

Hekimlerin Sağlık İletişim Düzeyleri ve Kullandıkları Modellerin İncelenmesi: Odak Grup Çalışması¹

Nihal ACAR²

Başvuru Tarihi: 04.10.2023

Kabul Tarihi: 18.01.2024

Makale Türü: Araştırma Makalesi

Öz

Sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen değişiklikler 1970 yılında küresel olarak yeni sağlık politikaları ortaya çıkartmıştır. Bunlardan biri olan sağlık iletişimi, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile yakından ilişkili toplumsal ve bireysel sağlığın korunmasına yardımcı yeni bir uygulamadır. Sağlık iletişimi kavramı, ilk dönem, iletişim araştırmalarında sıklıkla hastalar açısından incelenmiştir. Fakat kavram temelde tüm sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarını kapsamaktadır. Bu araştırma, alanda bulunan eksikliği kapatmak için hekimlerin iletişim düzeyleri ile iletişim modellerini belirlemek üzere nitel araştırma yöntemlerinden odak grup çalışması ile inşa edilmiştir. 10 hekim ile yürütülen araştırma sonunda doktorların "hekim-hasta" kategorisinde iletişim kurduğu saptanmıştır. Araştırmanın bir başka bulgusunda, hekimlerin sağlık iletişimi modellerinden retorik model dışında kalan 6 farklı modeli de hastanın sosyo-ekonomik ve psikolojik özelliklerine göre kullandıkları anlaşılmıştır. Araştırma sonunda hekimlerin, hastaları ile daha kaliteli bir sağlık iletişimi kurmaları için muayene sürelerinin uzatılması, günlük bakılan hasta sayısının azaltılması ve sağlık iletişimi politikalarının geliştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İletişimi, Hekim, Hasta, İletişim, Odak Grup

Atıf: Acar, N. (2024). Hekimlerin sağlık iletişim düzeyleri ve kullandıkları modellerin incelenmesi: odak grup çalışması. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(1), 201-226.

¹ Bu araştırma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Bilimsel Araştırma Önerisi Etik Değerlendirme Kurulu'ndan 17.03.2023 tarihinde 2023/1-39 sayılı karar no-12 ile etik kurul onay izni alınmıştır.

² Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Yeni Medya ve İletişim Bölümü, nihalacar@cumhuriyet.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1552-5654

Examination of the Health Communication Levels of Physicians and the Models They Use: A Focus Group Study

Nihal ACAR³

Submitted by: 04.10.2023

Accepted by: 18.01.2024

Article Type: Research Article

Abstract

Changes in the provision of health services brought about new health policies globally in 1970. One of them, health communication, is a new application that is closely related to the development levels of countries and helps to protect social and individual health. The concept of health communication has often been studied from the point of view of patients in early communication research. However the concept basically covers all health workers, as well as patients and patient relatives. This research was built with a focus group study from qualitative research methods to determine the communication levels and communication patterns of physicians in order to cover the deficiency found in the field. At the end of the research conducted with 10 physicians, it was found that doctors communicate in the “physician-patient” category. In another finding of the study, it was understood that physicians use 6 different models other than the rhetorical model from the health communication models according to the socio-economic and psychological characteristics of the patient. At the end of the research, it was proposed to extend the examination periods, reduce the number of patients being cared for daily and develop health communication policies in order for physicians to establish a better-quality health communication with their patients.

Keywords: Health Communication, Physician, Patient, Communication, Focus Group

³ Sivas Cumhuriyet University, Faculty of Communication, Department of New Media and Communication, nihalacar@cumhuriyet.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1552-5654

Giriş

Sağlık iletişimi alanındaki çalışmalar; değişen dünya düzeni, ekonomiler, siyasi uygulamalar ve sağlık sistemlerinin bir gereksinimi olarak hasta/hekim ilişkisinin her açıdan incelenmesini olanaklı kılmıştır. İnsan ile ilgili her alan sağlık iletişiminin bir parçasını oluşturmuştur. Bunların bir süreç olarak beraber devam ettirilmesi ve bir sonuca ulaştırılması iletişim ile gerçekleştirilmiştir. Bu yüzden sağlık iletişimi hangi açıdan incelenirse incelenirse odak noktasında iletişimin sağlıklı olan biçimi yer almaktadır.

Bir uygulama olarak başlayan sağlık iletişimi, bireyin sağlık davranışında onun faydasına olacak şekilde tutumlarını değiştirmeyi ve toplumsal açıdan da sağlık refahının artmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Sağlık iletişimi bireylerin iyi oluş durumları üzerinde olumlu açıdan etkili olabileceği düşünülen, toplumsal bir politika olarak vurgulanabilmektedir. Çünkü ülkelerin kabullendiği sağlık politikalarındaki gelişmeler bu yeni olgunun çıkışına imkân sağlamıştır. Temelde iletişim bilimlerinin bir alt dalı olarak ortaya çıkan kavram, geleneksel hekim-hasta ilişkisi ile hekimlerin hastayı tedavi etmesine yönelik olan iletişim sürecinin en iyi şekilde ilerlemesini sağlayan modern bir yapı olarak inşa edilmiştir. Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin sağlık unsuruna bağlı olarak incelenmesi sonucunda gelişen ve yakın dönem araştırmalarda da sıklıkla çalışılan sağlık iletişimi, ağırlıklı olarak iletişim ve sağlık literatüründe yer edinmiştir. İlk dönem araştırmalarında (Schiavo, 2007) bu alanın teorik çerçevesi açıklanmaya çalışılmıştır. Son 25 yıldır çalışılan bu alanda yapılan araştırmaların; iletişim sürecinin hasta açısından memnuniyet düzeyi (Çimen, 2020) ile karşılaşılan problemler (Mansur, 2022) ilgili alanın sektörel yapısına yönelik tespitler (Büyükaslan, 2018), halkla ilişkiler özelinde kampanya tasarım türleri (Bozkanat, 2021) ile kullanılan spotların analizine (Öztürk ve Sabırcan, 2020) ve Covid-19 gibi pandemi süreçlerinde ortaya çıkan sorunlara (Yang ve Huang, 2021) ilişkin olarak gerçekleştirildiği görülmektedir. Daha az araştırmada (Koçak ve Bulduklu, 2010; Işık, 2019; Vardarlıer ve Öztürk, 2020; Doğanyığıt, 2021; Gündoğdu, 2021) ise farklı olarak sağlık iletişimin bir medya aracı ile olan ilişkisi incelenmiştir. Literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde sağlık iletişimi sürecinin genel itibarıyla hasta üzerinden yukarıda verilen faktörlere bağlı olarak açıklanmaya çalışıldığı görülmüştür. Sayılı birkaç araştırmada (Aydın ve Şahin, 2016; Güven ve Taşkıran, 2019; Yılmaz ve Şireci, 2020; Işık, 2021, Güzel, Dömbekci ve Arı, 2022; Güven ve Keleş, 2022) ise hastaların hekim ile olan ilişkisi bir model ışığında açıklanmaya çalışılmıştır. İşte bu araştırma buradan hareketle hekimlerin kullandıkları sağlık iletişim düzeylerini ve sağlık iletişimde kullandıkları modelleri belirlemek, bunlara yönelik düşüncelerini kuramsal çerçeveye göre betimlemek üzere odak grup araştırması yönteminde inşa edilmiştir.

Literatür Taraması

Araştırmanın bu başlığının altında konunun kavramsal çerçevesi incelenmiştir.

Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi, iki farklı disiplinin içeriğinden oluştuğu için üzerinde kesin sınırlar ile uzlaşma sağlanmış sabit bir tanımı bulunmamaktadır. Kavramın bu özelliği literatürde birden fazla farklı tanımlamanın yapılmasına zenginlik sağlamanın yanın da (Gündoğdu, 2021, s. 24) çeşitli zorluklara da neden olmuştur (Alım, 2021, s. 16).

Kavramı kuramsallaştırmaya yönelik araştırmalar yapan Schiavo'ya (2007, s. 6-7) göre sağlık iletişimi; bireyleri, kitleleri, politikacıları, hekimler ile diğer tüm sağlık çalışanlarını olumlu yönde etkilemek, desteklemek, sağlıklı ilgili bilgileri paylaşmak için gerçekleştirilen çok yönlü ve çok disiplinli bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık ve İnsan Hizmetleri Dairesi Hastalıkların Kontrolü ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control And Prevention-CDC) (2023) kavramı sağlıkla ilgili kararlar üzerinde etkili olmak, bilgilendirmek için iletişim biliminin çok yönlü bir alt dalı olarak bu disipline ait yöntem ve tekniklerin kullanılması, uygulanması şeklinde açıklamıştır. Sağlık iletişimini bir sanat ve teknik süreç olarak açıklayan CDC (2023), eylemin etkin şekilde yönetilmesi için iletişim stratejilerinin kullanımı ve sonuçlarının incelenmesine de vurgu yapmaktadır. CDC, bireyleri sağlık iletişimi konusunda etkileme ve bilgilendirme yöntemleri ile toplumların sağlık sonuçlarını olumlu açıdan geliştirmeyi hedeflemektedir (Işık, 2019, s. 1981).

Sağlık iletişimi, iletişim biliminin bir alt dalı olarak iletişim stratejileri özelinde yürütülen bir disiplindir. 2000’li yıllardan sonra da üzerinde araştırma yapılmaya başlanmıştır (Ayaz ve Ayaz, 2017, s. 147). Sağlık iletişimi bazı araştırmalara (Şantaj ve Tekin, 2020) göre bir süreç olarak açıklanmaktadır. Şantaj ve Tekin’e göre (2020, s. 242) hastadan sağlığı ile ilgili bilgilerin alınması, tedavinin planlanması ve değerlendirilmesi, hastanın bunlar hakkında rıza beyanı vermesine ait başlangıçtan bitişe kadar olan tüm süreç sağlık iletişimi olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık iletişimi, yukarıda verilen tanımlamalardan beslenerek birey, hekim-sağlık çalışanı ve devlet açısından 3 farklı şekilde açıklanabilmektedir. Birey açısından sağlık iletişiminin açıklanması iki farklı duruma göre yapılmaktadır: “Sağlık ve hastalık”. İlkinde kişinin var olan sağlığını korumasına yönelik tüm bilgilendirme ve danışmanlıklar, ikincisinde ise bireyin hastalık durumunda gerçekleştirdiği tüm tedavi süreci sağlık iletişimi olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık iletişimi gerçekte kişilerin hastalanması ile başlayan bir süreç olmadığı için ilk olarak kişinin mevcut sağlığını korumaya yönelik bilgilendirmeyi hedeflemektedir. Hastalık durumunda tanımlanan sağlık iletişimi ise bireylerin hasta-hekim ya da hasta-diğer tüm sağlık çalışanları arasında gerçekleşen, kişinin var olan sağlık sorununun tedavisi ve sonlanması için yürütülen bir süreçtir. Bireysel açıdan tanımlanan sağlık iletişimin sadece hastalık durumunda gerçekleşmediği söylenebilmektedir. Bireysel sağlık iletişimde süreç sıklıkla yüz yüze iletişim şeklinde yürütülmesine rağmen internet, sosyal ağlar, çevrimiçi görüşme uygulamaları ile de görüntülü/sesli ya da hem görüntülü hem de sesli olarak farklı şekillerde devam ettirilmektedir.

