgili sayısızca sağlık politikalarının geliştirildiği ve bu yönde adımlar atıldığı görülmüştür. Yapılan sağlık reformu programlarında hasta ve hasta memnuniyeti için her türlü önlemin alınması ve uygulamaya konulması önerisinin yanında, sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak için sağlık

---

<sup>31</sup>  $H_1$ : Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında "Örgütsel İletişim" kavramı yeterince bilinmemektedir.

<sup>32</sup>  $H_2$ : Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında "Sağlık İletişim" kavramı yeterince bilinmemektedir.

kuruluşlarındaki iletişim ve işleyişin sağlıklı yürütülmesinde, öneminin günden güne arttığına inanılan örgütsel ve sağlık iletişim ile ilgili çalışmalara başlanması vurgulanmıştır.

Ancak, bu konuda gerek yasal gerek uygulama düzeyindeki çalışmaların yok denecek kadar az olduğu görülmüştür. Bu sonuç, çalışmanın **H<sub>3</sub>**<sup>33</sup> ve **H<sub>4</sub>**<sup>34</sup> no'lu kuramsal hipotezlerini doğrulamaktadır. Fakat, bu konuda gerekli adımların atılamaması nedeninin, Türkiye'de iletişim ve halka ilişkiler disiplinlerinin öneminin oldukça geç fark edilmesinin ve akademik düzeyde bu alanlarda lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin gelişmiş ülkelere oranla oldukça yeni olması olduğu düşünülmektedir. Çünkü 1959 yılında kurulan Avrupa Halkla İlişkiler Konfederasyonu (CERP-La Confédération Européenne Des Relations Publiques)'nda halkla ilişkiler eğitimi ve halka ilişkiler mesleğini belirli bir standarda kavuşturmanın tüm örgütler açısından önemi vurgulanarak gerekli önlemler alınmış ve halkla ilişkiler mesleğinin tanımı yapılmıştır.

Araştırma süresince yapılan anket çalışmalarında, gerek katılımcıların gerek sağlık hizmetleri ile ilgili potansiyel çalışanların sağlık iletişimini, ilk bakışta hekim-hasta iletişimi olarak algıladıkları görülmüştür. Oysa, sağlık iletişimi ile ilgili olarak yapılan araştırmalar sonucunda, sağlık iletişiminin sadece hekim-hasta iletişimi ile sınırlı olmadığı, sağlık davranışlarının ve sağlık iletişimi sürecinde yapılan kampanyaların da bu kapsamda ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, çalışmanın **H<sub>5</sub>**<sup>35</sup> no'lu kuramsal hipotezini doğrulamıştır. Her iki hastanede, örgütsel ve sağlık iletişimi ile ilgili yapılan anket çalışmaları esnasında, gözleme dayalı olarak, özel sektör sağlık kuruluşunda aktif olan sağlık iletişim birimi (halkla ilişkiler birimi)'nin kamu hastanesindeki sağlık iletişim birimine göre daha verimli, yararlı, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetleri açısından daha pozitif olduğu görülmüştür. Bu sonuç, çalışmanın **H<sub>6</sub>**<sup>36</sup>, **H<sub>7</sub>**<sup>37</sup>, **H<sub>8</sub>**<sup>38</sup> ve **H<sub>9</sub>**<sup>39</sup> no'lu kuramsal

---

<sup>33</sup> **H<sub>3</sub>**: Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında hasta ve hasta memnuniyetindeki algılamalarda "Örgütsel İletişim" ve "Sağlık İletişimi" konuları, gerek yapılan yasal düzenlemelerde, gerek uygulamalarda yeterince benimsenmemiştir.

<sup>34</sup> **H<sub>4</sub>**: "Örgütsel İletişim" ve "Sağlık İletişimi" kavramlarının hasta ve hasta memnuniyetlerindeki önemli rolü yeterince bilinmemektedir.

<sup>35</sup> **H<sub>5</sub>**: Sağlık İletişimi kavramından söz edildiğinde sadece hekim-hasta iletişimi anlaşılmaktadır.

<sup>36</sup> **H<sub>6</sub>**: Kamu sağlık kuruluşlarında hasta iletişim birimleri (halkla ilişkiler birimi) yeterince aktif ve verimli değildirler.

hipotezlerini doğrulamıştır. Gözleme dayalı yapılan araştırma sonucuna göre, varılan bir diğer sonuç, özel sektör sağlık kuruluşlarının gerek örgüt dışı hedef kitleye gerek kamuoyuna karşı tanıtım faaliyetlerinin kamu sağlık kuruluşlarına göre daha etkin olduğu söylenebilir. Bu sonuç, çalışmanın **H<sub>10</sub>**<sup>40</sup> ve **H<sub>11</sub>**<sup>41</sup> no'lu kuramsal hipotezlerini doğrulamaktadır. Bu sonuca, hastanelerin medya (tv, radyo, gazete, sosyal medya vb.)'da yapılan reklâm ve tanıtım faaliyetlerine göre varılmıştır. Kamu hastanelerindeki reklâm ve tanıtım faaliyetlerine yeterince yer verilmemesinde SB'nin sağlık sektörü ile ilgili tanıtım faaliyetlerine sıcak ve olumlu bakmaması etkili olabilir.

Kamu ve özel sektör kuruluşlarında, örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi ile ilgili, gözleme dayalı olarak, çalışmanın kuramsal hipotezleri doğrultusunda yapılan araştırmalar ile elde edilen sonuçlar bağlamında konu, tüm kuramları ile detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu çalışma sonucunda, örgütsel iletişimi anlamak için örgüt ve kuramlarının, iletişim ve kuramlarının, örgütsel iletişim ve kuramlarının birlikte ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Sağlık iletişimini anlamanın ise, iletişim, sağlık ve sağlık iletişimi kuramlarının birlikte ele alınmak suretiyle özümsenebileceği sonucuna varılmıştır. Çünkü bu konular birbirinden bağımsız düşünülemez. Kuramsal anlamda ulaşılan diğer önemli bir sonuç, örgütsel iletişim faaliyetlerinin aynı zamanda bir halkla ilişkiler faaliyeti olduğunun bu çalışmayla farkına varılmasıdır. Yani, kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında halkla ilişkiler faaliyetlerinin, bir örgütte iletişimin yönetim faaliyeti olduğu sonucuna varılmasıdır. Bu çalışmanın, kuramsal anlamda en büyük akademik ve sektörel katkısı, bu bakış açısı ile örgütsel iletişim ve sağlık iletişiminin ele alınmasıdır.

Araştırma, tüm alt problemleri ile ele alınmış, hipotezleri test edilerek, karşılaştırmalar bu yönde yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının **örgütsel iletişim**

---

<sup>37</sup> **H<sub>7</sub>**: Hasta ve hasta yakınları, kamu sağlık kuruluşlarında hasta iletişim birimlerindeki hizmet kalitesinden memnun değildirler

<sup>38</sup> **H<sub>8</sub>**: Özel sektör sağlık kuruluşlarındaki hasta iletişim birimleri (halkla ilişkiler birimi) kamu sağlık kuruluşlarındaki birimlere göre nispeten kaliteli hizmet vermektedirler.

<sup>39</sup> **H<sub>9</sub>**: Hasta ve hasta yakınları, özel sağlık kuruluşlarındaki hasta iletişim birimlerinde verilen hizmetten memnundurlar.

<sup>40</sup> **H<sub>10</sub>**: Kamu sağlık kuruluşlarında örgüt dışı kamuya yönelik tanıtım çalışmaları az denecek kadar azdır.

<sup>41</sup> **H<sub>11</sub>**: Özel sağlık kuruluşları, örgüt dışı kamuya yönelik tanıtım çalışmaları kamu hastanelerine göre nispeten fazladır.

özelliklerinin çeşitli demografik özelliklerine göre anlamlı farklılaşma gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan veri analizlerine göre, Mengücek Gazi Hastanesi ve Özel Neon Hastanesi ile ilgili şu sonuçlara varılmıştır;

Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları, **hastane türüne göre** değerlendirildiğinde; **stratejik iletişim**<sup>42</sup> ve **genel iletişim**<sup>43</sup> süreçleri alt boyutunda anlamlı farklılaşma olmadığı ancak **iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda**, Özel Neon Hastanesinde çalışanların puan ortalamalarının<sup>44</sup>, Mengücek Gazi Hastanesindeki çalışanların puan ortalamasından<sup>45</sup> yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, çalışmanın örgütsel iletişim ile ilgili **H<sub>1</sub>**<sup>46</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **cinsiyetlerine göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>47</sup>, genel iletişim alt boyutunda<sup>48</sup> ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>49</sup> cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Mengücek Gazi Hastanesinde ise sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>50</sup>, genel iletişim alt boyutunda<sup>51</sup> ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>52</sup> cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında

---

<sup>42</sup> ( $t_{298} = 1,43, p > .01$ )

<sup>43</sup> ( $t_{298} = 1,50, p > .01$ )

<sup>44</sup> ( $X = 8,36$ )

<sup>45</sup> ( $X = 7,50$ ).

<sup>46</sup> **H<sub>1</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

<sup>47</sup> ( $t_{148} = 17, p > .01$ )

<sup>48</sup> ( $t_{148} = 32, p > .01$ )

<sup>49</sup> ( $t_{148} = 16, p > .01$ )

<sup>50</sup> ( $t_{148} = 40, p > .01$ )

<sup>51</sup> ( $t_{148} = 42, p > .01$ )

<sup>52</sup> ( $t_{148} = 89, p > .01$ )



cinsiyetlere göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu olmamıştır. Bu sonuç, çalışmanın örgütsel iletişim ile ilgili **H<sub>2</sub>**<sup>53</sup> no'lu araştırma hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **medeni durumlarına göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>54</sup>, genel iletişim alt boyutunda<sup>55</sup> ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>56</sup> medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>57</sup>, genel iletişim alt boyutunda<sup>58</sup> ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>59</sup> medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu olmamıştır. Bu sonuç, çalışmanın **H<sub>3</sub>**<sup>60</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **yaşlarına göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>61</sup> yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuş olup, sağlık çalışanlarından yaşı 18-25 arasında olanların ve yaşı 26-33 arasında olanların puan ortalamalarının diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>62</sup> ve genel iletişim alt boyutunda<sup>63</sup>

---

<sup>53</sup> **H<sub>2</sub>**: Özel Neon hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma söz konusu değildir.

<sup>54</sup> (F<sub>148=</sub> 13,p>. 01)

<sup>55</sup> (F<sub>148=</sub> 069,p>. 01)

<sup>56</sup> (F<sub>148=</sub> 17,p>. 01)

<sup>57</sup> (t<sub>148=</sub> 1.29,p>. 01)

<sup>58</sup> (t<sub>148=</sub> 1.053,p>. 01)

<sup>59</sup> (t<sub>148=</sub> 1.38,p>. 01)

<sup>60</sup> **H<sub>3</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma yoktur.

<sup>61</sup> (F<sub>148=</sub> 4,13,p<. 01)

<sup>62</sup> (F<sub>148=</sub> 41,p>. 01)

yaşa göre anlamlı farklılaşma olmadığı sonucuna varılmıştır. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>64</sup> yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuş, sağlık çalışanlarından yaşı 18-25 arasında olanların ve yaşı 26-33 arasında olanların puan ortalamalarının diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>65</sup> ve genel iletişim alt boyutunda<sup>66</sup> yaşa göre anlamlı farklılaşma olmadığı sonucuna varılmıştır. Her iki hastane sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu olmamıştır. Ancak, yaş faktörünün, her iki hastanede sağlık çalışanlarından yaşları 18-25 ile 26-33 arasında olanların iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda diğer yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, çalışmanın örgütsel iletişim ile ilgili **H<sub>4</sub>**<sup>67</sup> no'lu hipotezimizi doğrulamaktadır.

Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **ünvanlarına göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>68</sup> ve genel iletişim alt boyutunda<sup>69</sup> ünvana göre anlamlı farklılaşma göstermiş olup, her iki alt boyutta da **hemşirelerin** puan ortalamasının diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>70</sup> ise anlamlı farklılaşma göstermediği görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının genel iletişim alt boyutunda<sup>71</sup> ünvana göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, **hekimlerin** puan

---

<sup>63</sup> (F<sub>148=</sub>, 39,p>. 01)

<sup>64</sup> (F<sub>148=</sub> 5,29,p<. 01)

<sup>65</sup> (F<sub>148=</sub>. 59,p>. 01)

<sup>66</sup> (F<sub>148=</sub>, 163,p>. 01)

<sup>67</sup> **H<sub>4</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

<sup>68</sup> (F<sub>148=</sub> 3,59,p<. 01)

<sup>69</sup> (F<sub>148=</sub> 3,16,p<. 01)

<sup>70</sup> (F<sub>146=</sub>. 79,p>. 01)

<sup>71</sup> (F<sub>148=</sub> 3,46,p<. 01)

ortalamasının diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>72</sup> ve stratejik iletişim alt boyutunda<sup>73</sup> anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında ise, Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanları arasında stratejik ve genel iletişim alt boyutlarında **hemşirelerin** puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek iken, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanları arasında, genel iletişim alt boyutunda **hekimlerin** puan ortalaması diğer çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, çalışmanın örgütsel iletişim ile ilgili **H<sub>5</sub>**<sup>74</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **hastanedeki çalışma süresine göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>75</sup>, genel iletişim alt boyutunda<sup>76</sup> ve iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>77</sup> anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>78</sup> ve genel iletişim alt boyutunda<sup>79</sup> hastanede çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılaşma göstermiş olup, her iki alt boyutta da çalışma süresi 4-6 yıl ve 7-9 yıl olanların puan ortalamasının çalışma süresi 0-3 yıl ve 10 yıl ve daha fazla olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>80</sup> hastanede çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma göstermediği görülmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında ise, üç alt boyutta Özel Neon Hastanesi sağlık çalışanları arasında çalışma sürelerine

---

<sup>72</sup> (F<sub>146=</sub> 65,p>. 01)

<sup>73</sup> (F<sub>148=</sub> 1,06,p>. 01)

<sup>74</sup> **H<sub>5</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanları arasında unvanlarına göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

<sup>75</sup> (F<sub>146=</sub> 1,98,p>. 01)

<sup>76</sup> (F<sub>146=</sub> 1,91,p>. 01)

<sup>77</sup> (F<sub>146=</sub> 1,76,p>. 01)

<sup>78</sup> (F<sub>146=</sub> 2,91,p<. 01)

<sup>79</sup> (F<sub>146=</sub> 2,97,p<. 01)

<sup>80</sup> (F<sub>146=</sub> 1,47,p>. 01)

göre anlamlı bir farklılaşma söz konusu değil iken, Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanları arasında stratejik iletişim ve genel iletişim alt boyutlarında hastanede çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılaşmalar olup, çalışma süreleri 4-6 yıl ve 7-9 yıl olanların, 0-3 yıl ve 10 yıl ve daha fazla olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, çalışmanın örgütsel iletişim ile ilgili **H<sub>6</sub>**<sup>81</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastanedeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puanlarının **sağlık sektöründeki çalışma süresine göre** değerlendirilmesinde; Özel Neon Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>82</sup> anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, sağlık sektöründe 4-6 yıldır çalışanların puan ortalamasının sağlık sektöründe 0- yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>83</sup> ve genel iletişim alt boyutunda<sup>84</sup> sağlık sektöründe çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Mengücek Gazi Hastanesindeki sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda<sup>85</sup> anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, sağlık sektöründe 4-6 yıldır çalışanların puan ortalamasının sağlık sektöründe 0- yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının stratejik iletişim alt boyutunda<sup>86</sup> ve genel iletişim alt boyutunda<sup>87</sup> ise sağlık sektöründe çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında ise, her iki hastanede de sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamalarının iletişime yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri alt boyutunda, sağlık sektöründe 4-6 yıl arasında çalışanların 0- yıldır çalışanlara göre puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu

---

<sup>81</sup> **H<sub>6</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında hastanedeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma vardır.

<sup>82</sup> (F<sub>146</sub>= 2,99,p<. 01)

<sup>83</sup> (F<sub>146</sub>= 1,05,p>. 01)

<sup>84</sup> (F<sub>146</sub>= 1,70, p>. 01)

<sup>85</sup> (F<sub>146</sub>= 2,49,p<. 01)

<sup>86</sup> (F<sub>146</sub>= 1,73,p>. 01)

<sup>87</sup> (F<sub>146</sub>= 1,88,p>. 01)

görülmüş olup, diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, çalışmanın **H<sub>7</sub>**<sup>88</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarının **sağlık iletişim** özelliklerinin çeşitli demografik özelliklerine göre anlamlı farklılaşma gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan veri analizlerine göre ise, Mengücek Gazi Hastanesi ve Özel Neon Hastanesi ile ilgili şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Her iki hastanedeki hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **hastane türüne göre** değerlendirildiğinde; hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>89</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>90</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>91</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>92</sup>, hastane türüne anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir. Her iki hastane karşılaştırıldığında, **hekim-hasta iletişimi alt boyutunda**, Özel Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının<sup>93</sup>, Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından<sup>94</sup> anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının hekim-hasta iletişiminin daha güçlü olduğu ve puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilebilir. **İş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda** Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının<sup>95</sup>, Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından<sup>96</sup> düşük olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ve kamu hastanesinde iş yoğunluğunun iletişim üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu şeklinde değerlendirilebilir. **İletişimde etik unsurlar alt**

---

<sup>88</sup> **H<sub>7</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim puan ortalamaları arasında sağlık sektöründeki çalışma süresine göre anlamlı farklılaşma vardır.