Hekim-sağlık çalışanı açısından sağlık iletişimi temelde hasta olan ya da olmayan birey ile yürütülen bilgilendirme ya da tedaviyi içeren ve yine iletişimin sözlü, görsel, yazılı ya da çevrim içi ortamının kullanıldığı bir süreçtir. Bu gruba ait sağlık iletişimi süreci ağırlıklı olarak hekim üzerinden yapılmaktadır. Çünkü hasta olsun ya da olmasın bireye en doğru bilgiyi doktor vermektedir. Diğer sağlık çalışanları ise sağlık iletişimde bireyin randevu oluşturma, tahlil, röntgen, manyetik rezonans (MR), ultrason gibi görüntüleme işlemlerini yapmak ile süreci ilerletmektedir. Bu grupta yer alan sağlık iletişimi özellikle Covid-19 boyunca farklı iletişim araçları ile yönetilmiştir. Bazı özel hastaneler ve aile hekimlikleri, virüsün yayılma hızını düşürmek üzere web 2.0 tabanlı görüntülü uygulamalar kullanmıştır.

Devlet açısından tanımlanan sağlık iletişimi ise daha çok genel halk sağlığını korumaya yönelik bir politikadır. Sağlık iletişimi; hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunmasının teşviki, sağlık hizmetlerinin ekonomisinin yanı sıra genel yaşam kalitesinin ve sonradan ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının iyileştirilmesidir (Schiavo, 2007, s. 7). Ülkeler sağlık iletişimini, toplumların sağlık kalitesini artırdığı için önemli bir strateji olarak kabul etmektedir.

Genel anlamda sağlık iletişimi herhangi bir ayırım yapmadan ise şu şekilde açıklanabilmektedir;

“Birey ve öncelikli olarak hekim ardından diğer tüm sağlık çalışanları arasında, kişinin sağlığını korumaya ya da var olan mevcut hastalığını tedavi etmeye yönelik iletişimin farklı şekilleri ile gerçekleştirildiği ve ülkelerin toplumsal sağlık refahını artırmayı hedeflediği bir politika”.

1970’li yıllarda ABD’de 2000’li yılların başında ise Avrupa ülkeleri ile Türkiye’de geliştirilmeye başlanan sağlık iletişimi farklı uygulamalar ile gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. İlk sağlık iletişimi uygulamalarına 1971’de ABD’de Ulusal Kanser Enstitüsü’ne (National Cancer Institute) (NCI) ait Birleşik Devletler Kanser Enformasyon Servisi’nde (Cancer Information Service) (CIS) başlanmış (Güven ve Taşkıran, 2019, s. 13), Türkiye de ise Aile Hekimliği, Anne ve Çocuk Sağlığı, Bağışlama Programı, Sağlıklı Çevre-Sağlıklı İnsan Programı, Şehir Hastaneleri, Merkezi Hastane Randevu Sistemi, Halkla İlişkiler Stratejileri Geliştirme, Sağlık İletişimi ve Medya, Kamu Spotu ve Sağlık Bilinci Eğitimi programları geliştirilmiştir (Çimen, 2020, s. 465). Sağlıkla ilgili farkındalık oluşturulması, bilgi verilmesi ve davranışların bireylerin faydasına olacak şekilde değiştirilmesi, kişi ve kurumların iletişim ve teknoloji birlikteliğinin olumlu yönde etkilenmesi sağlık iletişimi uygulamalarının genel amacını oluşturmaktadır (Öztürk ve Sabırcan, 2020, s. 36).

Sağlık İletişimi Düzeyleri

Sağlık iletişimi düzeyi; sağlık iletişiminin birden fazla kişi arasında sözlü, yazılı, görsel ya da çevrim içi olarak farklı ya da aynı gruplar arasında iletişim teknikleri ile gerçekleşmesidir. Sağlık iletişim düzeyinin merkezinde sağlık ya da hastalık ile bilgilendirme yapan ya da tedaviyi yönlendiren sağlık personelleri yer almaktadır.

Sağlık iletişimin düzeyi, gerçekleştirilen sağlık iletişiminin konusuna ve mesajı gönderen ile alan kaynağın durumuna göre farklılık göstermektedir. Sağlık iletişim düzeyleri; hasta-hekim, hasta-hasta, hasta-hasta yakını ve hastanın öznel alanında hissettiği içselliğine bağlı olarak farklı düzeylerden oluşmaktadır (Şireci, 2019, s. 7). Thomas (2006, s. 3) sağlık iletişimin düzeyini; kişisel, sosyal ağ, organizasyon, cemiyet ve toplum olmak üzere 5 farklı düzeyde toplamıştır. Koçak ve Bulduklu (2010, s.8) ise sağlık iletişim düzeylerini; hekim-hasta, grup ve kitle iletişimi olarak ayırmıştır. Diğer bir sınıflandırma da ise Tanrıverdi (2018) Koçak ve Bulduklu (2010, s. 8) gibi sağlık iletişim düzeylerini 3 farklı şekilde açıklamaktadır. Okay (2006, s. 97) ise hasta-hekim iletişimi ve sağlık kurumları-toplum iletişimi olmak üzere iki farklı sağlık iletişimi düzeyinden bahsetmektedir. Bu araştırmada sağlık iletişim düzeyleri Koçak ve Bulduklu (2010), Tanrıverdi (2018) ve Okay’ın (2006) sınıflandırmasını destekleyecek şekilde gruplandırılmıştır. Bunlar;

Hasta-hekim iletişimi: En açık tanımı ile hasta ve hekim arasında yüz yüze ya da iletişim teknolojilerinin sunduğu farklı iletişim teknikleri ile gerçekleştirilen sağlık iletişim düzeyidir. Bu iletişim düzeyinde, konuşmalar karşılıklı olarak açık bir şekilde yapılmakta ve güven ortamının oluşturulması sağlanmaktadır (Şireci, 2020, s. 9). Bireysel açıdan ilk kurulan sağlık iletişim düzeyidir. Hasta-hekim ilişkisi, hekimin her anlamda ağırlıklı olarak öne çıktığı bir iletişim sürecini kapsamaktadır (Tanrıverdi, 2018, s. 12). Bu düzey diğerlerine göre daha özel ve güven odaklı bir iletişim sürecini kapsamaktadır. İletişim boyunca sadece hasta ve hekim yer almaktadır. Güven temelli ilerleyen bu iletişim düzeyinde hekim, hastaya almak istediği sağlık konuları hakkında bilgi vermekte ya da var ise hastalığı ile ilgili öykü oluşturarak, yönlendirmeler yapmaktadır. İngiltere’de ortaya çıkan hasta-hekim iletişim düzeyi aile hekimliği uygulamalarında belirginleşmiştir (Gündoğdu, 2021, s. 29). Hasta-hekim arasında gerçekleşen bu iletişim düzeyi her iki tarafın kültürel durumu, ekonomik gücü, sosyal yapısı ve psikolojisine göre belirlenmektedir (Kutlu, Çolakoğlu ve Özgüvenç, 2010, s. 130). Hasta-hekim iletişiminde hastalıklara teşhis konulup, tedavisinin yapılması için gerekli olan tüm bilgiler bu düzeyde elde edilmekte ve daha çok sözlü iletişim ile gerçekleşmektedir (Işık, 2021, s. 2020). Berry’ya (2006) göre hasta-hekim iletişimini etkileyen 4 önemli unsur bulunmaktadır. Bunlar;

- Hekimlerin cinsiyet, kişisel özellikleri ile mesleki deneyim yılı,
- Hastanın kişilik özellikleri,
- Hekim ve hasta arasındaki sosyo-kültürel, ekonomik farklılıklar,
- Durumsal etkenler (Hastanın korkuları, hastalığın varlığı).

Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin yukarıda sıralanan nedenlere bağlı olarak istenmeyen yönde ilerlemesi bazı sorunlar ortaya çıkartabilmektedir. Hastaların memnuniyetsizliği, planlanan tedaviye uymama, yanlış tedavi için yasal süreçlerin başlatılması bunlara örnek olarak verilebilmektedir (Tanrıverdi, 2018, s. 12). Bunlar gibi olumsuz durumların yaşanmaması, hastaların en iyi şekilde sağlık hizmetinden faydalanabilmesi için hasta-hekim arasında anlayış, güven ile diyaloga dayanan sürecin oluşturulması ve devam ettirilmesi gerekmektedir (Güven ve Taşkiran, 2019, s. 15).

Grup İletişimi: Belirli bir hastalığa sahip birden fazla insanın başta hekim ve diğer sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği iletişim düzeyidir. Grup iletişimde ilk olarak hasta olan kişiler ile iletişim kurulsa da genel anlamda tüm vatandaşların bu eğitimlerden faydalanması amaçlanmaktadır. Bu açıdan bu iletişim düzeyi kolektif bir iletişim şekline dayanmaktadır. Grup iletişimi sıklıkla toplumda yaygın olarak görülen hastalıklara yönelik bilgilendirme ya da hastalara eğitim verilmesi amacı ile yapılmaktadır. Örneğin; genel nüfusta görülme sıklığı yüksek olan şeker hastalarına devlet, üniversite ya da numune hastaneleri belirli aralıklarda grup iletişimi yolu ile sağlık eğitimleri vermektedir. Grup iletişimi ile hastaların yaşam koşulları olumlu yönde geliştirilebilmektedir (Tanrıverdi, 2018, s. 12). Grup iletişimi ortak karar alma konusunda önem taşımaktadır (Gündoğdu, 2021, s. 32). Grupta yer alan üyeler ortak iş birliğine ve koordinasyona açık kişilik özelliklerini taşımaktadır. Grup iletişimde; öğrenme, tutum değişikliği, farkındalık oluşturma ve tedavinin uygulanma sürecine yönelik bilgilendirme gibi faaliyetlerin aktarımı tüm üyeler ile sağlık çalışanları tarafından ortak bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Grup iletişimi bir medya aracılığı ile yapılabileceği gibi kişilerarası iletişim şeklinde araçsız olarak da yürütülebilmektedir.

Kitle iletişimi: Sağlıkla ilgili bir sorunun topluma duyurulması, fayda sağlayacak sağlık davranışının insanlara tanıtılması için geleneksel ve yeni medya araçları üzerinden yürütülen sağlık iletişim düzeyidir. En büyük avantajı aynı anda mesajın tüm topluma aktarımıdır. Sağlık iletişimin en önemli boyutu kitle iletişimdir (Koçak ve Bulduklu, s. 8). Kitle iletişim araçları uzun süredir kabul edilmiş sağlık davranışlarını tek başına değiştirecek güce sahip olmasa da bilinç oluşturma açısından önem taşımaktadır. Bu açıdan diğer iletişim düzeylerine göre daha fazla kamuoyu oluşturma yeterliliğine de sahiptir. Kitle iletişim araçlarında yaşanan gelişmeler sağlık iletişim düzeylerinde de değişikliğe neden olmuştur. Hâlâ etkisi devam eden Covid-19 sürecinin başından bu yana bilgilendirmeler ağırlıklı olarak yeni iletişim teknolojilerinden olan internet ve çevrimiçi uygulamalar üzerinden devlet yetkilileri tarafından yapılmıştır. Özellikle Twitter, Covid-19 sürecinde salgın hakkında bilgilendirme yapmak amacı ile devlet yetkilileri tarafından kullanılmıştır (Kazaz ve Acar, 2021, s. 200). Bunun yanında geleneksel kitle iletişim araçlarından televizyon da sağlık iletişiminin kitlesel olarak yürütüldüğü bir diğer medya aracı olarak kullanılmıştır. Hız, güvenilir bilgi, kolaylık, toplu erişim gibi avantajlarının yanında sosyal ağların salgın hastalıklar döneminde bilgilendirme açısından daha fazla korku üretebilmektedir (Gülner ve Acar, 2021, s. 159).

Sağlık İletişimi Modelleri

Sağlık iletişimi modelleri; sosyal psikolojinin davranış modelleri ve iletişim biliminin bazı yaklaşımlarının sağlık iletişimine entegre edilmiş yeni bir hâli olarak tanımlanabilmektedir (Koçak ve Bulduklu, 2018, s. 9). Sağlık bakım hizmetlerinde gelişmelerin yaşanması ve diğer alanlarda medyana gelen teknik yönler 1990'lı

yıllarda sağlık iletişiminde modellerin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Tanrıverdi, 2018, s. 9). Sağlık iletişim modelleri bu açıdan sadece kendi başına belirginleşmemiş, diğer alanların katkıları ile iletişim bilimlerine uyarlanmaya çalışılmıştır. Literatürde iki farklı sınıflandırma bulunmaktadır. İlk sınıflandırma kişilerin sağlık konularında tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmeye yönelik olan sağlık iletişimi modelleri (Koçak ve Bulduklu, 2010; Tanrıverdi, 2018; Şireci, 2019; Gündoğdu, 2021) ikincisinde hastanın tedavi sürecine yönelik hasta-hekim karar verme modelleri (Güven ve Taşkırın, 2019; Çimen, 2020; Alım, 2021) yer almaktadır. Sağlık iletişiminde baz alınan ilk sınıflandırma daha çok süreçte kişiyi merkeze oturtan, bireysel davranışlarının hekim tarafından gözlemlendiği modellerden oluşmaktadır. Buna bağlı olarak da sağlık iletişimi modelleri, bu araştırmanın konusuna göre ilk sınıflandırma üzerinden aşağıda açıklanmıştır.

Retorik Model: Kelime olarak güzel söz söyleme sanatı olarak bilinen retorik, sağlık iletişimi modelleri özelinde sözlü ya da sözsüz olarak alıcının zihninde hedeflenmiş anlamın oluşturulmasıdır. Diğer bir açıdan ise retorik belli bir durumda ya da olayda inandırma ve kabul ettirme tekniği olarak da açıklanabilmektedir. Retorik model, iletişim sürecinde alıcının bir konu hakkındaki tutum ve davranışlarının değiştirilebileceğini savunmaktadır. Koçak ve Bulduklu (2010, s. 9) ise retorik: ikna edici söylemin iletişim boyunca kullanılması şeklinde tanımlamaktadır. Retorik model iletişim sürecinde anlayış meydana getirme, tutum oluşturma, tutum güçlendirme ve tutum değiştirme olmak üzere 4 temel amacı gerçekleştirmek için inşa edilmiştir (Tabak, 2006, s. 43). Retorik yaklaşım modeli, anlayış temelli sorunları çözmeye ve iletişim sürecini olumlu yönde sonlandırmayı hedeflemektedir. Sağlık iletişimi sürecinde retorik model, kaynak ve hedef arasındaki mesajın iletilmesinden ortaya çıkan sorunların çözümü için uygun bir model olarak kullanılmaktadır. Sağlık iletişim kampanyalarında da çoğunlukla bu model kullanılmaktadır (Çınarlı, 2019, s. 123). Retorik modelin iletişim sürecinde belirleyicisi hekimdir. Hekim, hastanın zihninde oluşturmak istediği tutum ve davranış değişikliğine yönelik algıları sözlü ya da sözsüz mesajlar yolu ile iletmektedir. Süreçte hekimin amacı hastayı, doğru tedavi, uygun sağlık davranışı ya da kesin bilgilendirmeye ikna etmektir. Bunu da sözlü/sözsüz mesajlar yolu ile gerçekleştirmektedir. Hastanın kişilik özellikleri, sağlığına yönelik bilgileri ve sosyo-demografik özellikleri retorik iletişim sürecinde problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Hekim, stratejik bir iletişim tekniği ile süreci hastanın faydasına olacak şekilde sonlandırabilmektedir.

Semiyotik Model: Semiyoloji; simge, sembol ve işaretlerin toplumsal uzlaşa ya da mitler çerçevesinde yorumlanması olarak tanımlanmaktadır. Üzerinde anlam birliği sağlanan göstergeler bütünüdür. Temelinde yine ilk olarak kişilerarası iletişim için geliştirilmiş bir yaklaşım olan semiyotik, sağlık alanında kullanılan işaretlerin sağlık iletişimi sürecine uyarlanmış hâlidir (Koçak ve Bulduklu, 2010, s. 9). Semiyotik model, öznel arasında göstergeleri kullanarak bir iletişim ortamının oluşmasını sağlamaktadır (Tanrıverdi, 2018, s. 9). Bu model, sağlık iletişimde genel olarak işaretler ya da göstergeler eşliğinde kullanılmaktadır. Semiyotik modelde sözlü ya da sözsüz iletişimden çok gösterge, işaret, sembol ya da görsellerin daha fazla kullanımı söz konusudur. İletişim sürecinde insanlar üzerinde bu sıralanan unsurlar da etkili olmaktadır.

Fenomenolojik Model: Fenomenoloji, nitel bir araştırma yöntemi olarak insanların bir olay ya da kavrama ilişkin düşünce, algı, tutum ve davranışlarını belirlemeye çalışan bir yaklaşımdır. Özneyi ve onun yaşamışlıklarını temel alan bu yaklaşım, olaylarının başlıca özelliklerinin kişisel deneyim, gözlem ve betimleme ile aktarılmasını kapsamaktadır (Gündoğdu, 2021, s. 37). Bu model, özellikle başta hekim olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının mesleki tecrübelerinden beslenmektedir. Fenomenolojik yaklaşımda iletişim sürecinde bir aracı yer almamakta ve tüm mesajlar alıcı/verici arasında doğrudan gidip gelmektedir. Bu yüzden de iletişimde diğer modellere kıyasla daha az sorunların ortaya çıktığı bir modeldir fakat iletişim sürecinde sağlık çalışanların tecrübelerini her zaman doğru yorumlayamayacağı inancından dolayı bazı eleştirilere de

açaktır (Gündoğdu, 2021, s. 37). İletişim şekli yüz yüze olduğu ve araya bir araç girmediği için bu model hastanın tedavi sürecine olumlu katkılar sağlamaktadır (Şireci, 2019, s. 15). Sağlık iletişimi sürecinde hastanın anlattıklarının hekim ya da diğer sağlık çalışanlarının sahip olduğu subjektif deneyimler ile çözümlenmesi beklenmektedir.

Sibernetik Model: Sibernetik, nesne ya da öznelere tüm karmaşık sistemlerinin incelenmesi ve denetlenmesini kapsayan bir bilim dalıdır. Bu sistem iletişim bilimlerine de uyarlanabilmektedir (Koçak ve Bulduklu, 2010, s. 9). Sağlık iletişimi özelinde ise süreçteki tüm karmaşıklığın giderilmesi için en uygun model olarak görülmektedir (Gündoğdu, 2021, s. 37). Model hasta ya da hekimin davranışlarının altında yatan alt nedenlerin olduğunu savunmaktadır. Bu davranışların ortaya çıkmasında ise aile ya da yakın ilişkilerin bir çevresel etken olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca sibernetik model sağlık iletişiminde kişiyi etkileyen; alt sistem, sistem ve süper sistemi de içine almaktadır. Süreç bireyi etkileyen tüm unsurları kapsayacak şekilde ilerleme gösterirken, sistemlerin soyutlanmasının sonuç üzerinde olumsuz durumlar ortaya çıkarabileceği ön görülmektedir (Şireci, 2019, s. 16).

Sosyo-Psikolojik Model: Sağlık iletişimi sürecinde kişinin hem sosyal hem de psikolojik olarak aynı anda değerlendirildiği modeldir. Model, kişiyi sadece bireysel olarak kişilik özellikleri bağlamında değil ait olduğu sosyal alana göre de incelemektedir. Bu açıdan sağlık iletişimde hekim, hastanın bu kriterlerini göz önüne alarak yorumlama yapmaktadır. Sosyo-psikolojik modelde başta hekimler olmak üzere diğer personeller, duyguların yanında sosyal unsurları da sağlık iletişimi sürecine katarak ilerleme göstermektedir.

Sosyo-Kültürel Model: Bireyin yaşadığı toplumsal çevrenin kültürel değer yargılarından etkilendiğini belirleyen bir modeldir. Modele göre toplumsal alanda roller yer almaktadır. Sağlık iletişim sürecinde de hasta ya da diğer sağlık çalışanı bu rolü oynamaktadır. Roller ise bireyin ait olduğu kültürel yapıya göre belirginleşmektedir. Sosyo-kültürel model ortak davranış ve tutum bilincine de vurgu yapmaktadır. Hekim ya da diğer sağlık personelinin görev yaptığı toplumun kültürel yapısı hakkında bilgi sahibi olması ve sağlık iletişimi sürecinde yönlendirmelerini de buna göre yapmasıdır.

Eleştirel Model: Bu model toplumda yer alan tüm insanların sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmadığı ve sağlık uygulamalarının da belirli ideolojilerin çıkarına göre yapıldığını savunan bir yaklaşımdır. Model, sosyo-ekonomik özellikleri düşük olan kesimlerin sağlık iletişimi sürecine dahil edilmediğine de vurgu yapmaktadır. Toplumsal olanaklardan uzak olan yerleşim yerlerinin sağlık sorunlarının giderilmesini öncelleyen eleştireller, sağlık iletişimi modellerinin de eşit olarak tüm topluma sunulmadığını dillendirmektedir.

Yöntem

Araştırmanın yapılabilmesi için ilk olarak Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Bilimsel Araştırma Önerisi Etik Değerlendirme Kurulu'ndan 17.03.2023 ve 2023/1-39 sayılı karar no-12 ile etik kurul onay izni alınmıştır. Araştırma 18.03.2023-21.03.2023 tarihleri aralığında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan yöntem ve araştırmanın aşamaları aşağıda sırası ile verilmiştir.