<sup>89</sup> ( $t_{298}=8,56, p<.01$ )

<sup>90</sup> ( $t_{298}=3,78, p<.01$ )

<sup>91</sup> ( $t_{298}=4,31, p<.01$ )

<sup>92</sup> ( $t_{298}=6,63, p<.01$ )

<sup>93</sup> ( $X=17,33$ )

<sup>94</sup> ( $X=14,16$ )

<sup>95</sup> ( $X=20,47$ )

<sup>96</sup> ( $X=23,57$ )

**boyutunda**, Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının<sup>97</sup>, Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından<sup>98</sup> düşük olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Mengücek Gazi Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve kamu hastanesinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik iletişimde etik unsurların daha fazla yaşandığı şeklinde değerlendirilebilir. **İletişime açıklık alt boyutunda** ise Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının<sup>99</sup> ve Mengücek Gazi Hastanesindekilerin puan ortalamalarından<sup>100</sup> yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, Özel Neon Hastanesindeki hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve özel hastanelerde iletişime açıklık algısının daha fazla olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>1</sub>**<sup>101</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **cinsiyetlerine göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>102</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>103</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>104</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>105</sup> cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde ise hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>106</sup> cinsiyete göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, kadın hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamasının<sup>107</sup> ve erkek hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamasından<sup>108</sup> düşük

---

<sup>97</sup> (X= 14,36)

<sup>98</sup> (X=16,21)

<sup>99</sup> (X= 14,74)

<sup>100</sup> (X=10,06)

<sup>101</sup> **H<sub>1</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hastane türüne göre anlamlı farklılaşmalar söz konusudur.

<sup>102</sup> (t<sub>148</sub>= -.052,p>. 01)

<sup>103</sup> (t<sub>148</sub>=, 767,p>. 01)

<sup>104</sup> (t<sub>148</sub>= 1.57,p>. 01)

<sup>105</sup> (t<sub>148</sub>=, 037,p>. 01)

<sup>106</sup> (t<sub>148</sub>= 3. 34,p>. 01)

<sup>107</sup>X=20, 30

olduğu ve erkeklerin puan ortalamasının kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. İş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>109</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>110</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>111</sup> cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane karşılaştırıldığında, hekim-hasta iletişim alt boyutunda, Mengücek Gazi Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan erkek hasta ve hasta yakınlarının, kadın hasta ve hasta yakınlarına göre hekim-hasta iletişimini daha sağlıklı yürüttükleri sonucuna ulaşılmıştır. Diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişim ile ilgili **H<sub>2</sub>**<sup>112</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **özel sigortalı olup olmama durumuna göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının özel sigortalı olup olmama durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>113</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>114</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>115</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>116</sup> özel sigortalı olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde ise tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının da özel sigortalı olup olmama durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>117</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>118</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>119</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>120</sup> özel sigortalı olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Her iki hastane karşılaştırıldığında, her iki hastanede sağlık hizmeti

---

<sup>108</sup>X=25,36

<sup>109</sup> (t<sub>148=</sub>, 395,p>. 01)

<sup>110</sup> (t<sub>148=</sub> 1.551,p>. 01)

<sup>111</sup> (t<sub>148=</sub>, 320, p>. 01)

<sup>112</sup> **H<sub>2</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında cinsiyetlerine göre anlamlı farklılaşma vardır.

<sup>113</sup> (t<sub>148=</sub> 1.05,p>. 01)

<sup>114</sup> (t<sub>148=</sub>, 51,p>. 01)

<sup>115</sup> (t<sub>148=</sub> 2.17,p>. 01)

<sup>116</sup> (t<sub>148=</sub>, 96,p>. 01)

<sup>117</sup> (t<sub>148=</sub>, 841,p>. 01)

<sup>118</sup> (t<sub>148=</sub> 1,18,p>. 01)

<sup>119</sup> (t<sub>148=</sub>, 47,p>. 01)

<sup>120</sup> (t<sub>148=</sub>, 11,p>. 01)

almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının oluşmasında, özel sigortalı olma durumlarının anlamlı düzeyde bir fark olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>3</sub>**<sup>121</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları **hasta ve hasta olmama durumuna göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hasta veya hasta yakını olma durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>122</sup> ve iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>123</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>124</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>125</sup> hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hasta veya hasta yakını olma durumuna göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>126</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>127</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>128</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>129</sup> hasta ve hasta yakını olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüş olup, her iki hastane karşılaştırıldığında her iki hastanede sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının oluşmasında hasta ve hasta yakını olma durumlarının anlamlı düzeyde bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>4</sub>**<sup>130</sup> no'lu hipotezini **doğrulamamıştır**.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **medeni durumlarına göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta

---

<sup>121</sup> **H<sub>3</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında özel sigortalı olup olmama durumuna göre anlamlı farklılaşma söz konusu değildir.

<sup>122</sup> (t<sub>148=</sub>, 87,p<. 01)

<sup>123</sup> (t<sub>148=</sub>, 86,p>. 01)

<sup>124</sup> (t<sub>148=</sub>, 12,p>. 01)

<sup>125</sup> (t<sub>148=</sub>, 19,p>. 01)

<sup>126</sup> (t<sub>148=</sub> 1.71,p>. 01)

<sup>127</sup> (t<sub>148=</sub>, 05,p>. 01)

<sup>128</sup> (t<sub>148=</sub>, 15,p>. 01)

<sup>129</sup> (t<sub>148=</sub> 1.84,p>. 01)

<sup>130</sup> **H<sub>4</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında hasta veya hasta yakını olma durumuna göre anlamlı farklılaşma olabilir.



ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının medeni duruma göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>131</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>132</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>133</sup>, ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>134</sup>, medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının medeni duruma göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>135</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>136</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>137</sup>, ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>138</sup> medeni duruma göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüş olup, her iki hastane karşılaştırıldığında her iki hastanede sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının oluşmasında medeni durumlarının anlamlı düzeyde bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>5</sub>**<sup>139</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **yaşlarına göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>140</sup> ve iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>141</sup>, yaşa göre anlamlı farklılaşma gösterdiği bulunmuş olup, ve her iki alt boyutta da 26-33 yaş aralığında bulunanların puan ortalamalarının 50-57 yaş aralığında olanlara göre ve 58-65 yaş aralığında olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. İletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>142</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>143</sup> ise yaşa göre

---

<sup>131</sup> (t<sub>148=</sub>, 52, p>. 01)

<sup>132</sup> (t<sub>148=</sub> 1,01, p>. 01)

<sup>133</sup> (t<sub>148=</sub> 54, p>. 01)

<sup>134</sup> (t<sub>148=</sub>, 97, p>. 01)

<sup>135</sup> (t<sub>148=</sub>, 70, p>. 01)

<sup>136</sup> (t<sub>148=</sub>, 97, p>. 01)

<sup>137</sup> (t<sub>148=</sub>, 89, p>. 01)

<sup>138</sup> (t<sub>148=</sub> 1,58, p>. 01)

<sup>139</sup> **H<sub>5</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılaşma yoktur.

<sup>140</sup> (F<sub>144=</sub> 4,83, p<. 01)

<sup>141</sup> (F<sub>144=</sub>, 83, p<. 01)

<sup>142</sup> (F<sub>144=</sub> 2,01, p>. 01)

<sup>143</sup> (F<sub>144=</sub> 1,40, p>. 01)

anamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>144</sup>, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>145</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>146</sup>, ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>147</sup>, yaşa göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüş olup, her iki hastane karşılaştırıldığında Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının hekim-hasta iletişimi alt boyutunda ve iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda 26-33 yaş aralığında bulunanların puan ortalamalarının 50-57 yaş aralığında olanlara göre ve 58-65 yaş aralığında olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, diğer alt boyutlarda ise anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>6</sub>**<sup>148</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **eğitim düzeylerine göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>149</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>150</sup> eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermiş olup, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkökul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İletişime açıklık alt boyutunda ise lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkökul ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>151</sup> ve iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>152</sup> eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılık

---

<sup>144</sup> (F<sub>148=</sub> 1,45,p>. 01)

<sup>145</sup> (F<sub>148=</sub>, 20, p>. 01)

<sup>146</sup> (F<sub>148=</sub> 1,36,p>. 01)

<sup>147</sup> (F<sub>148=</sub> 1,01,p>. 01)

<sup>148</sup> **H<sub>6</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında yaşlarına göre anlamlı farklılaşma vardır.

<sup>149</sup> (F<sub>295=</sub> 5,49,p<. 01)

<sup>150</sup> (F<sub>295=</sub> 9,20, p<. 01)

<sup>151</sup> (F<sub>146=</sub>, 316,p>. 01)

<sup>152</sup> (F<sub>146=</sub> 1.17,p>. 01)

göstermediği bulunmuştur. Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>153</sup>, hekim- hasta iletişimi alt boyutunda<sup>154</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>155</sup> eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermiş, her üç alt boyutta da lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, ilkokul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>156</sup> eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında, Özel Neon Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarında, hekim-hasta iletişimi ve iletişime açıklık alt boyutunda lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkokul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüş, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, hekim- hasta iletişimi alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda lisans, yüksek lisans ve doktora yapanların puan ortalamalarının ilkokul mezunu olanlara göre ve ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak, bu üstünlük hekim-hasta iletişimi alt boyutunda daha fazladır. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>7</sub>**<sup>157</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **sosyal güvence durumlarına göre** değerlendirildiğinde; Özel Neon Hastanesinde hasta hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre sadece iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>158</sup> anlamlı farklılaşma görülmüş, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda emekli sandığına bağlı olan hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer sosyal güvenceye sahip olanlara göre

---

<sup>153</sup> (F<sub>145</sub>= 2,53,p<. 01)

<sup>154</sup> (F<sub>145</sub>= 4,21,p<. 01)

<sup>155</sup> (F<sub>295</sub>= 2,78,p<. 01)

<sup>156</sup> (F<sub>145</sub>=, 79,p>. 01)

<sup>157</sup> **H<sub>7</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

<sup>158</sup> (F<sub>146</sub>=, 056,p<. 01)

anlamli düzeyde daha yuiksek olduğu grlmitir. Hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>159</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>160</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>161</sup>, sosyal güvence durumuna göre anlamli düzeyde farklılaşma göstermediği görülmektedir. Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>162</sup>, i yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>163</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>164</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>165</sup> sosyal güvence türüne göre anlamli farklılaşma olduğu bulunmuştur. Hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, i yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda emekli sandığına bağlı olan hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının diğer sosyal güvenceye sahip olanlara göre anlamli düzeyde daha yuiksek olduğu sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında, zel Neon Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda, emekli sandığına bağlı olanların, diğer sosyal güvenceye sahip hasta ve hasta yakınlarına göre daha yuiksek olduğu grlmi, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, dört alt boyutta da emekli sandığına bağlı hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanlarının diğer sosyal güvenceye bağlı hasta ve hasta yakınlarının puanlarından fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>8</sub>**<sup>166</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **mesleklerine göre** değerlendirildiğinde; zel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre i yoğunluğunun iletişime etkisi alt

---

<sup>159</sup> (F<sub>146</sub>= 2,83,p>. 01)

<sup>160</sup> (F<sub>146</sub>= 2,29,p>. 01)

<sup>161</sup> (F<sub>146</sub>= 1,29,p>. 01)

<sup>162</sup> (F<sub>146</sub>= 3,39,p<. 01)

<sup>163</sup> (F<sub>146</sub>= 5,20, p<. 01)

<sup>164</sup> (F<sub>146</sub>= 3,45,p<. 01)

<sup>165</sup> (F<sub>146</sub>= 6,33,p<. 01)

<sup>166</sup> **H<sub>8</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında sosyal güvence durumuna göre anlamli farklılaşma söz konusu değildir.

boyutunda<sup>167</sup> meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, memurların puan ortalamalarının serbest meslek sahibi olanlara göre ve emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>168</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>169</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>170</sup> anlamlı farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>171</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>172</sup> meslek değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, her iki alt boyutta da memurların puan ortalamalarının serbest meslek sahibi olanlara göre ve emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının mesleklerine göre iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda<sup>173</sup> ve iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>174</sup> anlamlı farklılaşma göstermediği sonucuna varılmıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında Özel Neon Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının mesleklerine göre, sağlık iletişim puanlarının iş yoğunluğunun iletişime etkisi alt boyutunda farklılık gösterdiği, memurların puan ortalamalarının diğer emekli olanlar ve serbest meslek sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, hekim-hasta iletişimi ve iletişime açıklık alt boyutunda anlamlı farklılıklar görülmüş, her iki boyutta da, memurların sağlık iletişim puanlarının emekli olanlar ile serbest meslek sahibi olanlara göre yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, çalışmanın sağlık iletişimi ile ilgili **H<sub>9</sub>**<sup>175</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

---

<sup>167</sup> (F<sub>142=</sub> 2,69,p<.05)

<sup>168</sup> (F<sub>142=</sub> 92,p>. 01)

<sup>169</sup> (F<sub>142=</sub> 1,33,p>. 01)

<sup>170</sup> (F<sub>142=</sub> 60, p>. 01)

<sup>171</sup> (F<sub>142=</sub> 3,74,p<.05)

<sup>172</sup> (F<sub>142=</sub> 2,76,p<.05)

<sup>173</sup> (F<sub>142=</sub> 1,89,p>. 01)

<sup>174</sup> (F<sub>142=</sub> 1,07,p>. 01)

<sup>175</sup> **H<sub>9</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında mesleklerine göre anlamlı farklılaşma söz konusudur.

Her iki hastane, hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları, **tedavi olunan polikliniğe göre** değerlendirildiğinde, Özel Neon Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının tedavi oldukları polikliniğe göre iş yoğunluğunun iletişim üzerinde ki etkisi alt boyutunda<sup>176</sup>, hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>177</sup>, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>178</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>179</sup> tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Mengücek Gazi Hastanesinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puan ortalamalarının tedavi oldukları polikliniğe göre iletişimde etik unsurlar alt boyutunda<sup>180</sup> ve iletişime açıklık alt boyutunda<sup>181</sup> tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılık gösterdiği, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda doğum polikliniğinde ve cildiye polikliniğinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının FTR, psikiyatri, iç hastalıkları, kardiyoloji ve göğüs polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İletişime açıklık alt boyutunda ise dahiliye ve cildiye polikliniğinde tedavi görenlerin puan ortalamalarının iç hastalıkları, beyin cerrahi, psikiyatri ve göz polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İş yoğunluğunun iletişim üzerinde ki etkisi alt boyutunda<sup>182</sup> ve hekim-hasta iletişimi alt boyutunda<sup>183</sup> tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma bulunamamıştır. Her iki hastane karşılaştırıldığında, Özel Neon Hastanesinde sağlık hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarının tedavi oldukları polikliniklere göre, her dört alt boyutta da anlamlı bir farklılık görülmemiş, Mengücek Gazi Hastanesinde ise, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda ve iletişime açıklık alt boyutunda anlamlı farklılıklar gösterdiği, iletişimde etik unsurlar alt boyutunda doğum polikliniğinde ve cildiye polikliniğinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının FTR, psikiyatri, iç hastalıkları, kardiyoloji ve göğüs polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, iletişime açıklık alt boyutunda ise dahiliye ve cildiye

---

<sup>176</sup> ( $X^2= 8,96,p>. 01$ )

<sup>177</sup> ( $X^2= 14,28,p>. 01$ )

<sup>178</sup> ( $X^2= 22,00, p>. 01$ )

<sup>179</sup> ( $X^2= 11,27,p>. 01$ )

<sup>180</sup> ( $X^2= 26,03,p<. 01$ )

<sup>181</sup> ( $X^2= 23,06,p<. 01$ )

<sup>182</sup> ( $X^2= 17,53,p>. 01$ )

<sup>183</sup> ( $X^2= 13,10,p>. 01$ )

polikliniğinde tedavi görenlerin puan ortalamalarının iç hastalıkları, beyin cerrahi, psikiyatri ve göz polikliniğinde tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, sağlık iletişimi ile ilgili çalışmanın **H<sub>10</sub>**<sup>184</sup> no'lu hipotezini doğrulamaktadır.

Sonuç olarak; anayasal bir kamu hizmeti vermekte olan kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında, çalışanların örgütsel iletişim ile sağlık hizmetini almakta olan hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim algılamalarında demografik özelliklerinin yanında örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi konularındaki akademik ve sektörel bilgi düzeylerinin önemli ve etkili olduğu söylenebilir. Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar gerçekleştirilen sağlık reformlarında, sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak, sağlık politikalarının temel amaçlarından biri olarak görülmüş, örgütsel iletişim ve sağlık iletişiminin bu amacı gerçekleştirmek için önemli bir araç olduğunun farkına varılmasına ve mutlaka dikkate alınmasının gerekliliği üzerinde durulmasına rağmen, bu yönde girişimler oldukça zayıf kalmıştır. Sağlık hizmetleri, bir ülkede en çok hedef kitlesi olan bir sosyal ve kamusal bir hizmettir. Bu açıdan, gerek siyasi iktidarlar gerek kamuoyu tarafından oldukça önemsenen bir hizmet olarak algılanmaktadır. Çünkü, siyasi başarılarının elde edilmesinde kamuoyunun sağlık hizmetlerindeki memnuniyetleri oldukça ön plana çıkar. Sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmak için de tez çalışmasına temel konu olan kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında örgütsel iletişim ve sağlık iletişimi konularında gerekli tedbirlerin alınmasıdır. Bunların başında, bunun bir sağlık politikasına dönüştürülmesi gelmektedir.

---

<sup>184</sup> **H<sub>10</sub>**: Özel Neon Hastanesi ile Mengücek Gazi Hastanesinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının sağlık iletişim puanları arasında tedavi olunan polikliniğe göre anlamlı farklılaşma vardır.