Çalışmada kullanılan yöntem ve araştırmanın aşamaları aşağıda sırası ile verilmiştir.

Araştırma

Bu araştırma betimleyici araştırma türünde yapılandırılmıştır. Araştırmacı, bu tür ile hekimlerin, hastalar ile kurdukları sağlık iletişim sürecini eksiksiz bir şekilde betimlemek istemektedir.

Amaç

Araştırmada hekimlerin sağlık iletişim süreci, literatür kısmında verilen teorik bilgilere dayanarak betimlenmek istenmiştir. Araştırmanın, amacına ulaşabilmek için aşağıda yer alan araştırma soruları yazılmıştır;

Araştırma Sorusu 1: Hekimlerin hastaları ile kurdukları sağlık iletişim düzeyinin türü hangisidir?

Araştırma Sorusu 2: Hekimlerin sağlık iletişim sürecinde kullandıkları modeller nelerdir?

Sınırlılıklar

Araştırmada hekimlere erişim noktasında bir sınırlılık oluşmuştur. Araştırmada görüşülecek hekim sayısı ilk planlamada 12 olarak belirlenmiş fakat 06.02.2023 tarihinde ülkemizde medyana gelen deprem nedeni ile sayı 10'a indirilmiştir. Çünkü 2 hekim, afet bölgesinden Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine sevk edilen depremzedelere hizmet emiştir.

Yöntem

Çalışmada, yukarıda belirlenen amaca göre nitel araştırma yöntemlerinden olan odak grup araştırması tekniği kullanılmıştır.

Odak Grup Görüşmesi

Odak grupları daha önceden belirlenmiş konuyla ilgili bilgi edinmek amacıyla soruları cevaplayacak kişiler ile moderatör tarafından oluşan topluluğu tanımlamaktadır (Ak, 2022, s. 10). Odak grup görüşmesi, grupların ya da alt grupların kendilerinin gerçekleştirdiği ve uyguladığı davranışlar hakkında bilgi almayı ve bu davranışlarının nedenlerini ortaya çıkartmayı hedefleyen bir araştırma tekniğidir (Şahsuvaroğlu ve Ekşi, 2013, s. 128). Aynı ortak nitelikleri taşıyan küçük gruplar, davranış bilimlerine veri sunma noktasında önem taşımaktadır. Odak gruplar aynı ya da benzer nitelikleri taşıyan kişilerden meydana gelmekte ve olayların altında yatan nedenler hakkında derinlemesine bilgi sunmaktadır.

1930'lı yıllarda ortaya çıkan odak grup görüşmesi sıklıkla sosyal bilimlerin her alanında kullanılabilir. Fakat bu araştırma türünün temel çıkış noktası iletişim ve sosyal psikoloji bilimine dayanmaktadır (Yılmaz ve Oğuz, 2011, s. 97). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da bu teknik yoğun olarak kullanılmaktadır (Şahin, Suher ve Bir, 2009, s. 61).

Odak grup görüşmeleri; yaş, gelir, meslek gibi aynı demografik özellikleri paylaşan 6-8 kişi ile gerçekleştirilmektedir. Odak grup görüşmelerinde üzerinde uzlaşma sağlanmış üye sayısını net değildir. Yılmaz ve Oğuz'a (2011, s. 101) göre küçük gruplar (6-8 kişi) ile araştırmayı yapmak konunun incelenmesi için daha faydalıdır ama yine de sayı hakkında görüş birliği bulunmamaktadır. Yıldırım ve Şimşek (2013, s. 188) de 6-8 kişiden oluşan grupları yeterli görmektedir. Gülcan (2021, s. 100) da odak görüşme gruplarının 6-12 kişiden oluşmasını ve görüşmelerin 3 gruba bölünerek yapılmasını tavsiye etmektedir. Bir başka görüşte ise (Işık ve Semerci, 2019, s. 57) odak grupların, 8-10 kişiden oluşması önerilmektedir.

Odak grup araştırmaları 4 aşamada gerçekleştirilmektedir; (1) Teorik çerçeveye uygun olacak şekilde soruların belirlenmesi (2) odak grubun kimlerden oluşacağı, sorulacak soruların planlanması (3) odak grup görüşmesinin yer, zaman ve mekn olarak ayarlanması ve 2-3 saat içerisinde yapılıp bitirilmesi (4) moderatörün odak grup üyelerinden topladığı verileri analiz edip, yorumlanması (şahsuvaroğlu ve Ekşi, 2013, s. 129-130).

Çalışma Grubu

Araştırmada alışma grubu oluşturulurken amaçlı örneklem tekniği kullanılmıştır. Bu rneklem, çalışmanın hedefine göre araştırmacı tarafından seçilen kişilerden oluşturulmaktadır. Amaçlı örneklemde çalışma grubunun belirli ortak özelliklere sahip olması beklenmektedir. Bu araştırmanın çalışma grubu, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 10 hekimden oluşturulmuştur. Hekimlerin alışma grubuna dahil edilmesinde aktif olarak hasta muayene eden kişiler ölçüt olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada odak gruba toplamda 18 soru yönlendirilmiştir. Formda ilk olarak hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini betimlemeye yönelik 6 soru yer almıştır. Geriye kalan sorulardan 6 tanesi hekimlerin sağlık iletişim düzeylerini son 6'sı ise sağlık iletişim modeline yönelik algılarını açıklamak üzere hazırlanmıştır (Bakınız Ek 1). Görüşme sorularının hepsi için iletişim ve sağlık alanında akademisyen olan 2 uzmandan görüş alınmıştır. 1 iletişim, 1 de tıp profesörü soruların sağlık iletişimi sürecine uygun olduğuna dair görüş belirtmiştir. Son olarak ise soruların hepsi bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanına dil, anlam ve anlama açısından inceletilmiş, anlatım bozukluğuna yönelik küçük düzeltmeler yapılmıştır. Soru formu oluşturulduktan sonra çalışma grubundan bağımsız 1 hekim ile n çalışma yapılmıştır. Pilot araştırmada, hekimin soruları anlayıp-anlamadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmacı, pilot araştırma sonunda soruların algılanabilir olduğunu saptamış ve soru formunda bir değişiklik yapmamıştır.

Odak Görüşme Soruları

Araştırmanın genel amacına ulaşabilmek için konunun kuramsal çerçevesine uygun olarak görüşme soruları yazılmıştır. Görüşme sorularından iletişim düzeyleri ile ilgili olanlar Işık (2021) ile Yılmaz ve Günay'ın (2022) araştırmalarından uyarlanarak yeniden yazılmıştır. Modeller ile ilgili olan sorular ise literatürde yer alan derleme araştırmalara göre araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu araştırmada odak gruplarda yer alan hekimlere ek 1'de yer alan açık uçlu sorular yönlendirilmiştir.

Odak Grup Görüşmelerinin Yapılması

Araştırmacı, hekimlerin çalışma yoğunluğuna göre onların istediği tarih ve saate bağlı olarak hareket etmiştir. Odak grup görüşmelerinin tümü hastanede ortak bir alanda gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncesinde hekimlere; çalışmanın etik kurula sahip olduğu, ses kaydı alınacağı, yazılı materyal toplanacağı ve verilerinin yasal olarak korunacağına dair bilgilendirme yapılmış, görüşmelere başlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Odak grup görüşmesinde en baştan en sona kadar hekimlere verilen kodlar kullanılmıştır. Hekimler, K1'den K10'a kadar kodlanmış ve hangi kodun hangi hekimi temsil ettiği çalışma grubuna belirtilmemiştir. Görüşmelerin hepsi cep telefonunun ses kaydedicisi ile depolanmıştır. Araştırmacı ses kayıtlarını deşifre ederken daha net yorumlama yapmak için hekimlerden yazılı cevap vermesini istemiştir. Yine veri kaybının önüne geçmek için araştırmacı görüşmeler boyunca not almıştır. Böylece katılımcıların verileri 3 farklı yöntemle kayıt altına alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada katılımcılardan toplanan verilerin yorumlanmasında betimsel analiz tekniği kullanılmıştır. Betimsel analiz tekniğinde önceden toplanan veriler tema ve kodlara ayrılarak işlenmektedir. Bu teknik, verilerin sistematik bir şekilde aktarımını ve teorik çerçeveye bağlı olarak çözümlenmesini sağlamaktadır.

Tablo 1

Verilerin Kodlanması Sonucu Ortaya Çıkan Tema ve Alt Temalar

1. İletişim ve Sağlık İletişimine Yönelik Tanımlar
1.1. İletişim Kavramına Yönelik Tanımlar
1.1.1. Anlamak, Anlayış ve Anlaşılmak
1.1.2. Etkileşim ve Empati
1.1.3. Paylaşım ve Ortaklık
1.2. Sağlık İletişimi Kavramına Yönelik Tanımlar
1.2.1. Hastayı Okuma
1.2.2. Hasta Hekim İletişimi
1.2.3. Tanı ve Tedavi Hakkında İletişim
1.2.4. Hasta ve Hekim Arasındaki Anlama/Anlayış
2. İletişim ve Sağlık İletişiminin Karakteristik Yapısındaki Benzerlik ve Farklılıklar
2.1. Objektiflik
2.2. Üslup
2.3. Profesyonellik
2.4. Sempatik Yokluğu
2.5. Otorite
2.6. Resmîyet
3. Hastalarla Kurulan Sağlık İletişiminin Yolu/Kanalı
3.1. Yüz Yüze İletişim
3.2. Kısmi çevrim içi İletişim
4. Hasta-Hekim İletişimini Etkileyen Faktörler
4.1. Hekimden Kaynaklanan Sorunlar
4.1.1. Yoğun İş Temposu
4.1.2. Bireysel ve Psikolojik Sorunlar
4.2. Hastadan Kaynaklanan Sorunlar
4.2.1. Sosyo-Demografik Özellikler
4.2.2. Güven Duymama
4.2.3. Psikolojik Ruh Hâli
4.2.4. Dil ve İletişim Yetersizlikleri
4.2.5. Hasta-Hekim İlişkisinin Sınırının Çizilememesi
5. Kullanılan İletişim Düzeyi ve Gerekçesi
6. Kullanılan İletişim Teknikleri
6.1. Dinleme
6.2. Hastanın Sosyolojik ve Psikolojik Durumuna Göre Hareket
6.3. Sakinlik
6.4. Gerçeklere Bağlılık
6.5. Beden Dili ve Bakışın Okunması
6.6. Hastaya Göre Davranma
7. Bilgilendirme ve Tedaviye İkna
8. İşaret, Sembol ve Simge Kullanımı
9. Tecrübelerin Kullanımı ve Faydası
10. Hastanın Öyküsünün Alınması
11. Hastanın Sosyo-Psikolojik Durumunun Sağlık İletişim Sürecine Etkisi
12. Sağlık Hizmetlerinin Toplumda Sunumuna Yönelik Düşünceler

Araştırmada öncelikli olarak tüm ses kayıtları, yazılı cevaplar ve araştırmacının notları odak grup görüşmelerinin yapıldığı sıraya göre ayrıştırılmıştır. Sıralama sonunda elde edilen ham verilerden ilk önce kodlar oluşturulmuştur. Ham verilerin arasında yer alan anlamlı yorumlardan ise temalar ortaya çıkmıştır. Araştırmanın saha kısmından elde edilen nitel verinin betimlenmesi ve temaların ortaya çıkarılması için ses kayıtları, yazılı cevaplar ve odak görüşmeler sırasında alınan notlardan ayrıştırılmaya gidilmiştir. Böylece veri seti anlamlı parçalara ayrılmış yani kodlanmıştır. Kodlanan verilerden ise yukarıda yer alan tablo 1’de de görüldüğü üzere 12 temanın ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Ayrıca bazı verilerden (1,2,3,4,6) alt temaların da belirginleştiği görülmektedir.

Bulgular

Araştırmanın bu başlığının altında katılımcılar ile yapılan odak grup görüşmeler sonucunda elde edilen veriler sırası ile incelenecektir.

Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek üzere 6 farklı soru hazırlanmıştır. Odak grupların sosyo-demografik özellikleri tablo 2’ye işlenmiştir.

Aşağıda yer alan tablo 2 incelendiğinde çalışma grubunun 3’ü kadın olmak üzere toplamda 10 kişiden oluştuğu görülmektedir. Çalışma grubundaki erkek hekim sayısının fazla (7 kişi) olması genel popülasyondaki cinsiyet dağılımından kaynaklanmaktadır.

Tablo 2
Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Odak Grup	Kod	Cinsiyet	Yaş	Uzmanlık	Unvan	Çalışma Yılı	Günlük Çalışma Süresi	Günlük Bakılan Hasta
I. Çalışma Grubu	K ₁	Erkek	26	Acil Tıp	Arş. Gör. Dr.	1,5	16	100
	K ₂	Erkek	39	Acil Tıp	Arş. Gör. Dr.	12	16	100
	K ₃	Kadın	27	Diş	Arş. Gör. Dr.	5	8	8
	K ₄	Kadın	26	Diş	Arş. Gör. Dr.	3	8	7
II. Çalışma Grubu	K ₅	Erkek	43	Beyin ve Sinir Cer.	Doçent Dr.	20	20	100
	K ₆	Erkek	27	Beyin ve Sinir Cer.	Arş. Gör. Dr.	2,5	20	100
	K ₇	Erkek	31	Kardiyoloji	Arş. Gör. Dr.	5,5	9	60
	K ₈	Erkek	40	Kalp ve Damar Cer.	Doçent Dr.	17	12	30
III. Çalışma Grubu	K ₉	Erkek	47	Göğüs Hastalıkları	Profesör Dr.	24	8	20
	K ₁₀	Kadın	47	Kulak Burun Boğaz	Profesör Dr.	25	8	35

Çalışma grubunda yer alan hekimlerden en küçüğünün 27 (2 kişi) en büyüğünün ise 47 (2 kişi) olduğu görülmektedir. Hekimlerin uzmanlıklarının acil tıp (2), diş (2), beyin ve sinir cerrahisi (2), kardiyoloji (1), kalp ve damar cerrahisi (1), göğüs hastalıkları (1) ve kulak burun boğaz (1) alanında olduğu anlaşılmaktadır. Hekimlerin meslekte çalışma süresi 1,5 ile 25 yıl arasında değişkenlik göstermektedir. Hekimlerin, günlük çalışma süresinin de en az 8 en fazla ise 20 saate kadar çıktığı ve günde 7 ile 100 arasında hasta muayene ettiği de elde edilen bilgiler arasında yer almaktadır.

Hekimlerin İletişim ve Sağlık İletişimi Kavramlarına Yönelik Düşünceleri

Çalışmada ilk olarak hekimlerin iletişim ve sağlık iletişimi kavramlarından ne anladıkları araştırılmıştır. 3 odak grup da genel olarak iletişim kavramının anlamak, anlaşılacak ve anlayış olduğunu belirtmiştir. Odak grubun son görüşmesinde yer alan K10 iletişiminin ne olduğunu şu şekilde açıklamıştır;

“İnsanların fikir ayrılıkları da olsa bir konu üzerinde derdini anlatabildiği, karşısındakini dinleyip anlayabildiği ve cevap verebildiği, tartıştığı ama bu kavga değil bir süreçtir benim zihnimdeki iletişim kavramı.”

İletişim kavramının tanımlanmasının ardından odak gruplara sağlık iletişiminin ne olduğu, kavramdan ne anladıkları sorusu yönlendirilmiştir. Kalp ve damar cerrahı olan K8 sağlık iletişimini şu şekilde açıklamıştır;

“Ben sağlık iletişimini bir süreç olarak algılıyorum. Şöyle ki sağlık profesyonelleri ile sağlık hizmeti almaya gelen kişilerin, bu hasta da olabilir, hasta olmayıp rutin kontrole gelen de olabilir, ortak bir payda olan sağlıkları üzerinde karşılıklı konuştuğu, fikir alış-verişi yaptığı bir süreç olarak tanımlıyorum.”

Kardiyoloji doktoru K7 ise sağlık iletişiminin ne olduğuna dair şu şekilde görüş belirtmiştir;

“İletişimin üstünde ekstra bir şey anlamıyorum sağlık iletişiminden. Sadece konu itibariyle bir farklılık olduğunu düşünüyorum. Anlatılmak istenen duygu ve düşüncelerin sağlıkla ilgili olduğu bir iletişim biçimi olarak tanımlıyorum bu kavramı.”

Hekimler iletişim kavramını empati, etkileşim, ortaklık ve paylaşım olarak da tanımlamaktadır. Odak gruplar, iletişim olgusunun hem yaşamlarının hem de mesleklerinin merkezi olduğunu vurgulamıştır.

Hekimlerin İletişim ve Sağlık İletişiminin Benzerlik/Farklılıklarına Yönelik Düşünceleri

Araştırmanın bu başlığı altında hekimlerin iletişim ve sağlık iletişimi kavramlarına yönelik düşünceleri benzerlikler ile farklılıklar özelinde betimlenmeye çalışılmıştır. K9 ve K2 kendilerinin sağlık iletişim süreçlerinin sosyal hayattaki genel iletişim tutumları ile aynı olduğunu ama yine de sağlık hizmetlerinin sunumunda bir sınır dahilinde süreci ilerlettiklerini belirtmiştir. Diğer hekimler ise sağlık iletişimi ile iletişim arasında farklılıklar olduğunu ve hastalara bu farklara uygun olarak yaklaştıklarını belirtmiştir. Beyin ve sinir cerrahı olan K5;

“Hasta ve hekim iletişimde bir ciddiyet, bir sınır olmalıdır. Ama sosyal hayatıma baktığımda eşime, aileme ya da çevreme iletişimde bir sınır çizmiyorum. Hasta ile görüştüğümde kendi açımdan süreçteki ağırlığı korumak adına empati yapıyorum ama asla sempati yapmıyorum. Çünkü özel hayatımda bir arkadaşına yaptığım gibi sempati yaparsam hastanın bana bakış açısı değişiyor.”

Acil tıp doktoru olan K2 ise iletişim ve sağlık iletişiminin kendi özelinde aynı olduğunu arada sadece otoriteyi korumak adına bir ciddiyet olduğunu şu şekilde açıklamıştır;

“Benim için benzerdir. Ben sosyal hayatta ne isem çalışma hayatımda da öyleyim. Ha doğrusu bu mudur, bilemem. Tartışmaya da açıktır. Çünkü bu biraz da kişilik, yetiştirilme tarzı ile ilgili. Doktor, ailesinde dışlanmış ise hekim hasta ilişkisinde bunu yansıtır. Ama burada önemli olan belirli kurallar içinde hastayı farklı bir katmanda görmeden iletişim kurabilmektir.”

Odak grupların hepsi iki kavram arasındaki en belirgin çizginin otorite olduğunu vurgulamış, sağlık iletişiminin bu karakteristiği nedeni ile genel iletişim tutumlarından farklılaştığını belirtmiştir.

Hekimlerin Hastalarla Sağlık İletişimi Kurma Yolu/Kanalı

Araştırmanın bu kısmında hekimlerin hastaları ile hangi yollarla iletişim kurduğu ortaya çıkartılmak istenmiştir. Hekimlerin hepsinin hastalarıyla yüz yüze iletişim yolu ile görüştükleri anlaşılmıştır. Fakat Covid-19 sürecinde bazı hekimlerin belirli sınırlar dahilinde hastaları ile çevrim içi olarak görüştüğü bilgisi de edinilmiştir. K8, K9 ve K10 pandemi döneminde sosyal ağlardan kendilerine ulaşan hastaları ile muayene için değil ama randevulaşmak ya da takibe yönelik görüşmeler yaptıklarını belirtmiştir. Bunun yanında hekimlerin hepsi hastaların kendilerini hastanenin telefonlarından arayarak da erişim sağladıklarını vurgulamıştır. Ama yine telefon ile kurulan iletişimde de sadece randevu almak ya da takipli hasta ise tedavinin seyrini öğrenmek için görüşme yaptıklarını belirtmiştir. Kulak, burun ve boğaz doktoru olan K10 hastaları ile kurduğu iletişim yolunu şu şekilde aktarmıştır;

“Ben hastalarım ile yüz yüze iletişim kuruyorum. Hastalar bana özellikle randevu bulamayınca sosyal ağlardan ulaşmaya çalışıyor. Covid-19 sürecinde bazı hastalarım ile ağlardan görüştüm mecburen ama hasta hekim sürecinde zorunlu hâller dışında bunu doğru bulmuyorum. Çünkü muayene etmeden net bir şey söylemek imkânsız.”

K4 ise hastaları ile kurduğu sağlık iletişimi yolunu şu şekilde aktarmıştır;

“Bazen benim kendi özel çevremde de oluyor. Bana sosyal medyadan mesaj atıyorlar ama bu doğru değil çünkü bizim ilk olarak dış ve ağız muayene etmemiz lazım. Mesleğimin ilk yıllarında telefonumu da hastaların takibi için veriyordum, onlar da sadece bilgilendirmek için arıyorlardı ama artık vermiyorum.”

Hekimlerin hepsinin hastaları ile olan sağlık iletişimini yüz yüze gerçekleştirdiği anlaşılmıştır. Ama deprem gibi olağan üstü hâllerde gelemeyecek hastalar için de çevrim içi görüşmeye hastanın faydasına olacak şekilde bir yere kadar açık olduklarını belirtmiştir.