## KAYNAKLAR

- Akar, E.** (2010). *Sosyal Medya Pazarlaması: Sosyal Webde Pazarlama Stratejileri*, Efil Yayınevi, Ankara.
- Akat, İ. ve Budak, G.** (1999). *İşletme Yönetimi*, Barış Yayınları, İzmir.
- Akdağ, R.** (2010). *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Çev., Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Akdağ, R.** (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Akdağ, R.** (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Akdağ, R. ve Ünüvar, N.** (2002). *Sağlık Reformu Önerisi*, Ankara, (Yayınlanmamış Rapor).
- Akdur, R.** (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara.
- Akgün, M.** (2012). *Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda İletişim Güçlükleri ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı*, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 9 (2): 51-56.
- Aksoy, R. ve Bayramoğlu, V.** (2008). *Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlemeleri*, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 4,Sayı 7,2 ss. 85-96.
- Aktan, C. C.** (2009). *Kurumsal Kültür*, SPK Kurumsal Araştırmalar Serisi No: 3,Yayın No: 195,Ankara.
- Aktan, E.** (2007). *Kurumsal İletişim Sürecinde Liderin Rolü*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, SBE, Konya.
- Altındaş, E. ve Çamur, D.** (2005). *Sözsüz İletişim-Beden Dili*, Aktüel Basım Yayın, İstanbul.
- Argenti, P. A.** (1996). *Corporate Communication as a Discipline: Toward a Definition, Management Communication Quarterly*, C. X, No: 1,73-97.
- Argenti, P. A.** (2006). *How Technology Has Influenced the Field of Corporate Communication, Journal of Business and Technical Communication*, C. XX, No: 3,357-370.
- Asna, A.** (2012). *Kuramda ve Uygulamada Halkla İlişkiler*, Pozitif Yayınları, Ankara.
- Aşkun, İ. C.** (1981). *Örgütsel İletişim ve Küçük Grup Boyutları*, Kurgu Dergisi, 4: s. 1-39.
- Atıcı, E.** (2007). *Hasta-Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (2) 91-96.
- Aytürk, N.** (2015). *Örgütsel ve Yönetimsel Davranış*, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Aziz, A.** (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem ve Teknikleri*, Nobel Yayınevi, Ankara.

- Babrow, A. S. ve Mattson, M.** (2003). *Theorizing About Health Communication, Handbook of Health Communication*, T. L. Thompson ve diğ. (der.) içinde, USA. New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates, 35-61.
- Balcı, A.** (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma, Yöntem ve Teknikleri*, Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Backer, T. E., Rogers, E. M. ve Sopory, P.** (1992). *Designin Health Communication Campaigns What Works?*, California: Sage Publications.
- Baldwin, J. R., Perry S. D. ve Moffit, M. A.** (2004). *Communication Theories for Everday Life*. Boston: Pearson Education Inc.
- Başol, E.** (2015). *Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler*, IAAOJ, Social Science, 2 (2), 1-26.
- Baransel, A.** (1979). *Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi*, İ. Ü. İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınlar, İstanbul.
- Baltaş, Z.** (2007). *Sağlık Psikolojisi*, Remzi Kitabevi, 3.Basım, İstanbul.
- Barnlund, D.** (1968). *Interpersonal Communication: Survey and Study*, Boston, Houghton Mifflin.
- Bayrak, S.** (1995). *Örgütlerde Etkili iletişim ve Yönetimi*. Atatürk Üniversitesi SBE işletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.
- Becerikli, S. Y.** (2012). *Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması Yoluyla Kamu Kampanyaları ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği*, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, II. Cilt, 43,163-177.
- Belasen, A. T.** (2008). *The Theory and Practice of Corporate Communication: A Competing Values Perspective*, California, Sage Publications.
- Belch, G. ve Belch, M.** (2001). *Advertising and Promotion: An Integrated Marketing Communications Perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Belek, İ.** (1993). *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*, Der Yayınları, İstanbul.
- Berelson, B. ve Steiner, G. A.** (1964). *Human Behavior: An İntenvory of Scientific Findings*, New York, Harcourt Brace Jovanovich.
- Berry, D.** (2006). *Health Communication: Theory and Practice*, Buckingham: Open University Press.
- Bal P.** (1981). *Communicating with non-English-speaking patients*. Br Med J (Clin Res Ed), 283 (6287): 368.
- Berlin Ray, E. ve Donohew, L.** (1990). *Communication and Health: Systems and Application*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bıçakçı, İ.** (2006). *İletişim ve Halkla İlişkiler*, 6. Baskı, Mediacat Yayınları, İstanbul.
- Bircan, H. ve Baycan, S.** (2004). *Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği*, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 28,No: 2,S. 173-185.
- Brown, A.** (1995). *Politics, Symbolic Action and Myth Makingin Pursuit of Legitimacy, Organization Studies*, 15/16,pp. 861-878.
- Brown, J.** (2008). *How Clinical Communication Has Become A Core Part of Medical Education In The UK. Curriculum, Medical Education*. Blackwell Publishing Ltd 42: 271-278.
- Bozkurt, Ö., Ergun, T. ve Sezen, S.** (1998). *Kamu Yönetim Sözlüğü*, TODAİE Yayınları, Ankara.
- Buckley, W.** (1967). *Sociology and Modern Systems Theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Budak, G. ve Budak, G.** (2010). *İmaj Mühendisliği Vizyonundan Halkla İlişkiler*, Barış Yayınları, İzmir.
- Burell G. ve Morgan, G.** (1979). *Sociological Paradigms ve Organizasyonel Analysis*, London: Heinemann.
- Büyüköztürk, Ş.** (2007). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, Pegem Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Carroll, S. J. ve Tosi, H. L.** (1977), *Organizational Behavior*, Canada: John Wiley & Sons.
- Castells, M.** (2009). *Communication Power*. New York: Oxford University Press.
- Cees, V. B. M.** (1992). *Principles of Corporate Communication*, Essex, P. E. L.
- Cirhinlioğlu, Z.** (2010). *Sağlık Sosyolojisi*, 2.Baskı, Nobel Yayınları, Ankara.
- Clift, E. ve Freimuth, V.** (1995). *Health Communication: What it is and what it Can Do For You?*, Journal of Health Education, Vol. 26, no. 2, pp. 68-74.
- Cockerham, W. C.** (2004). *Medical Sociology*, Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Printice Hall.
- Cornelissen, J.** (2004). *Corporate Communications: Theory and Practice*, Sage Publications, London.
- Cüceloğlu, D.** (1999). *İnsan ve Davranışı*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Çetin, M.** (2003). *Örgüt Kuramları Perspektifinden Halkla İlişkilerin Gelişimi*, İletişim Dergisi, sayı: 18, Ankara.
- Çetintaş, B. H.** (2014). *Kurumsal İletişim Stratejisi ve Kurumsal Bloglar*, Eğitim Yayınevi, Konya.
- Çınarlı, İ.** (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*, Nobel Yayınları, Ankara.
- Çiçekli, B.** (2001). *Avrupa Sosyal Şartı*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- D'Houtaud, A.** (1998). *Sociologie, de la Santé, L'Harmattan*, Paris.
- Dincer A. ve Hicran U.** (2012). *Örgütsel İletişim Açısından Örgüt Kültürü ve Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi SBE, Denizli, Türkiye.
- Davis, A.** (2006). *Halkla İlişkilerin ABC'si*, MediaCat Yayınları, İstanbul.
- Demir, Ş. Ş.** (2011). *Turizm İşletmelerinde Halkla İlişkiler ve İletişim*, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Demiray, U.** (2000). *Genel İletişim*, Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Demirel, Y., Seçkin Z. ve Özçınar M. F.** (2011). *Örgütsel İletişim ile Örgütsel Vatandaşlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma*, Ç. Ü., SBE Dergisi, 20 (2). 33-48, s. 35.
- Doğan, S.** (1997). *İnsan Kaynakları Potansiyelini Arttırmada İşletmeleri Etkinliğe Götüren Yol: Örgüt Kültürü*, Amme İdaresi Dergisi, 30.
- Dolphin, R. R.** (2000). *The Fundamentals of Corporate Communication*. Jordan Hill: Butterworth-Heinemann Pub.
- Donald, C. M., Paul, H. P. ve Leon C. M.** (1996). *Management*, Harper Collins Publishers, Inc, U. S. A.
- Duncan, Jr. S.** (1969). *Nonverbal Communication*, Psychological Bulletin.
- Ecevit, M. F.** (2009). *Kitle İletişimi, İletişim ve Toplum* (Ed: Uğur Demiray)., Genel İletişim, Pegem Akademi, Ankara.
- Eggland, W.** (1991). *Örgütlerde İletişim* (Çev. Yılmaz Büyükerşen. Şan Özalp, Hikmet Seçim, Ali Atıf Bir) Anadolu Üniversitesi Yayınlan No. 628, Eskişehir.
- Emanuel, E. J. ve Emanuel, L. L.** (1992). *Fours Models of the Physician-Patient Relationship*, Joournal of the American Medical Association, Vol. 267, No: 16, April, s. 2221-2226.

- Erbaydar, T.** (2003). *Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişim*, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 25 (4 Özel ek): 45-51.
- Erdoğan, İ. ve Alemdar, K.** (1990). *İletişim ve Toplum*, Erk Yayınevi, Ankara.
- Erdoğan, İ.** (2011). *İletişimi Anlamak*, Erk Yayınları, Ankara.
- Erdoğan, İ.** (2005). *İletişimi Anlamak*, Erk Yayınları, Ankara.
- Eren, E.** (1998). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım Yayım Dağıtım A. Ş., İstanbul.
- Eren, E.** (1993). *Yönetim Psikolojisi*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Erer, S.** (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluęun Paylaşılması*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 36 (1) 33-38.
- Ergin, A.** (2010). *Eğitimde Etkili İletişim*, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Ergun, T. ve Polatoğlu, A.** (1992), *Kamu Yönetimine Giriş*, TODAİE Yayın No: 241,4. Baskı. Ankara.
- Eroğlu, E.** (2005). *Yöneticilerin Dedikodu ve Söylentiye Yönelik Davranış Biçimlerinin Belirlenmesi (Arfor Taşıma Hizmetlerinde Bir Uygulama)*, Manas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 13, Bişkek.
- Erol, Y.** (2013). *Kurumsal İletişimde İnsan İlişkileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Ertekin, İ.** (2016a). *Halkla İlişkilerde Mükemmellik Kuramı Açısından Kurumsal İletişim*, İstanbul Aydın Üniversitesi, İletişim Çalışmaları Dergisi, İAÜ Yayınları, İstanbul.
- Ertekin, İ.** (2016b). *Developing the "Organizational Communication Scale" in Public and Private Sector Healthcare Institutions: A Validity and Reliability Study*, 5<sup>th</sup> AGP International Humanities and Social Sciences Conference, 22-25 Septembre, Budapest.
- Ertekin, İ.** (2016c). *Developing the "Communication in Healthcare Institutions Scale" in Public and Private Sector Healthcare Institutions: A Validity and Reliability Study*, 5<sup>th</sup> AGP International Humanities and Social Sciences Conference, 22-25 Septembre, Budapest.
- Ertekin, Y.** (1985). *Yönetim Kuramında Düşünce Akımları*, AİD, XVIII, 4, Ankara.
- Eskiyörük, D.** (2015). *Örgütsel İletişim*, Cinius Yayınları, İstanbul.
- Eskiyörük, D. ve Turan, M.** (2012). *Halkla İlişkiler Uygulayıcıları Rol Modellerinde Örgüt Kültürünün Etkisi ve Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama*, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi 14/2, 19-50.
- Fayol, H.** (1949). *General and Industrial Management*, Pitmann Press, 3. Baskı, London.
- Fichter, j.** (2004). *Sosyoloji Nedir?*, (Çev. Nilgün Çelebi), Anı Yayıncılık, Ankara.
- Flint, N.** (2000). *Presented at the Annual Meeting of the Australian Association for Research in Education*, Sydney.
- Fındlay, S. S. ve Estabrooks, C. A.** (2006). *Mapping the Organizational Culture Research in Nursing: A literature Review*, Journal of Advanced Nursing, c. 56. S. 5. ss. 498-513.
- Fişek, K.** (1979). *Yönetim*, Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakóltesi Yayınları, Ankara.
- Geçikli, F., Serçoğlu, N. ve Üst, Ç.** (2011). *Örgüt İçi İletişim ve İletişim Tatmini Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama*, İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, Sayı 33, ss., 163-184.
- Gedikli, C.** (1998). *Hastanelerde Hizmet Kalitesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi SBE, Kayseri.

- Geist Martin, P., Berlin Ray, E. ve Sharf, B. F.** (2002). *Communicating Health: Personal, Culultural and Political Complexities*, Wadsworth Publishing, California.
- Gerbner, G.** (1972). *Mass Media and Human Communication Theory*, Denis McQuail (der.), *Sociology of Mass Communication: Selected Readings* içinde, Penguin Books.
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C. ve Bayer, G. M. B.** (2000). *Corporate Communication: the American Picture*, *Corporate Communications*, An International Journal. 5 (2): 69-74.
- Goodman, M. B.** (2010). *Introduction to the Special Issue, Corporate Communication: The Way Forward, On the Occasion of CCI-Corporate Communication International's 10th Anniversary*, *Corporate Communications*, An International Journal, C. XV, No: 2,133-142.
- Gordon, T. ve Edwards, S. W.** (2014). *Hasta ve Doktor İletişimi*, Profil Yayıncılık, İstanbul.
- Gökçe, O.** (2010). *İletişim Bilimine Giriş*, 1.Basım, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Görkem, Ş.** (2013). *Kuramda ve Uygulamada Kurumsal İletişim*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Graeff, J., Elder, J. P. ve Elisabeth, M. (cd.)**. (1993). *Communication for Health and Behavior Change: A Developing Country Perspective*, San Franisco: Josey-Bass Publishers,
- Gunelius, S.** (2010). *Blogging All-in-One for Dummies*. Indianapolis: Wiley Publishing Inc.
- Gunelius, S.** (2011). *30 Minute Social, Media Marketing*, New York: McGraw-Hill.
- Güçdemir, Y.** (2010). *Sanal Ortamda İletişim, Bir Halkla İlişkiler Perspektifi*, Derin Yayınları, İstanbul.
- Güney, S.** (2001). *Yönetim ve Organizasyon*, Nobel Yayın, Ankara.
- Gümüş, Ö.** (2005). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları*, Dokuz Eylül Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Gürdal, S.** (1997). *Halkla İlişkiler ve Yerel Yönetimlerde Uygulamalar*, Simge Ofis Matbaacılık, İstanbul.
- Gürüz, D., Güneri, B. F., Yaylacı, G. Ö. ve Karpat, I.** (1998). *Halkla İlişkiler Yönetimi*, Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayınları, No: 11, İzmir.
- Geisler, L.** (2002). *Arzt und patient-Begegnung im Gespräch, 4. erweiterte*, Auflage, Frankfurt am Main: pmi Verlag.
- Gümüştekin, E. A.** (2006). *Aile işletmelerinde Kurumsal Yönetim ve Kurumsal Yönetim İlkelerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma*, 2.Aile İşletme Kongresi Kongre Kitabı, (Ed. Tamer KOÇEL), İstanbul, 14-15
- Güney, S.** (2001). *Bireyler Arası İletişim*, Yönetim ve Organizasyon, Ed. Salih Güney, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Gürgen, H.** (1997). *Örgütlerde İletişim Kalitesi*, Der Yayınları, İstanbul, 1997.
- Gronstedt, A.** (1994). *Integrated Communications at America's Leading Total Quality Management Corporations*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Wisconsin, ABD.
- Grunig, L. A., Grunig, J. E., ve Dozier, D. M.** (2002). 653 pp., *Excellent Public Relations And Effective Organizations: A Study Of Communication Management In Three Countries*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2002.

- Grunig, J. E. (2005).** *Halkla İlişkiler ve İletişim Yönetiminde Mükemmellik*, Rota Yayınları, İstanbul.
- Grunig, J. E., Grunig, L. A. ve Dozier, D. M. (2006).** *The Excellence Theory*. In C. H. Botan & V. Hazleton (Eds.) *Public relations theory II* (pp. 21-55). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- İrmiş, A. (1995).** *Örgüt Yapısı Açısından Örgüt Kültürü ve Bir Uygulama* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi SBE, Erzurum.
- Güllüoğlu, Ö. (2012).** *Örgütsel İletişim*, Eğitim Akademi Yayınları, Konya.
- Haley, j. (1988).** *İletişim: Psikolojik sorunlar ve psikoterapi*. (Çev. Ali Uzunöz), Çark Kitabevi Yayınları, Ankara..
- Hogg, M. (1997).** *Sosyal Psikolojik Açısından Grupla Bütünleşme*. (Çev. Aliye Mavili Aktaş), Sistem Yayınları, İstanbul.
- Janowits, M. (1968).** *The Study of Mass Communication*, içinde Sills, D. E. (der), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, MacMilan and Free Press, c. 3 New York.
- Jenfkins, F. (1992).** *Public Relations*, Fourth Edition, Pitman Publishing, London.
- Jensen, J. F. (1998).** *İnteractivity: Tracing a New Concept in Media and Communication Studies*, Nordicom Rewiev 19 (1).
- Kadıbeşgil, S. (2012).** *Şimdi Stratejik İletişim Zamanı*, MediaCat Yayınları, İstanbul.
- Kahraman, M. (2013).** *Sosyal Medya 101 2.0*, MediaCat Yayınları, İstanbul.
- Karakoç, N. (1989).** *Örgütsel İletişim ve Örgütsel Zaman Arasındaki İlişkiler*, Kurgu, Sayı: 6, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Konya.
- Karaköse, T. (2007).** *Kurumların DNA'sı ve İtibar Yönetimi*, 1.Baskı, Nobel Yayınları, Ankara.
- Karasar, N. (2005).** *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Katz D. ve Kahn R. L. (1977).** *Örgütlerin Toplumsal Psikolojisi*, TODAİE Yayın No: 167, Ankara.
- Kaya, B. (2003).** *Bütünleşik Kurumsal İletişim*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kaya, A. (2015).** *Kişilerarası, İlişkiler ve Etkili İletişim*, Pegem Akademi, Ankara.
- Kazancı, M. (2011).** *Kamuda ve Özel Kesimde Halkla İlişkiler*, Turhan Yayınları, Ankara.
- Keyder, Ç. (2007).** *Avrupa' da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Klemperer, D. (2003).** *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*, Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe public Health.
- Kline, R. B. (2011).** *An Easy Guide to Factor Analysis*, New York: The Guilford Press.
- Knapp, M. (1984).** *Interpersonal, Communication and Humain Relationship*, Boston: Ally Bacon.
- Kreps, G. L. (1989).** *Organizational Communication: Theory and Practice*, Longman: NY.
- Kreps, G. L. ve Thornton, B. C. (1992).** *Health Communication Theory and Practice*, 2.Baskı, Illinois: Waveland Press.
- Kreps, G. L. (1998).** *The History and Development of the Field of Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions*. L. D. Jackson ve B. K. Duffy (der.) içinde. USA: Greenwood Press. 1-15.