Hasta-Hekim İletişimi Etkileyen Faktörler

Araştırmanın bu kısmında hekimlerin hastaları ile geliştirdikleri sağlık iletişimi sürecini etkileyen faktörler incelenmek istenmiştir. Odak grupların verdikleri cevaplara göre sağlık iletişimi hem hekim hem de hastadan kaynaklanan nedenlerden etkilenebilmektedir. Hekimlerin hepsi bu soruyu yanıtlarken özeleştiri yapmıştır. K2 bu özeleştiriye şu şekilde aktarmıştır;

“Bazen bizden kaynaklanan nedenlerden ötürü farklı şeyler olabiliyor. Mesela burada bir hastamız vefat ediyor ve biz bu hastadan sonra acile gelen başka insanlara da bakmak zorundayız. Ama o üzüntü ile yeni gelen hastaya bazen motivasyonumuz düşük olarak davranabiliyoruz. Her ne kadar yansıtılmamaya çalışsak da biz de bazen duygularımıza hâkim olamıyoruz, en nihayetinde bizler de insanız.”

K4;

“Bu süreçte her iki taraftan da kaynaklanan nedenlerden dolayı sağlık iletişimini etkileyen olumsuz şeyler olabilir. Ben genel olarak insanların bize arkadaşları gibi davranmasını, içeri girerken günaydın bile dememelerini, işlem bittikten sonra hiçbir şey demeden gitmelerini anlamıyorum. Yani bunlar benim hasta ile iletişimimi engelleyen şeylerdir.”

K2 ise hastaların şikayetlerini tam olarak anlatamadıklarından dolayı olumsuz açıdan etkilendiğini belirtmektedir. K2'ye göre şikayetlerini tam olarak anlatamayan hastalar ile hekimler iletişim kurmakta zorlanmaktadır. K2'nin görüşlerini destekleyecek şekilde K7'de şunları belirtmektedir;

“Bize gelen hastalar genel olarak yaşlı. Hastalıkları var, genelde de bize ağrı ile geliyorlar. Mesela diyorum ki “Teyze ağrın ne zamandır var?” “Çoktandır var.” diyor. Şimdi çoktandır ne demek ne kadar bir süre kast ediliyor? Kime göre neye göre çok? Bize göre çok bir saatten fazladır. İşte bundan dolayı sağlık iletişimi sürecimiz biraz grileşiyor.”

Odak grup görüşmesinde hekimlerin bazıları (K3, K4, K6) hastaların kendilerine çok yakın davrandıkları için rahatsız olduklarını belirtmektedir. K5 ise süreçte özellikle kendisinin güven duygusuna dikkat ettiğini belirtmektedir. Son olarak ise yine bütün hekimler hastaların sosyo-kültürel, ekonomik ve psikolojik durumlarının da sağlık iletişimini etkilediğini belirtmektedir.

Hekimlerin Kullandıkları İletişim Düzeyi

Araştırmanın bu başlığında hekimlerin hastaları ile gerçekleştirdikleri sağlık iletişimin düzeyi betimlenmeye çalışılmıştır. Odak grup üyelerinin hepsinin sıklıkla düzenli olarak hasta-hekim iletişim düzeyini kullandıkları belirlenmiştir. Bunun yanında özellikle acil tıp uzmanlarının (K1 ve K2) grup iletişimine, göğüs hastalıkları hekimi olan K9'un da branşı dolayısı ile kitle iletişimine yer verdiği görülmüştür. K2;

“Biz acilde çalıştığımız için buraya gelen hastalar genelde refakatçileri ile geliyor. Hastalarının durumu hakkında bilgi verirken aynı anda hepsini bir araya getirip genelde de 7-8 kişi oluyorlar, bilgiyi grup olarak veriyoruz. Yoksa hasta yakınları tek tek geliyor, bu da diğer acil hastaların zamanından alıyor.”

K9 ise özellikle akciğer kanseri hastalığının toplumda görülme sıklığının fazla olmasından dolayı köy muhtarları ile planlama yaparak tüm halka eğitim verdiklerini belirtmiştir. Böylece zaman zaman kitle iletişimin de yapıldığı ortaya çıkmaktadır.

Genel olarak tüm doktorlar hasta-hekim iletişim düzeyinde sağlık iletişimini gerçekleştirmektedir. Hekimler bu iletişim düzeyinde hastanın kendisini özel ve rahat hissettiğini, anlatmak istediklerini daha kolay vurguladıklarını ve kendilerinin de sağlık iletişim sürecinde en fazla bu düzeyden verim aldıklarını vurgulamaktadır.

Hekimlerin Kullandıkları İletişim Teknikleri

Araştırmanın bu başlığında hekimlerin hastaları ile etkili bir iletişim kurabilmek için kullandıkları teknikler belirlenmeye çalışılmıştır. Hekimlerin hepsi öncelikli olarak muayene ya da kontrol sürecinde hastanın durumuna göre davrandıklarını belirtmiştir. Odak grup üyeleri, hastayı her zaman dinlediklerini ve şiddet olaylarına dahi maruz kalsalar sakin kalmaya çalıştıklarını vurgulamıştır.

Dış hekimi olan K3;

“Her ne olursa olsun hastalarının ruh hâline göre davranıyorum. Ben genel olarak hasta ile hastalığı ve tedavisi dışında sohbet etmiyorum. Bu da bana tüm o iletişimi yönetmeyi sağlıyor.”

Beyin cerrahı olan K5 hastaları ile kurduğu etkili sağlık iletişim sürecini bir olay üzerinden anlatmıştır;

“Ben Ege’den Karadeniz’e, Doğu’dan Batı’ya her yerde çalıştım. Şu an ise hem hekimlik yapıyorum hem de öğretim üyesiyim. Hastanın, sosyo-kültürel yapısını anlayınca tüm her şey yolunda ilerliyor. Önce dinliyorum, sonra kendim hastalık ya da tedavi ile ilgili süreci anlatıyorum ama hasta içeriye ağrı ile giriyorsa çoğu zaman konuşmadan çözebiliyorum.”

K9 ve K10 da K5 ile benzer görüşler aktarmış ve hastanın davranış şekliyle nasıl iletişim kuracağını anladığını ve iletişim kurarken her şeyi gerçeklere bağlı kalarak aktardıklarını belirtmiştir.

Hekimlerin Hastayı Tedaviye İkna Etmesi

Araştırmada hekimlerin hastalarını tedaviye ikna etme durumları da incelenmiştir. 12 yıldır acil tıp uzmanlığı yapan K2;

“Ben hastalarımı hemen bırakmıyorum ve dönüş kapısını her zaman açık bırakıyorum. Önce güzelce her şeyi aynı karşımda annem, babam varmış gibi anlatıyor sonra karar benim diyorum. Hayır derse, bakıyorum yanında kızı var gidip onunla konuşuyorum durumun ciddiyetini. Kızı da hastayı ikna edemiyorsa birkaç kere odaya girip çıkıp kendimi hatırlatıyorum. Genelde hastayı ikna ediyorum, vicdanen de rahat oluyorum. Ama ne olursa olsun vücut bütünlüğü denilen bir şey var hasta eğer hâlâ direnç gösteriyorsa artık çekiliyorum.”

Kardiyoloji hekimi olan K7 ise

“Tıpta zorlama yoktur, tedavi de zorla hasta istemeden olmaz. Ben tedavi olmaz ise olabileceklerini anlatıyorum. Böyle yapınca zaten hasta kabul ediyor benim gözlemim. Bize gelen hastalar yaşlı genellikle, onlar ikna olmaya daha yatkın. Burada güven çok önemli, bize güveniyorlar.”

Odak grup üyeleri hastanın faydasına olacak şekilde detaylı bilginin ve eğer tedavi olunmaz ise karşılaşılabilecekleri durumları aktardıklarını ama ne olursa olsun bedeninin dokunulmaz olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin İşaret, Sembol ve Simge Kullanımı

Çalışmanın diğer bir sorusunda hekimlerin sözel iletişimden farklı olarak hastaları ile nasıl iletişim kurdukları da araştırılmıştır. Hekimler genel olarak sözel iletişim kurduklarını ama dezavantajlı grupta yer alan hastalar için özel çaba harcadıklarını belirtmiştir. K10;

“Biz kulak, burun ve boğaz servisi olarak 2 hekim, 1 sekreterimize işaret dili eğitimi verdik. Konuşamayan ya da duyamayan hastalarımız var, onlarla bu şekilde iletişim kuruyoruz. Ama bazen bu arkadaşlar olmuyor ben yalnız oluyorum. Eğer hasta yazabiliyorsa yazarak, yok yazamıyorsa dudaklarını okuyarak iletişim kurmaya çalışıyorum. Bu hastaların bu yetileri olmadığı için çok gergin, sinirli oluyor elinde olmadan. Hiç baskı yapmıyorum yaz yaz diye, dışarı çıkıyorum sen rahatça yaz diyorum 10 dakika sonra geliyor.”

Beyin cerrahı olan K5 ise özellikle toplumda görülme sıklığı yüksek olan vakalarda poster kullandığını belirtmiştir. K5;

“Odamda bir omurga posteri var kendim çizdim. Hastaya, hastalığını bu posterden anlatıyorum en azından zihninde hastalığı canlanıyor, faydasını da görüyorum.”

Odak grup üyelerinin hepsi hastanın daha kolay anlaması için bazen hastalıklarını, bedenin neresinde olduğunu da çizerek anlattıkları belirtmiştir.

Hekimlerin Tecrübelerinin Sağlık İletişime Etkisi

Çalışmanın bu başlığında hekimlerin tıp alanındaki tecrübelerinin sağlık iletişimine olan etkisi ortaya çıkartılmak istenmiştir. Hekimlerin hepsi genel olarak yaşadıkları her günün gelecekte hastalarla olan iletişim sürecine yönelik ip uçları verdiğini belirtmiştir. K8 hekimlik yaptığı 17 yılın kendisine ne gibi tecrübeler kattığını şu şekilde aktarmıştır;

“Hasta her şeyi farklı yorumlayabiliyor. Mesela hastalığı için başka bir branşa da gitmesi lazım benden doktor ismi önermemi istiyor, diyorum şuna git. Orada iyi olursa Allah’tan kötü olursa benden biliyor. Bunu ilk çalışma yıllarımda çok yaptım ama artık yapmıyorum. Benim süttten ağzım çok yandı. Kendimin çok yıprandığımı hissediyorum en büyük tecrübem bu oldu.”

K10 da K8 ile benzer yorumlar yapmış ve çoğu şeyi önceden yaptığını çünkü artık yıprandığını belirtmiştir. K8 de yaşadıklarının kendisini olumsuz açıdan çok etkilediğini ve artık hastaları ile daha resmi ilişki kurduğunu belirtmiştir.

Hastanın Öyküsünün Alınma Durumu

Araştırmada odak grup üyelerinin hastalarına ait tüm sağlık geçmişini öğrenip öğrenmediklerine dair de soru yönlendirilmiştir. Tüm hekimler hastaların hastalıkları ile ilgili detaylı bir öyküsünü aldığını, muayenenin ilk basamağının bu olduğunu vurgulamıştır.

Hastanın Sosyo-Kültürel Durumunun Sağlık İletişim Sürecine Etkisi

Araştırmanın bu bölümünde hastalarının sosyo-psikolojik özelliklerinin sağlık iletişimi üzerindeki etkisi hekimler özelinde ortaya çıkartılmak istenmiştir. Hekimlerin hepsi hastanın faydasına olacak şekilde onların durumlarına göre hareket ettiğini belirtmiştir. Bu durumun özellikle dış hastalıklarında belirginleştiğini ifade eden K4;

“Bizim bölüme psikolojik nedenlerden dolayı gelen hasta çok oluyor. Geçenlerde bir hastamız vardı, ruhsal tedavi görüyor ve dönem dönem bazı şeyleri çok düşünüyor. Dişlerini beyazlatmak istediğini söyledi bize oysa beyazlatacak bir şey yoktu, beyazdı zaten. Durumu araştırınca anladık rahatsız olduğunu ve kibarca ihtiyacının olmadığını anlattık. Bunlar oluyor ve daha hassas davranmaya özen gösteriyoruz.”

K7 hastaların sosyo-psikolojik durumlarının sürece etkisini şu şekilde açıklamıştır;

“Hastanın o anki durumu nasılsa o seviyeye iniyorum. Şimdi içeri giren bir kadın hasta giyimine kuşamına özenli, resmi, duruşu da mesafeli ise ona göre köyden bir teyze gelmiş ise ona göre iletişim kuruyorum. Hepsine hanımefendi diye hitap edince bazen durumlar tersine de dönüyor. Köyden gelen teyze alınabiliyor bunu resmiyet, samimiyetsizlik olarak algılıyor.”

K6 da K7 ile benzer görüşlere sahip olduğunu ama kendi felsefesinin “hastalık yoktur, hasta vardır” üzerine kurulduğunu belirtmiştir. K6 buna bağlı olarak her hastanın bireysel özelliklerini, değer yargılarını hatta ekonomik durumunu bile gözettiğini ve kendisini de hastasının seviyesine çekerek iletişim kurduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin Sağlık Hizmetlerinin Toplumuna Sunumuna Yönelik Düşünceleri

Araştırmanın son kısmında hekimlerin sağlık hizmetlerine yönelik düşüncelerine yer verilmiştir. Hekimler, sağlık hizmetlerinin her bireye eşit ve uygun bir şekilde dağıtımına yönelik farklı görüşler belirtmiştir. K1, K2, K8, K9 ve K10 özel hastanelerin varlığına bağlı olarak sağlık hizmetlerinin eşit olarak sunulmadığını, sağlığın ticari bir boyuta kavuşması ile ekonomik gücü olmayanların bazı olanaklardan mahrum kaldığını belirtmiştir. K3, K4, K5, K6, K7 ise Türkiye'nin sağlık hizmetleri alanında iyi olduğunu vurgulamıştır. Bütün hekimler sağlık hizmetlerinin sunumunda randevu süresinin azlığı, günlük bakılan hasta sayısının fazla olması ve mesai saatlerinin çok olması nedeni ile kendilerinin de hastalarına istedikleri gibi bir hizmet sunamadığını, şartların iyileştirilmesi ile kalitenin daha fazla artacağını da düşünmektedir.

Sonuç, Tartışma ve Öneriler

Betimsel araştırma ile yapılandırılan çalışmada toplamda 7 farklı branştan 10 hekim ile görüşülmüştür. 3 farklı gruba yapılan odak görüşmeleri sonunda elde edilen veriler, araştırmanın teori kısmı ile birleştirilerek yorumlanmaya çalışılmıştır.

Araştırmada ilk olarak Yılmaz ve Günay'ın (2022, s. 82) çalışma sonuçlarını destekleyecek şekilde hekimlerin iletişim ve sağlık iletişimi kavramına yönelik düşüncelerinin diyalog, etkileşim, anlama gibi açılardan birbirine yakın olduğu ve ortak özellikleri kapsadığı saptanmıştır. Bu açıdan sağlık iletişiminin de karşılıklı etkileşim ile kurulduğu ve insanların duygu/düşüncelerini karşı tarafa aktardığı anlaşılmıştır. Hekimlerin sağlık iletişimini, iletişimden farklı olarak sadece tıbbi konular üzere kurulan özel bir alan olarak tanımladıkları ortaya çıkmıştır. Bazı hekimlerin (K10) ders sorumlulukları olduğu için sağlık iletişimine kavramsal açıdan daha hâkim olduğu görülmüştür. Genel olarak ise bütün hekimlerin sağlık iletişimi kavramını, iletişim olgusundan beslenerek açıkladığı ortaya çıkmıştır. Buna bağlı olarak da araştırmanın bu kısmında her iki kavramın sadece konu açısından özel bir alan ortaya çıkarttığı sonucu elde edilmiştir. Nitekim araştırma bulguları incelendiğinde hekimlerin sağlık iletişimi kavramına yönelik olan düşüncelerinin iletişim olgusundan kopuk olmadığı belirlenmiştir. Ulaşılan bu sonuç aynı zamanda hekimlerin sağlık iletişimi ve iletişim tutumlarındaki farklılıklar/benzerlikler hakkında da bir veri sunmuştur. Hekimlerin sağlık iletişim sürecinin, otorite açısından farklı olduğunu anlaşılmıştır. Bu farklılığında muayene ya da tedavi sürecinin bir parçası olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında hekimlerin, mesleki etik kurallarını korumak için de üslup, nesnellik ve ciddiyet gibi konulara da daha fazla önem verdiği belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulgusu Aydın ve Şahin'in 2016 yılında gerçekleştirdikleri hasta ve hasta yakınlarında görülen iletişim problemlerine yönelik çalışmalarının bazı kısımları ile de benzerlik göstermiştir. Aydın ve Şahin (2016, s. 80) sağlık iletişim sürecindeki öfke, kaygı ve stress gibi ortaya çıkabilen fiziksel gerginliği engellemek adına hekimlerin, hasta ya

da hasta yakınlarına bazı değer yargılarını hatırlattıklarını saptamıştır. Diğer bir ifade ile Aydın ve Şahin (2016, s. 80) de araştırmasında otoriteyi korumanın sağlık iletişimi sürecine has bir özellik olduğuna yönelik bulgular elde etmiştir.

Araştırmanın bir başka bulgusunda ise Çimen'in (2020) bulgularına benzer şekilde hekimlerin hastaları ile yüz yüze iletişim kurmayı tercih ettikleri ortaya çıkmıştır. Çimen'e (2020, s. 474-475) göre yüz yüze iletişim sağlık iletişimi sürecindeki en başarılı iletişim düzeyidir ve hastanın aktif katılımını gerektirmektedir. Bu araştırma sonunda, Covid-19 döneminde internet uygulamalarından kısmi çevrim içi görüşmeler yapan hekimlerin, bu kanallara sıcak bakmadıkları yüz yüze iletişime daha yatkın oldukları anlaşılmıştır. Hekimlerin yüz yüze iletişimi hastalarına daha çok fayda sağladığı için tercih ettikleri belirginleşmiştir. Ortaya çıkan bu sonuçta fiziki muayenenin olmamasının neden olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin sunumunda yüz yüze iletişimin baskın olduğu bilinmektedir. Araştırmacıda, insanların bu iletişim şekline alışkın olmasının yanında çevrim içi ortamların güvenli olmayışının da hekimlerin tercihinde bir etken olduğu düşüncesi belirginleşmiştir. Nitekim Vardarlıer ve Öztürk'ün (2020, s. 15) de belirttiği üzere sosyal medya gibi çevrim içi uygulamalar sahte hekimlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Araştırmacının bu öngörüsünün doğrulanması başka bir araştırmanın konusu olduğu için gelecekte yapılabilecek araştırmalarda özellikle Covid-19 döneminde çevrim içi uygulamalardan hizmet veren hekimler ile yüz yüze iletişim kuran hekimlerin iletişim motivasyonları incelenebilir, karşılaştırma yapılabilir.

Literatür incelendiğinde araştırmanın yukarıdaki kısımlarında da vurgulandığı üzere sağlık iletişim sürecini etkileyen faktörler ağırlıklı olarak hasta ya da hasta yakınları açısından incelenmiştir. Aydın ve Şahin (2016), sağlık iletişim sürecini etkileyen faktörleri hasta ve hasta yakınları özelinde incelemiş ve problemlerin içsel ve çevresel olmak üzere iki faktörde toplandığını belirtmiştir. Araştırmada (Aydın ve Şahin, 2016, s. 77-76) sağlık iletişim sürecinin kişinin kendisinden kaynaklanan korku, endişe, merak, güvensizlik ve önyargı ile çevreden kaynaklanan bekleme süresi ya da hasta yakınlarının sergilediği kaba davranışlardan kaynaklandığı tespit edilmiş, hekimlere yönelik ise bilgi verilmemiştir. Başka bir araştırmada ise Mansur (2022, s. 57) sağlık iletişimde yaşanan sorunları hekimlere uygulanan şiddet özelinde yine hasta açısından incelemiştir. Araştırma (Mansur, 2022, s. 57) sonunda hekimlerin etkili iletişim becerilerindeki yetersizliğin hasta açısından sağlık iletişimini etkileyen bir faktör olduğu saptanmıştır. Güzel ve diğerleri (2022, s. 38) ise araştırmasında hem hekim hem de hastalar ile yüz yüze görüşme yaparak sağlık iletişimindeki bazı sorunları belirlemeye çalışmış ve her 2 taraftan da kaynaklanan sorunlardan dolayı sağlık iletişim sürecini etkileyen faktörlerin varlığına işaret edilmiştir. Bu araştırma da ise alanda bulunan bu eksiklikten dolayı sadece hekimlerin görüşlerine başvurulmuş ve Güzel ve diğerlerinin (2022) çalışmalarında elde ettiği sonuçlar desteklenmiştir. Bu araştırma sonucunda hekimlerin sağlık iletişimindeki sorunları iki kümede toplanmıştır. İlkinde hekimlerin kendi özel yaşamlarında var olan nedenlerinden dolayı sağlık iletişim sürecinin bazen sekteye uğratıldığı anlaşılmıştır. Hekimlerin buna çözüm bulmak için çabaladığı da araştırmacının dikkatini çekmiştir. Hekimler bu soruya cevap verirken yüz ifadelerinde bir pişmanlık belirginleşmiştir. İkincisinde ise hastaların tutum ve davranışlarının sağlık iletişim sürecini olumsuz açıdan etkilediği anlaşılmıştır. Yılmaz ve Şireci (2020, s. 366), Işık (2021, s. 736) ile Güzel ve diğerlerinin (2022, s. 43) araştırma sonucunu destekleyecek şekilde bu araştırmada da hastanın sosyo-kültürel yapısının, düşüncelerini anlatma, dil ve kendini ifade etme yetisinin ve psikolojik sorunlarının sağlık iletişimi sürecini olumsuz bir şekilde etkilediği saptanmıştır. Hekimlerin bu gibi durumlarda hastalarının tüm sosyo-psikolojik özelliklerine göre davrandığı da elde edilen başka bir sonuçta yer almıştır. Bu sonuç ayrıca hekimlerin, sosyo-psikolojik ve sosyo-kültürel modelde hizmet verdiğini de ortaya

çıkartmıştır. Araştırmacıda, hekimlerin görüşlerinden hareketle bu gibi sorunların yaşanmaması için hastalara ve kendilerine profesyonel sağlık iletişimi eğitimlerinin verilmesinin istendiğine yönelik bir düşünce belirginleşmiştir.