- Kocabaş, F., Elden, M. ve Yurdakul, N.** (1999). *Reklam ve Halkla İlişkilerde Hedef Kitle*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Kotler, P. ve Armstrong, G.** (1996). *The Principles of Marketing*, New Jersey: Prentice Hall.
- Kuzu, B.** (1997). *Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat*, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Landgraf, R., Huber, F. ve Bartl, R.** (2006). *Patient als partner Möglichkeiten und Einflussfaktoren der patientintegration im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- L'etang, J. ve Pieczka, M.** (2002). *Halkla İlişkilerde Eleştirel Yaklaşımlar*, Vadi Yayınları, Ankara.
- Lee, T.** (1975). *Communication and Communication Systems*, Homewood: Illinois.
- Likert, R.** (1961). *New Patterns of Management*, McGraw-Hill: NY.
- Lorsch, J. W. ve Lawrence, P. R.** (1973). *Organization and Environment*, Richard Irwin: IL.
- Marcoulides, G. ve Schumacher, R.** (2001). *New developments and Techniques in structural Equation modeling*, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Massie, L. ve Christina L. Anderson.** (2003). *Integrating Communications: Is the Ideal Achievable?*, *Corporate Communications*, An International Journal, C. VIII, No: 4,223-228.
- MEB.** (2012). *Örgüt İletişim*, MEB Yayınları, Ankara.
- McGregor, D.** (1960). *The Human Side of Enterprise*, McGraw-Hill: NY.
- McQuail, D. ve Windhal, S.** (2010). *Kitle İletişim Çalışmalarında İletişim Modelleri*, İnce kitapevi, Ankara.
- Mısırlı, İ.** (2003). *Genel ve Teknik İletişim*, 1.Basım, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Mısırlı, İ.** (2004). *Genel ve Teknik İletişim*, 2.Basım, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Miller, K.** (1999). *Organizational Communication: Approaches and Processes*, Wadsworth Publishing, CA, 2<sup>nd</sup> Ed.
- Weber, L.** (2009). *Marketing to the Social Web: How Digital Customer Communities Build Your Business*, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Wright, K. B.** (2008). *Health Communication in the 21st Century*. USA: Blackwell Publishing.
- Mullins, L. J.** (1996). *Management and Organisational Behaviour*, 4 Baskı. Pitman Publishing, Londra.
- Mutlu, E.** (2005). *Kitle İletişim Kuramları*, Ütopya Yayınevi, Ankara.
- Mutlu, E.** (2012). *İletişim Sözlüğü*, Sofos Yayınları, Ankara.
- Morgan, G.** (1986). *Image of Organization*, Sage: CA.
- Moriarty, S. M. ve Nancy and Wells, W.** (2012). *Advertising & IMC: Principles & Practice*, New Jersey: Pearson Education.
- Naidoo, J. ve Wills, J.** (2000). *Health Promotion: Foundations for practice*. 2.Baskı, London: Ballière Tindall.
- Nankani, G.** (2005). *Privatization and Deregulation: A Push Too Far?*, Economic Growth in the 1990s Learning from a Decade of Reform, World Bank Publication, s. 165.
- National Cancer Institute.** (2008). *Making Health Communication programs Work: A planners Guide*, Washington D. C: National Institute of Health.
- Newson, Doug. ve Carell, Bop.** (1990). *Public Relation Writing*, Belmont California, Wadsworth Publishing Company.

- Nunnally, J. ve Bernstein, I.** (1994). *Psychometric Theory*, New York: McGraw-Hill Press.
- OECD** (2008). *Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, © OECD ve IBRD/Dünya Bankası.
- O’Hair, D., French. G. W. ve Dixon. L D.** (2005). *Strategic Communication: In Business and the Professions. Fifth Edition*, Houghton Mifflin Company, Boston.
- Okay, A.** (1999). *Kurum Kimliği*, MediaCat Yayınları, Ankara.
- Okay, A.** (2005). *Kurumsal İletişim ve Kurum Kimliği, Kurumsal İletişim Yönetimi*, Ed. Rüveyde Akyürek, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Okay, A. ve Okay, A.** (2013). *Halkla ilişkiler Kavram Strateji ve Uygulamaları*, Der Yayınevi, İstanbul.
- Okay, A.** *Sağlık İletişimi*, Derin Yayınları, İstanbul, 2012.
- Oktay, M.** (1996). *Davranış Bilimlerine Giriş*, Der Yayınları, İstanbul.
- Omachonu, V. K.** (1991). *Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations*, Georgia, Industrial Engineering and Management Pres.
- Oskay, Ü.** (2007). *İletişimin ABC si*, Der Yayınları, İstanbul.
- Oskay, Ü.** (2011). *İletişimin ABC si*, Der Yayınları, İstanbul.
- Özen Ocakoğlu, G.** (2007). *Yönetimde Mükemmelliği Arayanlara*, Rota Yayınlar, 1.Basım, İstanbul.
- Özer, A. ve Çakıl, E.** (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler*, Tıp Araştırmaları Dergisi: 5 (3): 140-143.
- Özgen, H.** (1995). *Türkiye’deki Uygulamalar Çağdaş Hastane Yönetimi Anlayışı*, Ed. Hikmet Seçim, *Hastane İşletmeciliği* (Seçme Yazılar), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 73- 76.
- Özkan, I. ve Süar, T.** (1992). *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*, Punto Yayıncılık, İstanbul.
- Özkan S.** (1998). *Yaşlılarda işitme, ses ve konuşma bozuklukları*. Turkish Journal of Geriatrics, 1 (2): 72-75.
- Özlu, T.** (2005). *Hasta Hakları Hakkımız var Çünkü Hastasınız*, Timaş Yayınları, İstanbul.
- Öztek Z.** (1992). *Temel Sağlık Hizmetleri*, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları.
- Öztürk, S. A.** (2003). *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Ekin Kitapevi.
- Pallant, J.** (2001). *SPSS Survival Manual*, Maidenhead, PA: Open University Press.
- Papatya, G., Papatya N. ve Hamşioğlu, B. A.** (2012). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma*, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 2 Sayı 1.
- Parrott, R. ve Steiner, C.** (2003). *Lessons learned about academic and public health collaborations in the conduct of community-based research*, (Ed. Thompson Teresa L., Dorsey
- Geist Martin, P., Berlin R., Eilien. ve Sharf, Barbara, F.** (2002). *Communicating Health: Personal, Cultural and Political Complexities*, California: Wadsworth Publishing.
- Park, E. ve Song, M.** (2005). *Communication barriers perceived by older patients and nurses*, International Journal of Nursing Studies, 42: 159-166.
- Pelit, A. ve Aydın P.** (2001). *Oküler yaşlanma*, Turkish Journal of Geriatrics, 4 (1): 28-32.



- Pelsmacker, P. D. ve Maggie and Bergh, J. V.** (2010). *Marketing Communication: A European Perspective*, Harlow: Pearson Education Limited.
- Peltekoğlu, F. B.** (2001). *Halkla İlişkiler Nedir?*, Beta Basım Yayın, İstanbul.
- Peltekoğlu, F. B.** (2012). *Halkla İlişkiler Nedir?*, Beta yayınları, Genişletilmiş 2.Baskı İstanbul.
- Polater, A.** (2015). *Sağlık Sektöründe Tedarik Zinciri Yönetimi ve Müşteri Memnuniyetinin İncelenmesi: Bazı İllerde İkinci ve Üçüncü Basamak Hastaneler ve Tedarikçileri Üzerine Bir Uygulama*, Atatürk Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.
- Rafaeli S. ve Sudweks, F.** (1997). *Networked Interactivity*, *Journal of Computer, Mediated Communication*, 2 (4).
- Ratzan, S., Payne, J. G. ve Bishop, C.** (1996). *The status und Scope of Health Communication*, *Journal of Health Communication*, V. 1.
- Ratzan S.** (2002). *Public Health at Risk: Media and political Malpractice*, *Journal of Health Communication*, Vol. 7, Issue. 2, pp. 83-85.
- Ratzan S.** (1998). *Preface*, *Journal of Health Communication*, Supplemental Issue, p. 3.
- Riel Cees, B. M. ve Van and Fombrun, C. J.** (2007). *Essential of Corporate Communication*, New York: Roudledghe Pub.
- Rigel, N., Batuş, G., Yücedoğan, G. ve Çoban, B.** (2005). *Kadife Karanlık*, Su Yayınevi, İstanbul.
- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M. R.** (2004)., *Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equit*, Oxford, Copyright © Oxford University Press, Inc.
- Robins, S. P. ve Judge, T. A.** (2012). *Örgütsel Davranış* (Çev. İnci Erdem), Nobel Yayınları, Ankara.
- Rodgers, S., Chen Q., Duffy M. ve Fleming K.** (2007). *Media Usage as Health Segmentation Variables*, *Journal of Health Communication*.
- Roethlisberger, F. J. ve Dickson, W. J.** (1959). *Management and the Worker*, Harvard University Press: MA.
- Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M.** (2003). *Örgütsel Psikoloji*, Furkan Ofset, Bursa.
- Sabuncuoğlu, Z. ve Gümüş, M.** (2016). *Örgütsel İletişim*, Aktüel Yayınevi, Bursa.
- Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M.** (2014). *Örgütsel Davranış*, Alfa Kitapevi, Bursa.
- Sachse, R.** (2005). *Empathie, Verhaltenstherapiemanual 5.*, vollstandig überarbeitete Auflage, (Hrsg.) Linden M. /Hautzinger M., Springer Medizinizin Verlag: Heidelberg.
- Safko, L.** (2009). *The Social Media Bible: Tattics, Tools, and Strategies for Business Success*. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Sayımer, İ.** (2008). *Sanal Ortamda Halkla İlişkiler*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Schweickhardt A.** (2006). *Arztliche Gesprächsführung, Psychosomatische Medizin, und Psychotherapie*, (Hrsg.), Fritsche K. /Wirsching M., Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Scott, D. M.** (2008). *Pazarlamanın ve İletişimin Yeni Kuralları* (Çev. Nadir Özata), MediaCat Yayınları, İstanbul.
- Schukies, G. ve Sjöberg, G.** (1998). *Halkla İlişkilerde Müşteri Memnuniyetine Dönük Kalite*, Rota Yayınları, İstanbul.
- Sjöberg, G.** (1998). *Mesleki Uygulama İçin Bir Halkla İlişkiler Eğitim Modeli*, Çev. Nur Nirven, Rota Yayınları, İstanbul.

- Simon, H. A.** (1952). *Decision Making and Administrative Organization*, Metron, R. K. - Gray, A. P. - Hockey, B. - Selvin, H. C. (Eds), Reader in Bureaucracy İçinde. Free Pres: Illinois.
- Simon, H. A.** (1957). *Administrative Behavior*, Free Pres, NY 2<sup>th</sup>ed.
- Simon, H. A., Smithburg, D. W. ve Thompson, V. A.** (1973). *Kamu Yönetimi*, (Çev. Cemal Mihçioğlu), SBF Yayınları, No: 354: Ankara.
- Simon, H.** (1974). *Yönetimde Yeni Karar Verme Bilimi*, (Çev: Mustafa Tosun), Amme İdaresi Dergisi, Cilt 7,Sayı 3,s. 114-150.
- SB.** (1996). *Yönetim Reformu*, Sağlıkta Strateji Dergisi, Sayı: 1,7-8.
- SB.** (2012). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*, SB Yayınları No: 932.
- Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M.** (2001). *Örgütsel Psikoloji*, Ezgi Kitapevi, Bursa.
- Sayers F., Bingaman C. E., Graham, R. ve Wheler, M.** (1993). *Yöneticilikte İletişim* (Çev. Doğan Şahiner), İstanbul.
- Saydam, A.** (2012). *Algılama Yönetimi*, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Schiavo, R.** (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*, USA: Josey Bass.
- Seçim, H.** (1991). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Sezgin, F.** (2005). *Örgütsel Vatandaşlık Davranışları: Kavramsal Bir Çözümleme ve Okul Açısından Bazı Çıkarımlar*, Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25,(1) 317-339., Ankara.
- Sezgin, D.** (2010). *Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medya Sağlık Haberlerinin Analizi*, Ankara Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Sezgin, M. ve Bulut, B.** (2013). *Örgüt Kültürü ve Halkla İlişkiler*, Karabük Üniversitesi, SBE Dergisi, cilt 3,sayı 2,s. 183.
- SGK.** (2013a). *Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik*, SGK Yayınları, Ankara.
- Şimşek, M.** (2006). *Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü*, 2.Basım, Babıali Kültür Yayıncılığı, İstanbul.
- Shockley-Zalabak, P.** (1999). *Fundamentals of Organizational Communication: Knowledge, Sensitivity, Skills, Values*, Longman Press, NY, 4<sup>th</sup> ed.
- Slater, M.** (1995). *Choosing Audience Segmentation Strategies and Methods for Health Communication, Designing health Message Approaches From Communication Theory and Public Health Practice* (Ed.) Edward Maibach/Roxanne Louiselle Parrott, California: Sage.
- Solmaz, B.** (2007). *Kurumsal İletişim Yönetimi*, Tablet Yayınları, Konya.
- Williams, R.** (2005). *Anahtar Sözcükler*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Steyn, B.** (2003). *From Strategy to Corporate Communication Strategy: A Conceptualization*, *Journal of Communication Management*, C. VIII, No: 2.
- Şafaklı, O. V. ve Ertanın M.** (2011). *Özelleştirmede Ezberbozan AB'deki Derogasyon Gerçeği: K. K. T.C Kıb-Tek Örneği*, EUL Journal of Social Sciences (2: 1).
- Tavukçuğlu, B. ve Kuşay, Y.** (2009). *Sosyal Gelişimde Yeni bir Dinamik Olarak Sosyal Girişimcilik: Uluslararası İnsan Hakları Savunucuları Kurumu (Front Line) Örneği*, VI Uluslararası STK Kongresi, Çanakkale.

- Tayfun, R.** (2009). *Sosyal Girişimcilik ve Kurumsal Sosyal Sorumluluk İlişkisinin Halka İlişkiler Açısından Önemi*, VI Uluslararası STK Kongresi, Çanakkale.
- Tekinalp, Ş. ve Uzun, R.** (2004). *İletişim Araştırmaları Kuramları*, Derin Yayınları, İstanbul.
- Tellan, D.** (2009). *Organizasyonlarda Eşgüdüm: Örgütsel Amaç, Yönetmelik Uyum, Engeller ve Denetleme, Halkla İlişkiler: Teori ve Uygulama içinde*, Ankara.
- Tengilimoğlu, D. ve Öztürk, Y.** (2004). *İşletmelerde Halkla İlişkiler*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Tevrüz, S.** (1996). *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi*, Türk Psikologlar Derneği Yayını: 96-97, Ankara.
- Tezcan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B. ve Edirne, T.** (2014). *Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti*, Pamukkale Tıp Dergisi 7 (1): 57-62.
- Theaker, A.** (2006). *Halkla İlişkilerin El Kitabı*, (Çev. Murat Yaz), MediaCat Yayınları, İstanbul.
- The Health Communication Unit (THCU)**, (2001). *Introduction to Health Promotion Programm Planning*.
- Theerson, S. A. ve Theerson, G. R. N.** (1969). *A Modern Dictionary of Sociology*, New York, Crowell.
- Thomas, K. T.** (2006). *Health Communication*, New York: Springer Science+Business Media Inc.
- TODAİE** (1986). *Halkla İlişkiler*. 2.Baskı, TODAİE Yay. No: 215, Ankara.
- Tolga K.** (2003). *Bir vaka dolayısıyla presbilarinks yaşlılık dönemi disfoniinin sık görülen benign bir sebebi*. Turkish Journal of Geriatrics, 6 (2): 68-70.
- Toktamışoğlu, M.** (1995). *Poliklinikler İçin Kalite ve Maliyet Odaklı Teorik Bir Model*, 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam KaliteYönetimi Sempozyumu, Ankara.
- Tortop, N.** (1983). *Yönetim Bilimi*, S Yayınları. Ankara.
- Tortop, N.** (1986). *Halkla İlişkiler*, İlk San Matbaası, Ankara.
- Tunçel, H.** (2011). *Kurumsal İletişimin Kavramsal Çerçevesi Hakkında Bir Yorum*, Marmara Üniversitesi İletişim Dergisi, Sayı 18,s. 252-267. İstanbul.
- Tutar, H.** (2008). *Örgütsel Algılama Yönetimi*, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Tutar, H.** (2009). *Örgütsel İletişim*. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Tutar, H.** (2003). *Örgütsel İletişim*. Seçkin Kitapevi, Ankara.
- Tutar, H. ve Yılmaz K. M.** (2013). *İletişim*, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Trenholm, S. ve Jensen, A.** (1988). *Interpersonal Communication*, Wadsworth, Belmont.
- Türkmen, İ.** (2000). *Yöneticiler için Etkin İletişim Modeli*, MPM Yayınları, Ankara.
- TÜİK**, (2013). *Seçilmiş Göstergelerle Erzincan 2013*, Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları, Ankara.
- Uludağ, A.** (2011). *Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*, Selçuk Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya.
- Uz, M. H.** (1995). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri*, 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam KaliteYönetimi Sempozyumu, Ankara.

- Üstün B., Akgun E. ve Partlak N.** (2005). *Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi*, Okullar Yayınevi. İzmir.
- Varey Richard J. ve White J.** (2000). *The Corporate Communication System of Managing, Corporate Communications*, An International Journal, Cilt: 5, Sayı: 1.
- Yamaner, M. B.** (2001). *Uluslararası Hukukta Düşünceyi Açıklama ve Yayma Özgürlüğünün Sınırlandırılması Sorunu*, İ. Ü., SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Yatkin, A. ve Yatkin, Ü. N.** (2010). *Halkla İlişkiler ve İletişim*, Nobel Yayınları, Ankara.
- Yayınoğlu, P. E.** (2005). *Halkla İlişkilerde Araştırma*, Birsen Yayınevi, İstanbul.
- Yiğitbaş, O., Berkün, Ş. ve Berkün, S.** (2009). *Şirketlerin Sosyal Sorumluluk Projelerinin Sosyal Girişimcilik ve STK'lar Üzerindeki Etkileri; Avea İletişim Hizmetleri Örneği*, VI Uluslararası STK Kongresi, Çanakkale.
- Yılmaz, E.** (2011). *Doktorumun Hastasıyım. com*, Mavna Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul.
- Yurdakul, N. B., Coşkun, G. ve Öksüz, B.** (2007). *Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örneklerinde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma*, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, İİBF Dergisi, 2 (1), 31-46.
- Yüksel, E., Kaya, A. Y., Koçak, A. ve Aydın, S.** (2014). *Check Up Sağlık İletişimi*, Literatürk Yayınları, Konya.
- Wallach, Ellen J.** (1983). *Individuals and Organizations: Cultural Match*, Training and Development Journal, February, pp. 29-36.
- Weber, M.** (1986). *Sosyoloji Yazdan*, Hürriyet Vakfı Yayınları, İstanbul.
- Weinig, O., Leissner, A., Wegener, W. ve Ballmann, R.** (2004). *Gesundheitskommunikation im Öffentlichen Gesundheitswesen Bewaeltigung von Risiken und Krisen*, Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Williams, R.** (2005). *Anahtar Sözcükler*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Windal, S., Benno, H., Signitzer, O. ve Jean T.** (1992). *Using Communication Theory: An Introduction to Planned Communication*, Sage, Newbury Park.
- Wright, J.** (2006). *Blog Marketing: The Revolutionary New Way to Increase Sales, Build Your Brand, and Get Exceptional Results*. New York: McGraw-Hill.
- Zaim, H. ve Tarım, M.** (2012). *Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması*, Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı: 59, 2010/2, s. 1-24.

## Internet Kaynakları:

- Url-1**<<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/12906/saglikta-donusum-programi.html>>, alındığı tarih: 07.08. 2016
- Url-2**<[http://www.sgk.gov.tr/yayinlar/01\\_SGK-400\\_yenilik.pdf](http://www.sgk.gov.tr/yayinlar/01_SGK-400_yenilik.pdf)>, alındığı tarih: 08.08. 2016
- Url-3**<<http://www.gazetesaglik.com/saglikta-donusum-programi-ve-saglik-sisteminin-son-10-yili-makalesi-16.html>>, alındığı tarih: 09.08. 2016
- Url-4**<<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/vii/plan7.pdf>>, alındığı tarih: 09.08. 2016
- Url-5**<[http://www1.worldbank.org/prem/lessons1990s/chaps/06-Ch06\\_kl.pdf](http://www1.worldbank.org/prem/lessons1990s/chaps/06-Ch06_kl.pdf)>, alındığı tarih: 11.08. 2016
- Url-6**<<http://www.aaer.edu.au/00pap/fli00054.htm>>, alındığı tarih: 10.09. 2016
- Url-7**<<http://www.tdkterim.gov.tr>>, alındığı tarih: 15.09. 2016
- Url-8**<<http://www.tr.wikipedia.org>>, alındığı tarih: 15.09. 2016
- Url-9**<<http://www.sbg.ac.at/cerp>>, alındığı tarih: 11.04.2016
- Url-10**<<http://www.crp.uqam.ca/Pages/cerp.aspx>>, alındığı tarih: 11.04.2016
- Healthy People 2010,<<http://www.health.gov/Health>>
- Rajasekar, S., Philominathan, P. ve Chinnathambi, V. (2013). Research Methodology. <http://arxiv.org/abs/physics/0601009>
- SGK 2013b, *Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik*, <[http://www.sgk.gov.tr/yayinlar/01\\_SGK-400\\_yenilik.pdf](http://www.sgk.gov.tr/yayinlar/01_SGK-400_yenilik.pdf)>
- SB. 2003,*Sağlıkta Dönüşüm*, <<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>>
- VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı 1995,*Türkiye'nin 1996-2000 Projeksiyonu*, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/vii/plan7.pdf>>



## **EKLER**

### **Ek A: Örgütsel İletişim Ölçeği**

#### **HASTANE ÇALIŞANLARI İÇİN ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÖLÇEĞİ**

**Sayın Katılımcı,**

Bu araştırma, gerek kamu gerek özel hastanelerimize örgütsel iletişim konusunda hem akademik hem de sektörel bir katkı yapmak amacıyla yapılmaktadır. Aşağıdaki anket maddelerine vereceğiniz cevaplar, hem kamu hem de özel hastanelerimizin örgüt içi iletişim çalışmalarının gelişmesine önemli katkı sağlayacaktır. Araştırmanın, arzu edilen sonuçlara ulaşmasının, sizlerin anketi tam ve doğru olarak doldurmanıza bağlı olduğunu lütfen unutmayalım.

İlginize ve katkınıza teşekkür eder saygılar sunarım.

İrfan ERTEKİN

İstanbul Aydın Üniversitesi İletişim Fakültesi

Halkla İlişkiler ve Tanıtım Doktora Programı Öğrencisi

E-posta: [iertekin@erzincan.edu.tr](mailto:iertekin@erzincan.edu.tr)

Gsm: 0 538 455 47 52

#### **Bölüm I: Demografik Dağılım**

Aşağıda belirtilen seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.

**1. Cinsiyetiniz:** 1.Kadın                      2.Erkek

**2. Medeni durumunuz:** 1.Evli            2.Bekar            3.Dul

**3. Yaşınız:** 1.18-25            2. 26-33            3.34-41            4. 42-49            5. 50-57

**6. 58-65            7. 66 ve üstü**

**4. Ünvanınız:** 1.Doktor   2.Hemşire   3.Poliklinik Sekreteri   4. Sağlık Personeli

(Laborant, Fizyoterapist, Psikolog, Anestezi Teknisyeni, Röntgen Teknisyeni, Eczacı, Diyetisyen, Sağlık Memuru v. b)   5. Diğer Personel (İşçi ve Memur Statüsünde Çalışanlar)   6. Yönetici

**5. Bu hastanede toplam çalışma süreniz:**

1.0-3 yıl                      2.4-6 yıl                      3.7-9 yıl                      4.10 yıl ve daha fazla

## 6. Sağlık sektöründe toplam çalışma süreniz:

1.0-3 yıl

2.4-6 yıl

3.7-9 yıl

4.10 yıl ve daha fazla

### Bölüm II

Bu bölümde hastanenizde örgütsel iletişim ile ilgili görüşler bulunmaktadır. Bu bölümdeki görüşlere, **Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum** seçeneklerinden size uygun olanı işaretleyebilirsiniz.

MADDE NO	MADDELER	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1	Görev yaptığım hastanede halkla ilişkiler birimi ortak bir amaç için çalışmaktadır.					
2	Görev yaptığım hastanede iletişim stratejisi örgütsel strateji ile örtüşmektedir.					
3	Görev yaptığım hastanede, hastanenin misyonu detaylı bir şekilde açıklanmaktadır.					
4	Görev yaptığım hastanede örgütsel imaj algısına önem verilmektedir.					
5	Görev yaptığım hastanede genel sağlık felsefesi hakkında çalışanlara bilgi verilmektedir.					
6	Sağlık sektöründeki gelişmelerin görev yaptığım hastanenin performansı üzerindeki etkileri çalışanlar arasında tartışılmaktadır.					
7	Görev yaptığım hastanede hastalar üzerinde daha etkin olabilmek için stratejik planlama yapılmaktadır.					
8	Görev yaptığım hastanede hasta yakınları üzerinde etkin olmak için stratejik planlama yapılmaktadır.					



9	Görev yaptığım hastanede çalışanlar arasındaki iletişim sağlıklı bir şekilde yürütülmektedir.					
10	Görev yaptığım hastanede hastalarla iletişimin önemi vurgulanmaktadır.					
11	Görev yaptığım hastanede hasta yakınlarıyla iletişimin önemi vurgulanmaktadır.					
12	Görev yaptığım hastanede hasta iletişim biriminde uzman kişiler çalıştırılmaktadır.					
13	Görev yaptığım hastanede hasta iletişim birimi iletişim konusunda çalışanları bilgilendirmektedir.					
14	Görev yaptığım hastanede hasta iletişim birimi çalışanları hastanenin menfaatlerinin ön planda olduğu bilinciyle hastalar ile iletişim kurmaktadır.					
15	Görev yaptığım hastanede ekip çalışması için çalışanlar motive edilmektedir.					
16	Görev yaptığım hastanede çalışanlar arasında karşılıklı anlayış prensibi benimsenmektedir.					
17	Görev yaptığım hastanede çalışanlara girişimcilik ruhu anlatılmaktadır.					
18	Görev yaptığım hastanede şeffaf yönetim ilkeleri benimsenmektedir.					
19	Görev yaptığım hastanede çalışanların istekleri dikkate alınmaktadır.					
20	Görev yaptığım hastanede hastaların istekleri dikkate alınmaktadır.					
21	Görev yaptığım hastanede hasta yakınlarının istekleri dikkate alınmaktadır.					

22	Görev yaptığım hastanede çalışanların güvenli bir ortamda çalışmalarını için gerekli önlemler alınmaktadır.					
23	Görev yaptığım hastanenin daha çok kâr etmesi için stratejik önlemler alınmaktadır.					
24	Görev yaptığım hastanede sorunlar, çözümü için ilgili birimlere kolayca ulaştırılmaktadır.					
25	Görev yaptığım hastanede çalışanlar gösterdikleri performansları için takdir edilmektedir.					
26	Görev yaptığım hastanede sağlık sektörü ilgili değişiklikler çalışanlara zamanında bildirilmektedir.					
27	Görev yaptığım hastanede kişisel iletişimi güçlendirmek için sosyal faaliyetlere yer verilmektedir.					
28	Görev yaptığım hastanede çalışanları motive etmek için sosyal faaliyetlere yer verilmektedir.					
29	Görev yaptığım hastanede çalışma ortamı ile ilgili yapılacak değişikliklerde çalışanların fikirlerine başvurulmaktadır.					

## **Ek B: Sağlık İletişimi Ölçeği**

### **HASTA VE HASTA YAKINLARI İÇİN SAĞLIK İLETİŞİM ÖLÇEĞİ**

#### **Sayın Katılımcı,**

Bu araştırma, gerek kamu gerek özel hastanelerimize örgütsel iletişim konusunda hem akademik hem de sektörel bir katkı yapmak amacıyla yapılmaktadır. Aşağıdaki anket maddelerine vereceğiniz cevaplar, hem kamu hem de özel hastanelerimizin örgüt içi iletişim çalışmalarının gelişmesine önemli katkı sağlayacaktır. Araştırmanın, arzu edilen sonuçlara ulaşması, sizlerin anketi tam ve doğru olarak doldurmanıza bağlı olduğunu lütfen unutmayalım.

İlginize ve katunuza teşekkür eder saygılar sunarım.

İrfan ERTEKİN

İstanbul Aydın Üniversitesi İletişim Fakültesi

Halkla İlişkiler ve Tanıtım Doktora Programı Öğrencisi

E-posta: [iertekin@erzincan.edu.tr](mailto:iertekin@erzincan.edu.tr)

Gsm: 0 538 455 47 52

#### **Bölüm I: Demografik Dağılım**

Aşağıda belirtilen seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.

**1.Cinsiyetiniz:** 1.Kadın 2.Erkek 3.Dul

**2.Medeni Durumunuz:** 1.Evli 2.Bekar

**3.Yaşınız:** 1.18-25 2.26-33 3.34-41 4.42-49 5. 50-57 6. 58-65 7. 66 ve üstü

**4. Eğitim Durumunuz:** 1.Okur Yazar Değil 2.Okur Yazar 3.İlkokul

4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul 7. Üniversite 8. Yüksek Lisans

9. Doktora

**5. Mesleğiniz:** .....

**6. Sosyal Güvenceniz:** 1.Emekli Sandığı 2.SSK 3.Bağ-Kur

4. Yeşil Kart

5. Güvencem yok

7. Özel sağlık sigortanız var mı ? 1.Evet 2.Hayır

8. Şu anki durumunuz: 1.Hasta 2.Hasta yakını

9. Hasta iseniz tedavi olduğunuz poliklinik adı: .....

10. Hasta yakını iseniz hastanızı tedavi ettirdiğiniz poliklinik adı: .....

## Bölüm II

Bu bölümde, hastanenede sağlık iletişimi ile ilgili görüşler bulunmaktadır. Bu bölümdeki görüşlere, **Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle katılıyorum** seçeneklerinden size uygun olanı işaretleyebilirsiniz.

MADDE NO	MADDELER	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KATILYORUM
1	Bu hastanede hekim hastanın hastalığı ile ilgili şikayetlerini özenle dinlemektedir.					
2	Bu hastanede hekim hastanın şikayeti ile ilgili sorulara anlaşılır bir şekilde cevap vermektedir.					
3	Bu hastanede hekim tedavisi için gerekli açıklamaları hastaya anlaşılır bir şekilde yapmaktadır.					
4	Bu hastanede hekim tedavisi için gerekli açıklamaları hasta yakınına anlaşılır bir şekilde					

	yapmaktadır.					
5	Bu hastanede hastane yöneticisi hastaların tedavileri için sorularına anlaşılır bir şekilde cevap vermektedir.					
6	Bu hastanede hastane yöneticisi hasta yakınlarının sorularına anlaşılır bir şekilde cevap vermektedir.					
7	Bu hastanede hasta, tedavisi ile ilgili sorunlarını kolayca hastane yöneticisine iletebilmektedir.					
8	Bu hastanede hasta yakını sorunlarını kolayca hastane yöneticisine iletebilmektedir.					
9	Bu hastanede yardımcı sağlık personelleri tedavileri konusunda hastaları aydınlatmaktadır.					
10	Bu hastanede yardımcı sağlık personelleri hastanın tedavisi ile ilgili hususlarda hasta yakınlarına bilgi vermektedirler.					
11	Bu hastanede mesai dışında hekim ile kolayca iletişime geçilebilmektedir.					
12	Bu hastanede mesai dışında hastane yöneticisi ile kolayca iletişim kurulmaktadır.					
13	Bu hastanede hastalıklarla ilgili yapılan görüşmelerde gerekli gizlilik prensibine uyulmaktadır.					
14	Bu hastanede hekimler, hasta hastaneden ayrıldıktan sonraki tedavisi ile ilgili bilgileri hasta yakınına vermektedirler.					
15	Bu hastanede acil durumlar için ulaşılabilecek iletişim adresleri verilmektedir.					
16	Bu hastanede hemşireler hasta için yapacakları					

	işlemler hakkında hastaya bilgi vermektedirler.					
17	Bu hastanede hemşireler hasta için yapacakları işlemler hakkında hasta yakınına bilgi vermektedirler.					
18	Bu hastanede hasta yoğunluğunun aşırı fazla olması hekim ile hasta arasındaki iletişimi olumsuz etkilemektedir.					
19	Bu hastanede hasta yoğunluğunun aşırı fazla olması hekim ile hasta yakını arasındaki iletişimi olumsuz etkilemektedir.					
20	Bu hastanede hasta yoğunluğunun aşırı fazla olması sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iletişimi olumsuz etkilemektedir.					
21	Bu hastanede hasta yoğunluğunun aşırı fazla olması sağlık çalışanları ile hasta yakınları arasındaki iletişimi olumsuz etkilemektedir.					

**Ek C:** İstanbul Aydın Üniversitesinin anket formlarının kullanılabilmesine dair Etik Komisyon Kararı yazı



T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KOMİSYON KARARI

Toplantı No : 2015/09  
Tarih : 03.08.2015  
Saat : 14.00

**TOPLANTIYA KATILANLAR:**

Prof. Dr. Ahmet Metin GER	Etik Komisyon Başkanı
Prof. Dr. Şuayip KARAKAŞ	Üye
Prof. Dr. Bülent TEKİNSOY	Üye
Prof. Dr. Hasan SAYGIN	Üye
Prof. Dr. Uğur TEKİN	Üye

**TOPLANTIYA KATILMAYANLAR:**

---

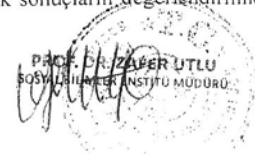
**GÜNDEM:**

1. Etik Komisyon Başkanlığı'na iletilen dilekçelerin görüşülmesi.
2. Dilek ve öneriler.

**KARARLAR:**

1. a. SBE öğrencilerinden **Diran Roussayla Golfiden Chedid, İrfan Ertekin, Aysel Işık, Coşkun Canbaz, Azin Kazemghamsari'nin** lisansüstü çalışmalarında kullanacağı anket formlarında, etik sorun yaratacak bir hususun bulunmaması sebebiyle, adı geçen öğrencilerin lisansüstü çalışmalarında kullanacağı anketlerin **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.
- b. FBE öğrencilerinden **Sezen Sırımsı Çetin'in** lisansüstü çalışmasında kullanacağı anket formlarında, etik sorun yaratacak bir hususun bulunmaması sebebiyle, adı geçen öğrencilerin lisansüstü çalışmalarında kullanacağı anketlerin **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.
- c. YTÜ yüksek lisans öğrencisi **Emine Gezer'in**, Üniversitemiz Yabancı Diller Yüksekokulu Müdürlüğü İngilizce Hazırlık Okulu'nda çalışan öğretim görevlilerine uygulamak istediği "İstanbul'daki vakıf ve devlet üniversiteleri yabancı diller yüksekokullarındaki öğretim elemanlarının genel ve örgütsel sinizm düzeylerinin belirlenmesi" konulu anket formlarında, **etik sorun yaratacak bir hususun bulunmamış olmasına rağmen**, söz konusu anket çalışması sonucunda elde edilecek sonuçların değerlendirilmesinde

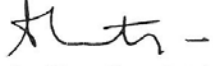
*(Handwritten signatures)*



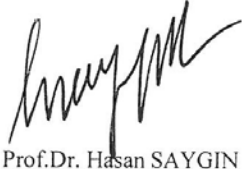
1

“anonimliğin korunması” ve “kurum içi bilgilerin teşhir edilmesinin önüne geçilmesi” açılarından yaratabileceği hususlar konusuna dikkat çekilerek, anketlerin uygulanması konusunda  nihai kararın Yabancı Diller Yüksekokulu Müdürlüğü'ne bırakılmasına oybirliği ile karar verilmiştir.

2. Dilek ve öneriler kapsamında görüşülecek konu olmadığından toplantıya son verildi.



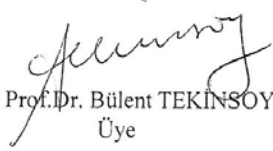
Prof.Dr. Ahmet Metin GER  
Komisyon Başkanı



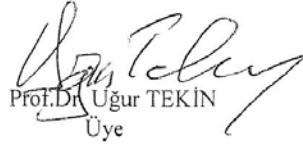
Prof.Dr. Hasan SAYGIN  
Üye



Prof.Dr. Şuayip KARAKAŞ  
Üye



Prof.Dr. Bülent TEKİNSOY  
Üye



Prof.Dr. Uğur TEKİN  
Üye



PROF. DR. ZAFER UTLU  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜ MÜDÜRÜ



**Ek D1: T.C İstanbul Aydın Üniversitesinin, araştırmannın anketlerinin uygulanabilmesi için T.C Sağlık Bakanlığı- Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden resmi izin talebi yazısı**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ



THE REPUBLIC OF TURKEY  
İSTANBUL AYDIN UNIVERSITY

REKTÖRLÜK

Sayı : B.30.2.AYD.0.41.00.00/500-4283

Konu : İrfan ERTEKİN'in Anket Uygulaması Hk.

13/08/2015

İstanbul

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ MENGÜCEK GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİNE

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1314.860003 numaralı Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı Halkla İlişkiler ve Tanıtım programı doktora öğrencilerinden İrfan ERTEKİN'in "KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI" adlı tez çalışması gereği "Hastane Çalışanları İçin Örgütsel İletişim Ölçeği" ve "Hasta ve Hasta Yakınları İçin Sağlık İletişim Ölçeği" ile ilgili anketleri hastanenizde 150 hastane çalışanına, 150 hasta ve hasta yakınına uygulamak istemektedir.

Adı geçen doktora öğrencisinin anket uygulaması hususunda gerekli iznin verilmesini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Hakkı AYDIN

Rektör Vekili

EKLER:

Ek.1 Dilekçe

Ek.2 Tez Önerisi

Ek.3 Hastane Çalışanları İçin Örgütsel İletişim Ölçeği

Ek.4 Hasta ve Hasta Yakınları İçin Sağlık İletişim Ölçeği

Ek.5 Etik Kurul Onay Belgesi

**Ekd2: T.C Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinin anketlerin uygulanabileceğine dair ilgili yazısı**

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
ERZİNCAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
SAĞLIK BAKANLIĞI- ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ  
Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 62639109 – 044 -...**6384**  
Konu : İrfan ERTEKİN' in Anket Uygulaması Hk.


24/08/2015

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: İstanbul Aydın Üniversitesi Rektörlüğü' nün 13.08.2015 tarih ve B.30.2.AYD.0.41.00.00/500-4283 sayılı yazısı.

İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1314.860003 numaralı Halkla İlişkiler ve Tanıtım Doktora Programı Öğrencisi İrfan ERTEKİN' in "KAMU ve ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI" adlı tez çalışması gereği 150 "Hastane Çalışanları İçin Örgütsel İletişim Ölçeği " ve 150 "Hasta ve Hasta Yakınları İçin Sağlık İletişim Ölçeği " ile ilgili anket çalışmalarının hastanemizde yapılması, Erzincan İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğinin 24/08/2015 tarih ve 87227972- 773- 4189 sayılı yazıları ile uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

  
Yrd. Doç. Dr. Fatih ÖZÇİÇEK  
Hastane Yöneticisi

EK: Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin ilgili yazısı

Başbağlar Mah. Tel:0 446 212 22 22 Bilgi için;Personel Özlük Maaş Servisi (dahili:1070 , e-posta: a.firat@ttmail.com)

**EkD3: T.C İstanbul Aydın Üniversitesinin, araştırmannın anketlerinin uygulanabilmesi için Erzincan Özel Neon Hastanesi başhekimliğinden resmi izin talebi yazısı**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ



THE REPUBLIC OF TURKEY  
İSTANBUL AYDIN UNIVERSITY

REKTÖRLÜK

Sayı : B.30.2.AYD.0.41.00.00/500-4185

Konu : İrfan ERTEKİN'in Anket Uygulaması Hk.

13/08/2015

İstanbul

**ERZİNCAN ÖZEL NEON HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1314.860003 numaralı Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı Halkla İlişkiler ve Tanıtım programı doktora öğrencilerinden **İrfan ERTEKİN**'in "KAMU VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI" adlı tez çalışması gereği "Hastane Çalışanları İçin Örgütsel İletişim Ölçeği" ve "Hasta ve Hasta Yakınları İçin Sağlık İletişim Ölçeği" ile ilgili anketleri hastanenizde 150 hastane çalışanına, 150 hasta ve hasta yakınına uygulamak istemektedir.

Adı geçen doktora öğrencisinin anket uygulaması hususunda gerekli iznin verilmesini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. İbrahim Hakkı AYDIN

Rektör Vekili

**EKLER:**

Ek.1 Dilekçe

Ek.2 Tez Önerisi

Ek.3 Hastane Çalışanları İçin Örgütsel İletişim Ölçeği

Ek.4 Hasta ve Hasta Yakınları İçin Sağlık İletişim Ölçeği

Ek.5 Etik Kurul Onay Belgesi

**EkD4: Erzincan Özel Neon Hastanesi başhekimliğinin anketlerin uygulanabileceğine dair ilgili yazısı**

neon HASTANESİ

Sayı:2015/0467

25.08.2015

Konu:İrfan ERTEKİN'in Anketi Uygulaması Hk.

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi:İstanbul Aydın Üniversitesi Rektörlüğü'nün 13.08.2015 tarih ve B.30.2.AYD.0.41.00.00/500-4185 sayılı yazısı.

İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1314.8600J3 numaralı Halkla İlişkiler ve Tanıtım doktora programı öğrencisi İrfan ERTEKİN'in "KAMU ve ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖRGÜTSEL İLETİŞİM ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI"adlı tez çalışması gereği 150 "Hastane çalışanları için örgütsel iletişim" ve 150 "Hasta ve Hasta Yakınları İçin Sağlık İletişim Ölçeği " ile ilgili anket çalışmalarının hastanemizde yapılması, uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Mesul Müdür

Dr. Ufuk AKTAŞ

## **Ek E: Alma-Ata Bildirisi**

1978 senesinde Eylül ayının on ikinci gününde Alma Ata'da yapılan "Temel Sağlık Hizmetleri" konulu uluslararası konferans, dünyadaki tüm insanları sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının en kısa zamanda gerekli işlemlerin yapılmasına olan gereksinmeyi belirleyen aşağıdaki bildiriye yayınlamıştır.

**1.** Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok, tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğunu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarının gerektirdiği gerçeği bir kez daha vurgulamıştır.

**2.** Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ve özellikle sosyal ve ekonomik alanlarda bir varlık göstermemiş ülkeler arasında en yüksek seviyeye ulaşması, bu durumu tüm ülkelerin ortak sorunu haline getirmiştir.

**3.** Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan ülkelerle, gelişmiş ülkelerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.

**4.** Tüm insanların, hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleri vardır.

**5.** Hükümetler, kendi halkının sağlığından sorumlu olup, bu sorumluluklarının uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemleri almak suretiyle yerine getirirler. Hükümetlerin, uluslararası örgütlerin ve önümüzdeki yıllarda oluşacak tüm dünya toplumlarının varacakları ana sosyal hedef, tüm dünya insanları sağlık durumlarını, kendilerine sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşama götürme olanaklarını verecek 2000 yılı sağlık durumuna kavuşmalarını sağlamak olmalıdır. İşte temel sağlık hizmeti, kalkınmanın bir parçası olarak böyle bir hedefi, eşitlik ruhu içinde elde etmenin yoluna açılan kapının anahtarını oluşturmaktadır.

**6.** Temel sağlık hizmetleri, toplum içindeki yararları, ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metod ve teknoloji üzerine kurulmuş gerekli sağlık hizmetleridir. Birey ve toplum, bu hizmetleri bu işlerle ilgili faaliyetlere tam katılma, toplum ve ülke kalkınmasının her kademesinde sadece kendi kendine yeterlilik ve kendi geleceğini kendisi tayin etme ruhu içinde hareket etmekle sürdürülebilir. Temel sağlık, hem bir ülkenin temel çalışması ve odak noktasını oluşturduğundan tüm sağlık sisteminin ve aynı zamanda ülkenin topyekn sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bu sağlık hizmetlerini, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yakınına getirmek ve devamlı sağlık hizmeti çalışmalarının ilk ögesini oluştururken, bireyler ile birlikte aile ve toplumun da göz önüne alınması önemlidir.

**7.** Temel sağlık hizmeti;

**a.** Bir ülkenin ve onun toplumunun ekonomik şartlarını ve sosyo kültürel özelliklerini kapsar ve onları aksettirir. Aynı zamanda, sosyal biyo-medikal ve sağlık araştırmaları ve halk sağlığı alanında elde edilen tecrübelere dayanır.

**b.** Geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık problemlerini belirler.

**c.** En azından şu konulara ağırlık verir: Mevcut sağlık sorunları ve bunları nleme ve kontrol altında bulundurma metodlarını içeren eğitim; uygun bir beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması ve ocuk sağlığı hizmetleri, ana sağlığı ve aile planlaması, temel ateşli korunma ve kontrol; genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi şekilleri ve gerekli ilaçların sağlanması.

**d.** Sağlık sektörüne ek olarak ulusal ve toplum kalkınmasında, özellikle tarım, hayvan bakımı, gıda, endüstri eğitimi, konut, kamu işleri ve iletişim de dahil olmak üzere tüm ilgili sektörleri ve onların işlerini kapsar ve tüm bu sektörlerin birleştirilmiş gayretlerine ihtiyaç gösterir.

**e.** Toplumun, temel sağlık hizmetlerine katılması yeteneğinin arttırılması ve kendi kendine yeterli hale gelmesine ihtiyaç gösterir. Bunun için, ulusal ve yerel kaynakların tam olarak kullanılma olanağının sağlanması hizmetlerinin planlama, örgütlenme, uygulama ve denetim çalışmalarına halkın katılımı, konu ile ilgili eğitimi gerektirir.

**f.** Herkes için gerekli ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin devamlı gelişmesini sağlayan ve en çok gereksinimi olanlara öncelik tanıyan bütünleşmiş yöresel ve karşılayıcı destekleyici denetim ve dayanışma sistemleri oldukça önemlidir.

**g.** Yerel denetim ve dayanışma seviyelerinde, hekimlere, hemşirelere, ebelere ve kullanıldığı yerler var ise yardımcı ve toplumda görev yapan bireylere aynı zamanda gerektikçe geleneksel pratisyenlere sağlık ekiplerinde çalışabilecek ve toplumun sağlık gereksinimlerine çözüm bulabilecek şekilde sosyal ve teknik yönleriyle yeterli eğitim görmüş şahıslara ihtiyaç vardır.

**8.** Tüm hükümetlere geniş çaplı ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve aynı zamanda diğer sektörlerle işbirliği yapmak için gerekli ulusal politika strateji ve çalışma planları sunulmalıdır. Böyle bir sonuç için politik amaçları kullanmak ve ülkenin kaynaklarını harekete geçirme ve mevcut dış kaynaklarından yeterince yararlanmak gereklidir.

**9.** Bütün ülkeler, tüm halkı için gerekli temel sağlığı sağlamak için bir ortaklık ruhu ile işbirliği yapmalıdır. Çünkü herhangi bir ülkede insanların sağlıklı olması diğer ülkeleri ve onların menfaatlerini de ilgilendirir. Bu konuda *WHO/UNICEF*'in temel sağlık hakkında beraberce hazırladıkları rapor, tüm dünyada faaliyet gösteren temel sağlığın daha fazla gelişme ve yaygınlaşmaya devam etmesi için gerekli sağlam temelleri oluşturmuştur.

**10.** Bugün, dünyada yaşayan tüm insanların gereksinimi olan yeterli bir sağlık düzeyini 2000 yılında elde etmek için dünya kaynaklarının tam ve büyük bir kısmı silahsızlanma ve askeri anlaşmazlıklar uğruna harcanmaktadır. Silahsızlanma ve yumuşamanın sağlanması ve oluşturulması daha birçok ek kaynakların barışçı maksatlarla kullanılmasına ve özellikle temel sağlığın en önemli kısmını oluşturduğu sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasına olanak sağlamaktadır.

Temel sağlık için yapılan uluslararası konferans, tüm dünyada ve özellikle kalkınmakta olan ülkelerde temel sağlığın teknik işbirliği ruhu içinde ve yeni uluslararası ekonomik düzeye uyum sağlamak suretiyle geliştirmek ve tatbik etmek için çok acele ve etkili çalışmaların yapılmasını istemektedir.

Bu girişim, hükümetleri, *WHO* ve *UNICEF*'i diğer uluslararası örgütlerle beraber tüm çok ve iki ortaklı kuruluşları ve hükümet dışı örgütleri, parasal kaynak sağlayan kuruluşları, tüm sağlık görevlilerini ve tüm dünya toplumlarını temel sağlığa karşı

olan ulusal ve uluslararası yükümlülüklerini özellikle bu amaçlara yöneltme ve aynı şekilde konferans yine, tüm yukarıda isimleri belirlenmiş kuruluşları, temel sağlığı, bu bildirinin içeriği ve ruhuna uygun olarak başlatmak geliştirmek ve devam ettirmek için işbirliğine çağırmaktadır.





## **Ek E1: Ottawa Şartı**

21 Kasım 1986 yılında Ottawa'da toplanan "Sağlığı Geliştirme" konulu ilk uluslararası konferans, 2000 yılı ve sonrasında "Herkes İçin Sağlığa" ulaşma eyleminin Şartı'nı sunmaktadır. Bu konferans, öncelikle dünyadaki yeni halk sağlığı hareketi için gittikçe büyüyen beklentilere bir yanıt niteliğinde olmuştur. Endüstrileşmiş ülkelerin gereksinimleri üzerinde yoğunlaşan tartışmalar diğer bölgelerdeki benzer konuları da göz önüne almıştır. Alma-Ata Temel Sağlık Hizmeti Deklarasyonu, WHO'nun herkes için sağlık hedefleri dokümanı ile Dünya Sağlık Asamblesi'nin sağlık için sektörler arası eylem üzerine tartışmaları aracılığıyla gerçekleşen başarının üzerine kurulmuştur.

## **Sağlığın Geliştirilmesi**

Sağlığın geliştirilmesi, insanları sağlıkları üzerine kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirmek için yeterince güçlü olmaları sürecidir. Tam olarak veya grup isteklerinin farkında olabilmeli isteklerini tanımlayabilmeli çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir. Sağlık, sonuç olarak günlük hayatın kaynağıdır, hayatın hedefi değildir. Sağlık, fiziksel kapasiteler olduğu kadar sosyal kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır. Sonuç olarak, sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir, aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzlarına doğru ilerlemekte olan bir süreçtir.

## **Sağlık için Ön Koşullar**

Sağlık için temel koşullar ve kaynaklar şunlardır; barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar ve sosyal adalettir. Sağlıkta iyileşme, bu temel önkoşulların güvenli bir şekilde kurulmasını gerektirir.

## **Destek**

İyi sağlık; sosyal, ekonomik ve bireysel gelişme için temel kaynaktır ve yaşam kalitesi için önemli bir boyuttur. Politik, ekonomik, sosyal kültürel, çevresel davranışsal ve biyolojik faktörlerin hepsi sağlığa yararlı olabilir veya zarar verebilir. Sağlığı geliştirme eylemi sağlığı destekleyerek bu koşulları yararlı kılmayı amaçlamaktadır.

## **Olanaklı Kılma**

Sağlığı geliştirme, sağlıkta adalete ulaşmaya odaklanmıştır. Sağlığı geliştirme eylemi, var olan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermeyi ve tüm insanların, sağlık potansiyellerine tam anlamıyla ulaşabilmesini sağlamak için çeşitli olanaklar ve kaynaklar sağlamayı amaçlamaktadır. Tüm bunlar ise destekleyici bir çerçevede güvenli bir örgüt, bilgiye ulaşma, sağlıklı seçimler yapabilmek için yaşamsal yetenekler ve olanakları içermektedir. İnsanlar, sağlık koşullarını belirleyen bu noktaları kontrol edemezse, sağlık potansiyellerine tam olarak ulaşamaz. Bu durum, kadınlar ve erkekler için eşit derece önemlidir.

## **Uzlaştırma**

Sağlık için ön koşullar ve beklentilerin, yalnızca sağlık sektörü tarafından sağlanması beklenemez. Daha da önemlisi, sağlığı geliştirme, tüm ilgililer-hükümetler, sağlık ve diğer ekonomik sektörleri hükümet dışı organizasyonlar ve gönüllü organizasyonlar, yerel yönetimler, endüstri ve medya tarafından koordine edilen eylemleri gerektirmektedir. İnsanlar, bireyler, aileler ve toplumlar olarak hayatın her aşamasında var olmaktadır. Profesyonel ve sosyal gruplar ile sağlık personeli, sağlığın izlenmesi için toplumda çeşitlenen çıkarları uzlaştırma temel sorumluluğunu taşımaktadır. Sağlığın geliştirilmesi stratejileri ve programları değişik sosyal kültürel ve ekonomik sistemleri göz önüne almak amacıyla, tek tek ülkelerin ve bölgelerin yerel gereksinimleri ve olasılıklarına uyarlanmalıdır.

## **Sağlığın Geliştirilmesi Eyleminin Anlamı**

### **Sağlıklı Halk Politikası Oluşturma**

Sağlık hizmetlerinin ötesinde bir konuma sahip olan sağlığı geliştirme, tüm sektörlerde ve tüm seviyelerde politikacı üreticilerini kararlarının sonuçlarının farkında olmayı ve sağlık için sorumluluklarını kabul etmeye yönlendirerek, sağlığı gündemde tutmaktadır. Yaşama, finansal önlemler, vergi ve örgütsel değişimlere dahil olmak üzere, farklı fakat birbirini bütünleyici yaklaşımları bir araya getiren sağlığın geliştirilmesi politikası daha fazla adaleti sağlayan sağlık gelir ve sosyal politikalara yol açan koordineli bir eylemdir. Birleşik eylem, daha güvenli ve sağlıklı mal ve hizmetler daha sağlıklı halk hizmetleri ve daha temiz ve eğlenceli çevre koşullarını sağlamaya katkıda bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesinde ortaya çıkan engelleri tanımlamayı ve bunları yok etmeyi gerektirmektedir. Amaç, daha sağlıklı

politikaları aynı zamanda politika üreticileri için daha kolay seçim haline getirmektedir.

### **Yaratıcı Destekleyici Çevreler**

Toplumlarımız, kompleks ve birbirleriyle bağlantılıdır. Sağlık, diğer amaçlardan ayrı tutulamaz. İnsanlar ve çevreleri arasındaki karışık bağlar, sağlıkta, sosyo-ekolojik yaklaşım için temel oluşturmaktadır. Dünya, uluslar, bölgeler ve toplumlar için tüm yol gösterici prensip karşılıklı bakımı ve ihtimam göstermeyi birbirimize toplumlarımıza ve doğal çevremize iyi bakmak teşvik etmeye duyulan ihtiyaçtır.

Tüm dünyadaki doğal kaynakların korunması küresel bir sorumluluk olarak vurgulanmalıdır. Yaşam, çalışma ve eğlence tarzını değiştirmenin sağlık üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Çalışma ve eğlenme, insanlar için sağlığın kaynağı olmalıdır. Toplumun çalışmayı organize ettiği yöntem, sağlıklı bir toplum yaratmayı sağlamalıdır. Sağlığın geliştirilmesi güvenli uyarıcı tatmin edici ve zevkli yaşam ve iş koşulları sağlamaktadır.

Hızla değişen çevredeki özellikle teknoloji, iş, enerji üretimi ve kentleşme alanlarında sağlık etkisinin sistematik değerlendirilmesi esas olarak ele alınmalı ve halkın sağlığı için olumlu yararı sağlamak amacıyla eylemler ile takip edilmelidir. Doğal ve kurulu çevrenin doğal kaynakların korunmasına sağlığın geliştirilmesi amaçlı tüm stratejilerde değinilmelidir.

### **Toplum Eylemini Geliştirme**

Sağlığın geliştirilmesi daha iyi sağlığa ulaşmak için öncelikleri ortaya koyma, karar alma, stratejileri planlama ve uygulamada somut ve etkin halk eylemi ile birlikte çalışmaktadır. Bu sürecin merkezinde toplumun kendi çaba ve kaderlerine sahip olmaları durumunun güçlendirilmesi yatmaktadır.

Toplumu geliştirme, halk katılımı ve sağlık sorunlarının yönetimi için kendi kendine yardım ve sosyal desteği ve esnek sistemleri geliştirmek amacıyla var olan insan ve maddi kaynaklara dayanmaktadır. Bu durum, fon desteği elde etmek kadar enformasyona tam ve sürekli olarak ulaşmayı sağlık için olanakları öğrenmeyi gerektirmektedir.

## **Kişisel Yeteneklerin Geliştirilmesi**

Sağlığın geliştirilmesi, enformasyon ve sağlık için eğitim sağlama ve yaşamsal yetenekleri geliştirme etkinlikleri aracılığıyla, kişisel ve sosyal gelişmeyi desteklemektedir. Bu yollarla, insanların kendi sağlıkları ve çevrelerinde daha fazla kontrole sahip olabilmesi ve sağlık için seçimler yapabilmesi için mevcut seçenekleri arttırmaktadır.

İnsanların yaşamları boyunca, tüm dönemlere kendini hazırlaması ve kronik hastalıklar ve yaralanmalarla baş edebilmesi için, öğrenmelerini sağlamak esastır. Bu öğrenme süreci, okul ev, iş ve toplum örgütleri aracılığıyla kolaylaştırılmalıdır.

Eylemin ise; eğitsel profesyonel ticari ve gönüllü organizasyonlar aracılığıyla örgütlerin içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

## **Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Uyumu**

Sağlık hizmetlerinde, sağlığı geliştirme için duyulan sorumluluk bireyler, toplum grupları sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti kurumları ve hükümetler arasında paylaşılmaktadır. Sağlığın izlenmesine katkıda bulunan bir sağlık hizmeti sistemine ulaşmak için birlikte çalışılmalıdır.

Sağlık sektörünün rolü klinik ve tedavi edici hizmetleri sağlama sorumluluğunun ötesinde, artan oranda sağlığı geliştirme yönüne doğru ilerlemektedir. Sağlık hizmetleri hassas ve kültürel gereksinimlere saygı duyan yaygınlaştırılmış bir zorunluluğu kapsamalıdır. Bu zorunluluk, bireylerin ve toplumların daha sağlıklı bir yaşam için gereksinimini desteklemeli ve sağlık sektörüyle daha geniş sosyal, politik, ekonomik ve fiziksel çevre bileşenleri arasında kanallar oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden uyumunu sağlamak, profesyonel eğitimdeki değişiklikler kadar sağlık araştırması için de dikkatlerin güçlü bir şekilde çekilmesini gerektirmektedir. Bu durum, bireylerin gereksinimlerinin toplamına yeniden odaklanan sağlık hizmetleri organizasyonu ve yaklaşımında değişikliğe yol açmaktadır.

## **Geleceğe Doğru Yol Almak**

Sağlık, gündelik yaşamın kurumları içinde öğrenilen, çalışılan, oynanan ve sevilen kurumlar dahilinde, insanlar tarafından yaratılmakta ve yaşanmaktadır. Sağlık, kendine ve diğerlerine iyi bakmak, kendi hayat koşulları için karar alabilmek ve tüm

üyelerinin sağlığa ulaşmasını sağlayan koşulların mevcut olduğu toplumu oluşturmakla yaratılmaktadır.

### **Sağlığı Geliştirme Taahhüdü**

Bu konferansın, katılımcıları aşağıda belirtilenleri temin etmektedir;

- a.** Sağlıklı halk politikası alanına doğru hareket etmek ve tüm sektörlerde sağlık ve adalet için net bir siyasi taahhüdü desteklemek,
- b.** Zararlı ürünler, kaynakların tükenmesi, sağlıksız yaşam koşulları, çevre ve kötü beslenme koşullarını yaratan baskılara karşı mücadele vermek ve dikkatlerin, kirlilik, mesleki hastalıklar konut ve yerleşme gibi halk sağlığı konularına odaklanması,
- c.** Toplumlar içinde ve arasındaki sağlık boşluklarına yanıt vermek ve diğer yollarla kendilerini aileleri ve arkadaşlarını sağlıklı kılabilmelerini sağlamak ve desteklemek ve sağlığın yaşam koşulları ile ilgili durumlarda toplumun temel ses olduğunu kabul etmek,
- d.** Sağlık hizmetlerini ve kaynaklarını, sağlığın geliştirilmesi için yeniden uyumlandırmak ve gücü, diğer sektörlerle diğer disiplinlerle ve en önemlisi insanlarla paylaşmak,
- e.** Sağlığı ve korunmasını temel bir sosyal yatırım ve tehdit olarak tanımak ve yaşam tarzlarımızın ekolojik tüm sorunlarına değinmek,
- f.** Konferans, tüm ilgileri sağlıkta güçlü bir işbirliği için kendilerine katılmaya davet etmektedir.

### **Uluslararası Eylem İçin Çağrı**

Konferans, sağlığı geliştirmede stratejiler ve programlar oluşturmada ülkeleri desteklemek amacıyla WHO ve diğer uluslararası organizasyonları tüm uygun forumlarla sağlığın geliştirilmesini desteklemeye çağırılmaktadır.

Konferans, insanların hayatın tüm aşamalarında hükümet dışı ve gönüllü organizasyonlar hükümetler, WHO ve ilgili diğer tüm organlar bu ŞART'ın temelini oluşturan ahlaki ve sosyal değerlerle uyumlu olarak sağlığın geliştirilmesi için stratejiler sunmada güçlerini birleştirdiği sürece, 2000 yılında, "Herkes İçin Sağlık" amacının gerçekleşeceğine çok sıkı bir şekilde inanılmaktadır.

### **Ek E3: Jakarta Deklarasyonu**

Jakarta'da 21-25 Temmuz 1997'de düzenlenen "Sağlığı Geliştirme" konulu "Dördüncü Uluslararası Konferansı, Yeni Bir Alan İçin Yeni Oyuncular" 21.yy'da "Sağlığı Geliştirmeyi Sürdürme" toplantısı, sağlık için uluslararası stratejiler geliştirmede kritik bir noktaya gelmiştir. WHO üye ülkeleri "Alma-Ata Deklarasyonu" ile "Herkes İçin Sağlık" küresel stratejisine ve temel sağlık hizmetleri ilkelerine ileriye yönelik taahhütlerde bulunalı hemen hemen 20 yıl olmuştur.

Sağlığın geliştirilmesinde Uluslararası ilk konferans, Kanada'da Ottawa'da düzenleneli, 11 yıl olmuştur. Bu konferans, o zamandan beri sağlığı geliştirmede rehber ve ilham kaynağı olan sağlığın geliştirilmesinde Ottawa Şartı'nın beyanını sağlamıştır. Takip eden uluslararası konferans ve anlaşmalar, sağlıklı halk politikası (Adelaide, Avustralya 1988) ve sağlık için destekleyici çevreler dahil olmak üzere sağlığın geliştirilmesi anahtar stratejilerinin bağlantısı ve anlamını daha da aydınlatmıştır.

Sağlığın geliştirilmesinde dördüncü uluslararası konferans, gelişmekte olan bir ülkede düzenlenecek ve sağlığın geliştirilmesini desteklemede özel sektörle birlikte çalışacak ilk konferanstır. Bu konferans, etkili sağlığın geliştirilmesi, sağlığın belirleyicilerini tekrar inceleme ve 21.yy'da sağlığın geliştirilmesinde karşılaşılabilecek sorunları çözümlerin benimsenmesi ve gereken yönlendirmeler ile stratejileri tanımlamada önemli bir olanak sağlamıştır.

Sağlığın geliştirilmesi, anahtar bir yatırımdır. Temel bir insan hakkı olan sağlık, sosyal ve ekonomik gelişme için esastır. Sağlıkta ilerlemenin temel bir unsuru olarak artan oranda tanımlanan sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmaya ve geliştirmeye muktedir kalan bir süreçtir. Sağlığın geliştirilmesi, insanlar için en büyük sağlık kazanımını yaratmak, sağlıkta adaletsizlikleri azaltmaya belirgin oranda katkıda bulunmak, insan haklarını daha ileri düzeye taşımak ve sosyal sermayeyi oluşturmak amacıyla yatırım ve eylem aracılığıyla sağlığı belirleyiciler üzerinde önemli bir etki sağlamıştır. Temel hedef, sağlıktan beklentileri arttırmak ve ülkeler ile grupların sağlık beklentileri arasındaki farklılığı daraltmaktır.

Sağlığın geliştirilmesi, Jakarta Deklarasyonu gelecek yüzyılda sağlığı geliştirmek için bir vizyon ve odak noktası sunmakta ve 21.yy. daki sağlığı belirleyicilerle

ilgilenebilmek için en geniş kaynak olasılığına değinmek amacıyla sağlığın geliştirilmesi dördüncü uluslararası konferansının katılımcıları arasındaki güçlü taahhüdü yansıtmaktadır.

Sağlığı belirleyiciler, yeni tehditler sağlık için ön koşullar, barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, sosyal ilişkiler, gıda, gelir, kadının güçlenmesi stabil bir eko-sistem kaynak kullanımının sürdürülebilirliği sosyal adalet, insan haklarına saygı ve sosyal adalet ve hakkaniyettir. Tüm, bunların üstüne yoksulluk sağlık için en büyük tehdittir.

Kentleşme, yaşlı insanların sayısındaki artış ve kronik hastalıkların yüksek prevalansı gibi demografik trendler, tüm ülkelerde yeni sorunlar yaratmaktadır. Artan yerleşik davranışlar antibiyotiklere ve yaygın olarak kullanılan diğer ilaçlara direnç, artan uyuşturucu kullanımı ve sivil ve içsel şiddet gibi sosyal davranışsal ve biyolojik değişimler yüz milyonlarca insanın sağlığını ve gönencini tehdit etmektedir.

Yani, yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları ve akıl sağlığı problemlerinin daha fazla oranda bilinmesi koşulları, acil yanıt beklemektedir. Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımlarının sağlığı belirleyicilerdeki değişimleri karşılamaya doğru geçirdiği evrim, hayati bir önem taşımaktadır.

Ulus ötesi faktörlerin de sağlık üzerinde belirgin etkileri vardır. Bu faktörler, global ekonominin entegrasyonu, finansal pazarlar ve ticaret, medya ve iletişim teknolojilerine geniş oranda ulaşım ve kaynakların sorumsuzca kullanılmasından dolayı çevresel bozulmayı içermektedir.

Sağlığın geliştirilmesi farklılık yaratır. Dünyadan araştırma ve olay çalışmaları, sağlığı geliştirme stratejileri, yaşam tarzları geliştirip değiştirilebilir ve sağlığı belirleyen sosyal, ekonomik ve çevresel koşulları sağlıkta daha fazla hakkaniyete ulaşmada pratik bir yaklaşımdır.

Sağlığın geliştirilmesi Ottawa Şartı'nda ortaya konan beş strateji şu konularda başarıya ulaşmak açısından esas teşkil etmektedir:

- a.** Sağlıklı halk politikası oluşturma,
- b.** Destekleyici çevreler yaratmak,
- c.** Topluluk eylemini güçlendirme,
- d.** Sağlık hizmetlerini yeniden uyumlandırma.

### **Şu konular üzerinde net kanıtlar bulunmaktadır:**

- a.** Sağlığın geliştirilmesi için yoğun yaklaşımlar en etkili olanlardır. Beş stratejinin kombinasyonlarını kullananlar, tek konulu yaklaşımlardan daha etkilidir.
- b.** Bazı düzenlemeler, yoğun stratejilerin uygulanması için pratik olanaklar sunmaktadır. Bunlar mega-şehirler, adalar, şehirler, belediyeler, yerel topluluklar, pazarlar, okullar, işyerleri ve sağlık hizmeti olanaklarını içermektedir.
- c.** Çabaların sürdürülebilmesi için katılım esastır. İnsanlar, etkili olabilmesi açısından, sağlığı geliştirme eylemi ve karar-alma süreçlerinin merkezinde olmalıdır.
- d.** Sağlığı öğrenme, katılımı güçlendirmektedir. Eğitim ve enformasyona ulaşım, etkili katılım ve insanlar ve toplulukların güçlendirilmesi için esastır.
- e.** Bu stratejiler, sağlığın geliştirilmesinin temel unsurlarıdır ve tüm ülkeler için geçerlidir.

### **Yeni Yanıtlara İhtiyaç Vardır**

Sağlığa karşı ortaya çıkan yeni tehditlere karşı, yeni eylem türlerine ihtiyaç vardır. Önümüzdeki yıllar için yapılacak şey, toplumun çeşitli sektörleri yerel toplulukları ve ailelerde var olan sağlığı geliştirme potansiyelini kullanılmak üzere açığa çıkarmak olacaktır.

Hükümet sektörleri içinde hükümet ve hükümet dışı organizasyonlarda ve kamu ve özel sektörler arasındaki geleneksel bağları güçlendirmek bir ihtiyaç olup, işbirliği yapılmalıdır; bu durum, toplumda yönetişimin her aşamasında, her düzeyde değişik sektörler arasında, sağlık için eşit seviyede yeni ortaklıkları yaratmayı gerektirmektedir.

### **1.Sağlık için sosyal sorumluluğu geliştirmek**

Karar-alıcılar, sosyal sorumluluğa sıkıca bağlı olmalıdır. Kamu ve özel sektör,

- a.** Bireylerin sağlığına zarar vermektan kaçınma,
- b.** Çevreyi koruma ve kaynakların sürdürülebilir kullanımı sağlama,
- c.** Tütün ve silah gibi zararlı maddeler ve aletlerin sağlıksız şekilde pazarlanması pratiğinin teşviğini önlemek kadar üretim ve ticaretini de kısıtlama,
- d.** Pazardaki müşteriye ve çalışma yerindeki bireyi koruma,



e. Politika geliştirmenin bütünlüycü bir parçası olarak hakkaniyet hedefi sağlıkta etki değerlendirmesini dahil etmeyi sağlayacak politika ve pratikleri izleyerek, sağlığı geliştirmelidir.

## **2.Sağlığın gelişimi için yatırımları arttırmak**

Pek çok ülkede sağlık için var olan yatırımlar yetersiz ve çoğunlukla etkili değildir. Sağlığın gelişimi için kaynakları arttırma, örneğin sağlık sektörü olduğu kadar eğitim ve konut için ek kaynaklar dahil olmak üzere gerçek anlamda çok taraflı yaklaşımı gerektirmektedir. Ülkeler içinde ve arasında sağlık için, daha fazla yatırım ve var olan yatırımların yeniden uyumlandırılması, insan gelişimi, sağlık ve yaşam kalitesinde belirgin ilerlemelere ulaşma potansiyelini taşımaktadır. Sağlık için yatırımlar kadınlar çocuklar yaşlılar yerliler yoksullar ve marjinal gruplar gibi özel grupların gereksinimlerini yansıtmalıdır.

## **3.Sağlık için ortaklığı sağlamlaştırmak ve genişletmek**

Sağlığın geliştirilmesi yönetişim ve toplumun tüm düzeylerindeki değişik sektörler esasında sağlık ve sosyal gelişme için ortaklıklar kurulmasını gerektirmektedir. Var olan ortaklıklar geliştirilmeli ve yeni ortaklıklar için var olan potansiyel araştırılmalıdır.

Ortaklıklar, deneyim yetenek ve kaynakların paylaşılması aracılığıyla karşılıklı fayda sağlamalıdır. Her bir ortaklık, şeffaf ve sorumluluğu açık olmalı ve etik ilkeler karşılıklı anlayış ve saygıya dayalı olmalıdır. WHO, rehberlerine uygun olarak çalışılmalıdır.

## **4. Toplumun kapasitesini arttırma ve güçlendirme**

Sağlığın geliştirilmesi insanlar üzerinde veya insanlar tarafından ve insanlarla birlikte yürütülmelidir. Sağlığı belirleyicileri etkilemek açasından hem bireylerin eyleme geçme olanağını hem de gruplar organizasyonlar ve toplulukların kapasitelerini geliştirmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi için toplulukların kapasitesini geliştirmek, pratik eğitim, liderlik eğitimi ve kaynaklara ulaşmayı gerektirmektedir. Bireyleri güçlendirmek, karar alma süreci ve değişimi etkileyebilecek yetenek ve bilgiye daha güvenli ve tutarlı bir şekilde ulaşımı gerektirmektedir.

## 5. Sağlığı geliştirilmesi için alt yapıyı sağlama

Sağlığın geliştirilmesi için alt yapıyı sağlama amacıyla yerel ulusal ve küresel düzeyde fonlar bulunmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi için kaynak mobilizasyonunun maksimize edilmesi amacıyla hükümet dışı organizasyonlar, eğitim kuruluşları ve özel sektörün eylemlerini etkilemek için girişimler geliştirilmelidir. Sağlık için oluşumlar sağlığı geliştirme için gerekli olan örgütsel alt yapı tabanını temsil etmektedir. Sağlıkta yeni çalışmalar sektörler arası işbirliğine ulaşmak için yeni ve ayrı ağların oluşturulması gerektiği anlamına gelmektedir. Bu ağlar, ülkeler içinde ve arasında karşılıklı yardımı sağlamalı ve stratejilerin, üzerinde ve içinde etkili olduğu bilgi değişimlerini kolaylaştırmalıdır.

Yerel liderlik yetenekleri için eğitim ve sağlığı geliştirme etkinliklerini desteklemek için teşvik edilmelidir. Sağlığın geliştirilmesinde araştırma ve proje raporlarıyla elde edilen deneyimlerin dokümantasyonu, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi iletirmek için geliştirilmelidir.

### Eylem İçin Çağrı

Bu konferansın katılımcıları, "Jakarta Deklarasyonunun" önemli mesajlarını, hükümeti, kurumları ve topluluklarıyla paylaşmayı teklif edilen eylemleri pratiğe dökmeyi ve sağlığın geliştirilmesi konulu beşinci uluslararası konferansta rapor etmeyi taahhüt etmiştir.

Global sağlığın geliştirilmesine doğru ilerlemeyi hızlandırmak için katılımcılar, global sağlığın geliştirilmesi işbirliğinin oluşumunu sağlamalıdır. Bu işbirliğinin hedefi, bu deklarasyonda ortaya konan sağlığı geliştirme önceliklerini geliştirmektir.

- a. Sağlığı belirleyicileri değiştirmede bilinçliliği arttırma,
- b. İşbirliği ve sağlık gelişimi ağlarının gelişmesini desteklemek sağlığı geliştirme için kaynakları mobilize etme,
- c. En iyi pratikten elde edilen bilgiyi biriktirme,
- d. Eylemde bağlılığı geliştirme,
- e. Sağlığın geliştirilmesinde şeffaflığı ve halka karşı sorumluluğu güçlendirmeyi içermektedir.

Ulusal hükümetler ülkeler içinde ve arasında sağlığın geliştirilmesi ağlarını güçlendirme ve sponsor bulmada girişimi başlatmak için çağrılmaktadır. Katılımcılar, WHO'yu sağlığın geliştirilmesinde global işbirliğinin oluşturulması ve üye ülkelerin konferans sonuçlarının uygulanmasının sağlanması için öncülük etmeye davet etmektedir. Bu rolün, WHO için önemli kısmı sağlığı geliştirme eylemi için öncelikleri iletmede, özel sektör olduğu kadar hükümetleri hükümet dışı organizasyonları kalkınma bankalarını BM sistemi örgütlerini, bölgelerarası organlar, iki taraflı kuruluşlar, işgücü hareketi ve kooperatifleri birbirine bağlamaktadır.



## **Ek F: Hekimlik Meslek Etiği Kuralları**

### **Birinci Bölüm**

#### **(Amaç, Kapsam ve Tanımlar)**

##### **Amaç**

**Madde 1:** Bu kuralları amacı, hekimlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan hekimlik meslek etiği kurallarını belirlemektedir.

##### **Kapsam**

**Madde 2:** Türkiye’de hekimlik yapma hakkını kazanmış olup, mesleğini uygulayan tüm hekimler bu kurallar kapsamındadır.

##### **Dayanak**

**Madde 3:** Bu kurallar bütünü 6023 sayılı yasanın 59/g maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

##### **Tanımlar**

**Madde 4:** Bu metinde geçen:

- a. Hekim deyimi; tıp doktorlarını,
- b. Bakanlık deyimi; Sağlık Bakanlığı’nı
- c. Hekim örgütü deyimi; Türk tabipleri birliğini ifade eder.

### **İkinci Bölüm**

#### **(Genel Kural ve İlkeler)**

##### **Hekimin Görev ve Ödevleri**

**Madde 5:** Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için gelişmeleri yakından izler.

##### **Etik İlkeler**

**Madde 6:** Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi ilkeleri yararlılık zarar vermeme adalet ve özerklik ilkeleridir.

### **Hekimin yansızlığı**

**Madde 7:** Hekim, görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.

### **Vicdan ve mesleki kanı**

**Madde 8:** Hekim, mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

### **Sır saklama yükümlülüğü**

**Madde 9:** Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz. Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir. Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez. Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevinden çekilebilir.

### **Acil yardım**

**Madde 10:** Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun gerekli tıbbi girişimlerin yapılamadığı acil durumlarda ilk yardımda bulunur.

### **Ticari amaç ve reklam yasağı**

**Madde 11:** Hekim, mesleğini uygularken reklâm yapamaz, ticari reklâmlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz. Hekim, yayın araçlarıyla yapacağı duyurulara varsa, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kabul edilmiş olan uzmanlık alanını, çalışma gün ve saatlerini bildirebilir. Tabela ve benzeri tanıtım araçlarının biçim ve boyutları yerel tabip odası tarafından saptanır.

### **Meşru ve yasak yöntemler**

**Madde 12:** Hekim, mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı

ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz.

### **Hekimliğin kötü uygulanması (Malpractice)**

**Madde 13:** Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulanması" anlamına gelir.

### **Aracılık etme ve aracından yararlanma yasağı**

**Madde 14:** Hekim, öteki hekimlere veya tetkik-tedavi kuruluşlarına maddi çıkar karşılığı hasta gönderemez. Hekim, hasta sağlamak amacıyla aracı kişilerden yararlanamaz

### **Endüstri ile ilişkilerde çıkar sağlama yasağı**

**Madde 15:** Hekimler, endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kuramazlar. Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik ilişkiler ise, şeffaf ve kurumsal olmalıdır. Bu ilişkilerde, Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeler" geçerlidir.

## **Üçüncü Bölüm**

### **(Hekimler Arası İlişkiler)**

#### **Meslektaşlar arasında saygı**

**Madde 17:** Hekim, meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korur.

#### **Yetkinlik dışı faaliyet yasağı**

**Madde 18:** Hekim, tıbbi görevlerini yerine getirirken gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz.

#### **Danışım (konsültasyon) ve ekip çalışması**

**Madde19:** Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirebilmesi için;

**a.** Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve veya yakınlarına

bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

**b.** Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

**c.** Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

**d.** Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

**e.** Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

**f.** Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

**g.** Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

### **Odaya bildirme yükümlülüğü**

**Madde 20:** Hekim, meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda uzlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını kasıtlı bir biçimde sürdürmesi durumunda yerel tabip odasında konuyla ilgili bildirimde bulunur.

### **Dördüncü Bölüm**

#### **(Hekim-Hasta İlişkileri)**

#### **Hasta Haklarına Saygı**

**Madde 21:** Hekim, hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.

#### **Hekim seçme özgürlüğü**

**Madde 22:** Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.

### **Muayenesiz tedavi yasağı**

**Madde 23:** Hekim, acil vakalar gibi zorunlu durumlar dışında hastasını bizzat muayene etmeden tedavisine başlayamaz.

### **Hasta üzerinde etkinin kullanımı**

**Madde 24:** Hekim, hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanamaz.

### **Tedaviyi üstlenmeme veya yarıda bırakma**

**Madde 25:** Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.

### **Aydınlatılmış onam**

**Madde 26:** Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır.

Yapılacak aydınlatma, hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler, hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam; baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar, hastanın reşit olmaması veya bilincin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun, mümkün olmaması durumunda hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek



hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar, toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da tedavi yapılır.

**Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.**

### **Bilgilendirilmeme Hakkı**

**Madde 27:** Hasta, sağlığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi, hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir.

### **Terminal hastalara yardım**

**Madde 28:** Hekim, terminal dönemdeki hastalara her türlü insani yardımı yapmaya insan onuruna yaraşır koşulları sağlamaya ve çekilen acıyı olabildiğince azaltmaya çalışır.

### **Ücret**

**Madde 29:** Hasta, ücret konusunda önceden hekimden bilgi alabilir. Hekim, tüm muayene, tetkik, tıbbi, cerrahi girişimlerde meslek örgütünün belirlediği taban ücretin altında bir ücret alamaz. Hekimin, meslektaşları ile meslektaşlarının eşleri ve bakmakla yükümlü olduklarından muayene ve tedavi için masraflar dışında ücret almaması uygundur.

### **Gereksiz harcama yaptırma yasağı**

**Madde 30:** Hekim, hastasının parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez.

### **Hastayla ilgili bilgilerin hastaya verilmesi ve kullanımı**

**Madde 31:** Hasta, dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez. Hekim, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla bu bilgileri saklı tutmak koşuluyla bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir.

### **Rapor düzenleme**

**Madde 32:** Hekim, bizzat muayene ve tedavi ettiği hastasına gerekli gördüğünde hastalıkla ilgili rapor verir. Bu raporda tıbbi gerekçelere bağlı olarak istirahat tedavi şekli diyet çalışma koşulları gibi hasta için gerekli geçici yada kalıcı bilgiler ve hekimin önerileri bulunur.

## **Beşinci Bölüm**

### **(Hekim ve İnsan Hakları)**

#### **Uluslararası sözleşmelere uyma zorunluluğu**

**Madde 33:** Her hekim, başta insan hakları evrensel bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür:

#### **İşkenceye yardım yasağı**

**Madde 34:** Hekim, tıbbi bilgi ve becerisiyle işkence ve benzeri uygulamalara katılamaz, yardımcı olamaz gerçeğe aykırı rapor düzenleyemez. İşkence iddiası olan olgularla karşılaşan hekim, mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanır.

#### **Tutuklu ve hükümlülere verilecek tıbbi yardım**

**Madde 35:** Tutuklu ve hükümlülerin muayenesi de öteki hastalarinki gibi; kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılır ve onların gizlilik hakları korunur. Hekimin, bu koşulların sağlanması için ilgililerden istekte bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır. Muayene sonucu düzenlenecek belge veya raporlarda hekimin adı, soyadı, diploma numarası ve imzası bulunur. Belge ve raporların bir örneği kişiye verilir. Belge ve rapor baskı altında yazılmış ise, hekim bu durumu en kısa zamanda meslek örgütüne bildirir.

#### **Tutuklu ve hükümlülerin tıbbi yardımını reddetmesi**

**Madde 36:** Hekim, muayene ve tedavi olanaklarını bilinçli olarak reddeden tutuklu ve hükümlülere bu davranışlarının sonuçlarının neler olabileceğini açıklar. Zorla muayene ve tedavi yolunu deneyemez, öneremez.

#### **Ölüm cezasına etkin katılım yasağı**

**Madde 37:** Hekim, hiçbir zaman ölüm cezasının infazında bulunamaz, infaza yardımcı olamaz ölüm cezası uygulamasında tıbbi hizmet veremez.

#### **Olağanüstü durumlar ve savaş:**

**Madde 38:** Hekim, olağanüstü durumlar ve savaşta evrensel nitelikteki tıbbi etik kurallarını yansızlıkla uygular. Hasta ve yaralı sayısının çokluğu nedeniyle herkese gerekli tıbbi yardımın verilemediği koşullarda hekim tedavi olasılığı yüksek olan ağır vakalara öncelik verir.

### **Cinsel ilişki muayenesi**

**Madde 39:** Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamaz. Hekim, ilgilinin veya ilgili reşit değilse veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz.

### **Altıncı Bölüm**

#### **(Tıbbi Araştırmalar ve Yayın Etiği)**

#### **İnsan üzerinde araştırma**

**Madde 40:** İnsan üzerinde yapılacak klinik, deneysel ya da epidemiyolojik araştırmalar gerek ilaç gerek cerrahi yöntem araştırmaları olsun, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunabilmek amacıyla yerel etik kurallarından geçmek koşuluyla yapılır. İnsan üzerinde yapılan tüm araştırmalar, bilimsel ve mesleki yönden yeterli ve yetkin kişiler tarafından yürütülür. Araştırmanın sorumluluğu tümüyle araştırmacıya aittir.

#### **Deneğin bilgileneşmesi ve aydınlatılmış onamı**

**Madde 41:** İnsan üzerinde yapılan araştırmalarda her deneğe, araştırmacının amacı, yöntemi, beklenen yarar ve olası yan etkileri hakkında, deneğin anlayabileceği dilde ve biçimde yeterli bilgi verilmesi zorunludur. Deneğe, çalışma başladıktan sonra isterse araştırmaya katılmaktan vazgeçebileceği ve onamını geri alabileceği, ancak bu nedenle daha sonraki tedavisinin ve takibinin aksamayacağı anlatılır. Bilgilendirme sonrasında konuyu yeterince anlayıp anlamadığı değerlendirilir. Araştırma hakkında yeterli bilgilendirme sağlandıktan sonra, deneğin yazılı onamı alınır. Bu onam, deneğin özgür iradesine dayanmalıdır.

## **Reşit ve mümeyyiz olmayanların durumu**

**Madde 42:** Reşit ve/veya mümeyyiz olmayan kişiler yönünden veli veya vasisinin aydınlatılmış olması gerekir.

## **Deneğin Korunması**

**Madde 43:** İnsan üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda deneğin yaşamı, bedensel ve zihinsel bütünlüğü ile sağlığı her zaman toplumsal veya bilimsel çıkarların üzerinde tutulur.

Deneğin özel yaşamına saygı gösterilmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği sağlanır. Bilimsel araştırma ve yayınlar ile akademik bilimsel amaçlı sunuşlarda deneğin kimliği gizli tutulur. Bir tıbbi araştırmada, beklenen katkı ne olursa olsun, denek için ciddi bir tehlike şüphesi doğduğunda araştırma durdurulur. Araştırmanın giderleri deneğe, yakınlarına ya da sosyal güvenlik kurumuna yansıtılamaz.

## **Yayın Etiği**

**Madde 44:** Hekim, araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer alamaz. Kaynak göstermeden ve izin almadan başkalarına ait veriler, olgular ve yazılı eserler kullanılamaz.

## **Yedinci Bölüm**

### **(Çeşitli Hükümler)**

## **Hüküm bulunmayan durumlar**

**Madde 45:** Bu kurallarda yer almayan durumlarla karşılaşıldığında hekim, genel etik ilkelere, ulusal düzenlemelere, uluslararası düzeydeki bildirge ve sözleşme hükümlerine uyar.

## **Disiplin kovuşturması**

**Madde 46:** Hekimler, bu kurallar bütünü hükümlerine aykırı davranışlarda bulduklarında, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'na göre tabip odaları yönetim kurulları tarafından onur kurullarına sevk edilirler. Hekimlerin disiplin soruşturmasına uğraması, haklarında ayrıca hukuki veya cezai tatbikat yapılmasına engel değildir.

## **Yürürlük**

**Madde 47:** Bu kuralların bütünü Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi'nde kabul edilip, Türk Tabipleri Birliği yayın organlarından bir ay sonra yürürlüğe girer ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve tabip odaları tarafından yürütülür.





## ÖZGEÇMİŞ

**Ad-Soyad:** İrfan ERTEKİN

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 10.04.1972- Erzurum

**E-posta:** irfan10041972@mynet. com

### ÖĞRENİM DURUMU:

**Lisans:** 16.06. 1995, Atatürk Üniversitesi, Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi

: Fransız Dili Eğitimi.

**Yüksek Lisans:** 12.02.2000, Atatürk Üniversitesi, Fransız Dili ve Edebiyatı,

: Fransız Dilbilimi.

### MESLEKİ DENEYİM:

: Uzman Öğretmen-Mili Eğitim Bakanlığı:1995-2010.

: Öğr. Gör-Erzincan Üniversitesi: 2010- devam ediyor.

: Kurucu Müd. Yrd.-Erzincan Üniversitesi TÖMER: 2011-2013.

### DİĞER YAYINLAR VE SUNUMLAR:

- Ertekin, İ., 2016. A Critical Approach to the 'Family Television Study' of David Morley., III. AGP Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi, Barcelona Üniversitesi, 4-7 Şubat, Barcelona, İspanya.
- Ertekin, İ., 2016. Developing the "Organizational Communication Scale" in Public and Private Sector Healthcare Institutions: A Validity and Reliability Study, 5<sup>th</sup> AGP International Humanities and Social Sciences Conference, 22-25 Septembre, Budapest.
- Ertekin, İ., 2016. Developing the "Communication in Healthcare Institutions Scale" in Public and Private Sector Healthcare Institutions: A Validity and Reliability Study, 5<sup>th</sup> AGP International Humanities and Social Sciences Conference, 22-25 Septembre, Budapest.
- Ertekin, İ., 2015. Sosyal Medyada Kurumsal Yönetim Krizi Araştırması: Soma Olayı, 1.Medy ve Haber Sempozyumu, İstanbul Aydın Üniversitesi, İletişim Fakültesi, 21-23 Ekim, İstanbul, Türkiye.
- Ertekin, İ., 2015. Mükemmellik Kuramı Açısından Kurumsal İletişim Algısı, II. Yükseköğretim Stratejileri ve Kurumsal İşbirliği Sempozyumu, Mersin Üniversitesi, 22-24 Ekim, Mersin, Türkiye.



- Ertekin, İ., 2016. A Critical Approach to the 'Family Television Study' of David Morley., "Women's Studies in Turkey: Charting the Social, Economic and Political Changes in Women's Lives", Published by AGP Research, AGP Research is an Imprint of Mayaa Education, London.
- Ertekin, İ., 2016. Halkla İlişkilerde Mükemmellik Kuramı Açısından Kurumsal İletişim, İstanbul Aydın Üniversitesi, İletişim Çalışmaları Dergisi, İAÜ Yayınları, İstanbul.