Araştırmanın bir başka bulgusundan ise odak grup üyelerinin en çok hekim-hasta sağlık iletişim düzeyini kullandığı ortaya çıkmıştır. Çünkü bu iletişim düzeyinde hekim hasta ile birebir konuşmakta ve tüm geçmiş hastalık/sağlık öyküsünü almaktadır. Bu iletişim düzeyi hekimlerin sibernetik modelini kullandığını da göstermiştir. Yine Türkiye'nin sağlık hizmeti sunumunun bir sonucu olarak bu düzeyin çok kullanıldığı düşünülse de hekimlerin hastalarına daha kaliteli bir hizmet vermek istediği için bu düzeyi kullandığı anlaşılmıştır. Bunun yanında hekimlerin de kendi açılarından en çok bu düzeyde doyum yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara Güven ve Taşkıran'ın (2019, s. 27) sağlık iletişimde hasta-hekim ilişki modellerini belirlemeye yönelik gerçekleştirdiği çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Güven ve Taşkıran (2019, s. 27) da hekimlerin en çok müzakereci model ile sağlık iletişim sürecini ilerlettiğini saptamıştır. Yukarıda yer alan paragraflarda da belirtildiği üzere iletişim sürecinde kullanılan modeller farklı sınıflandırılmalarda yapılabilmektedir. Sibernetik model ile müzakereci model birbirine benzerlik göstermektedir. Bu açıdan müzakereci modelde hastanın kişisel düşünceleri ve değer yargılarına en uygun olan tedavinin tavsiye edilmektedir (Çimen, 2020, s. 473). Bu araştırmanın bulguları ile benzerlik gösterecek şekilde Keleş ve Güven (2022, s. 203) de hekimlerin en çok müzakereci modelde sağlık iletişimi kurduğunu belirlemiştir. Araştırmada elde edilen bulgulardan hareketle hekimlerin grup ya da kitle iletişimlerini bazı dezavantajlardan dolayı tercih etmedikleri de araştırmacı tarafından düşünülmektedir. Çünkü görüşmelerde odak gruplar hasta-hekim iletişimde karşı tarafından daha kolay okunduğunu, şikayetlerini birebir anlatamasa dahi yüz ifadesi ya da beden dilinin çözümlenmesi ile anlaşıldığını belirtmiştir. Bu duruma bağlı olarak da özel durumlar (akciğer kanseri eğitimleri gibi) haricinde hekimlerin bu iletişim düzeyinde kalmayı tercih ettikleri görülmüştür. Araştırmanın bu sonucuna bağlı olarak hekimlerin yine hastalarına fayda sağlayacak bir iletişim düzeyinde kalmak istedikleri saptanmıştır. Fakat kurulan sağlık iletişimin düzeyinin hastayı ikna etme konusundan bağımsız olduğu da edinilen diğer sonuçlar arasında yer almıştır. Yine araştırmacı bu durumda mesleki etik ilkelerine bağlı olduğunu düşünmektedir. Araştırmanın bulgularına göre hekimlerin en çok sibernetik modeli kullandığı saptansa da retorik model dışında kalan modellerin hepsini hastanın ve hastalığın bireysel oluşuna bağlı olarak kullandığı anlaşılmıştır. Koçak ve Bulduklu'nun (2010, s. 9) da belirttiği üzere retorik ikna edici söylemin iletişim boyunca kullanılmasıdır. Fakat araştırma bulgularında hekimlerin hasta haklarına saygı, mesleki etik ve beden dokunulmazlığı ilkelerine bağlı olarak bu modeli kullanmadıkları saptanmıştır. Araştırmada hekimlerin, sağlıklı bir iletişim sürecini geliştirip ve sonlandırmak için sadece sözlü iletişim kurmadığı, beden dili ile sözel olmayan ifadeleri de kullandığı anlaşılmıştır. Araştırmanın bu bulgusu Kutlu ve diğerlerinin (2010, s. 139) çalışmasında ulaştığı sonuçlar ile benzerlik göstermiştir. Bu da hekimler tarafından semiyotik modelin kullanıldığına işaret etmiştir. Özellikle dezavantajlı gruplar için daha fazla özveri gösteren hekimlerin kendi yeteneklerini kullanarak, resim çizerek, görsel hafıza oluşturarak iletişim kurmaya çalıştıkları ortaya çıkmıştır. Böylece hekimin aslında tedavi ya da muayeneden önce hastası ile doğru bir iletişim kurmayı amaçladığı da saptanmıştır. Hekimlerin tecrübelerinin de bu açıdan önemli olduğu görülmüştür. Odak grup üyelerinin hepsinin mesleklerinin ilk dönemlerindeki gibi olmadığı, yaşadıkları olaylarının hepsinin kendilerine tecrübe olarak döndüğü ve geçmişin kendilerine yeni bir sağlık iletişimi algısı kattığı ortaya çıkmıştır. Böylece odak grup üyelerinin fenomenolojik modelde de sağlık iletişimini gerçekleştirdiği saptanmıştır. Son olarak ise araştırmada hekimlerin Türkiye'de sunulan sağlık

hizmetlerinin sunumuna yönelik iki farklı grupta toplandığı görülmekle beraber randevu zamanının artırılması, çalışma tempolarının yeniden yapılandırılması gibi konularda ortak görüşte olduğu saptanmış ve eleştirel bir yaklaşıma da sahip oldukları anlaşılmıştır.

Sağlık iletişimin küresel bağlamda yaşanan sosyo-toplumsal olaylardaki yerinin önemi açık bir şekilde ortadadır. Araştırmanın bu bulgusu ile ülkelerin sağlık politikalarını daha güçlü kılmak, hekimlerin çalışma motivasyonunu yükseltmek ve hastaların daha kaliteli bir hizmet almasını sağlamak için sağlık iletişimi konularına yönelik bilgilendirilmelerin daha fazla yapılması tavsiye edilmektedir. Kamu spotlarının çoğaltılması ve çevrim içi uygulamalarda bu konuya ağırlık verilmesinin toplumsal açıdan fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada elde edilen bazı bulguların gelecekte yapılabilecek çalışmalara yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma hekimlerin hastaları ile kurdukları sağlık iletişim düzeyinin türü ile modellerin neler olduğuna yönelik olarak tasarlanmıştır. Gelecekte yapılabilecek çalışmalarda hekimlerin kullandıkları iletişim modelleri ile uzmanlık alanlarında karşılaştıkları hasta profillerinin iletişim özellikleri arasındaki ilişkinin varlığı ile yine hekimin uzmanlık alanı ve kullandığı iletişim modeli arasında ilişki olup olmadığının incelenmesini önerilmektedir. Son olarak ise daha sonra yapılabilecek çalışmalarda sağlık iletişimi sürecinde yer alan hekimler dışında hemşire ve ebeler ile de çalışmaların yapılmasının literatüre zenginlik sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Alım, H. M. (2021). *Dijital hastanelerde sağlık iletişimi çerçevesinde bütünleşik pazarlama iletişimi faaliyetleri üzerine bir araştırma: Tekirdağ ili örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Ayaz, F. ve Ayaz, H. (2017). Sağlık iletişimi ve medyayı konu alan lisansüstü tezlere yönelik bir analiz. *Atatürk İletişim Dergisi*, 14, 147-172. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/atauniiletisim/issue/34005/364197>
- Aydın, B. O. ve Şahin, E. (2016). Hastanede hasta ve hasta yakınları düzeyinde görülen iletişim problemlerinin çözümüne yönelik bir model önerisi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 6(15), 64-94. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/odusobiad/issue/27575/290197>
- Bozkanat, E. (2021). Kanıta dayalı sağlık iletişiminde kampanya tasarım türleri. *Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 11(1), 103-114. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tojdac/issue/59046/805153>
- Büyükaslan, A. (2018). Sağlık iletişiminde sektörel tespitler. *Erciyes İletişim Dergisi*, 5(3), 2-10. <https://doi.org/10.17680/erciyesakademia.313921>
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Yayınları.
- Çınarlı, İ. (2019). 21. Yüzyıl için sağlık iletişimi. Ankara: Nobel Kitapevi.

- Çimen, Ü. (2020). Aile hekimliği uygulamasının sağlık iletişimi bağlamında değerlendirilmesi ve Erzurum ili örneği. *Ekev Akademi Dergisi*, 24(82), 463-486. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosekev/issue/72040/1158625>
- Çokluk, Ö. Yılmaz, K. ve Oğuz, E. (2011). A qualitative interview method: focus group interview. *Journal of Theoretical Educational Science*, 4(1), 95-107. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/akukeg/issue/29342/313994>
- Doğanyigit, S. Ö. (2021). *Sağlık iletişiminde web 2.0 ve çevrimiçi sosyal destek: Facebook'ta kullanımlar doyumlar yaklaşımı bağlamında kanser hastaları grubu üzerine bir araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erdoğan, B. (2021). Sağlık iletişimi ve şiddet. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 26-29. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/68082/972976>
- Gülcan, C. (2021). Nitel bir veri toplama aracı: odak (focus) grup tekniğinin uygulanışı ve geçerliliği üzerine bir çalışma. *Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 94-109. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/meusbd/issue/63193/866942>
- Gülнар, B. ve Acar, N. (2021). Salgın hastalıklar döneminde sosyal medyanın korku algısında meydana getirdiği değişimin incelenmesi: Covid-19. *Nitel Sosyal Bilimler*, 3(1), 140-163. <https://doi.org/10.47105/nsb.904351>
- Gündoğdu, G. (2022). Televizyon sağlık programlarının eleştirel sağlık iletişimi bağlamında izleyici yönünden analiz edilmesi. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 8(2), 186-205. Erişim adresi: <https://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12415/10855>
- Güven, B. ve Boztepe Taşkıran, H. (2019). Sağlık iletişiminde doktor-hasta ilişkisi modelleri ve ilişki taraflarının değerlendirmelerini tespit etmeye yönelik bir araştırma. *Uluslararası Halkla İlişkiler ve Reklam Çalışmaları Dergisi*, 2(1), 7-38. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hire/issue/44401/507145>
- Güven, Z. H. ve Keleş, S. (2022). Dış hekimliğinde hastaların tedaviye karar verme ve tedavi kurumu seçimindeki eğilimleri üzerine nitel bir araştırma. *Sağlık ve Toplum* 32(1), 190-205. Erişim adresi: <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2022/04/21-Dis-Hekimliginde-Hastalarin-Tedaviye-Karar-Verme-ve-Tedavi-Kurumu-Secimindeki-Egilimleri-Uzerine-Nitel-Bir-Arastirma.pdf>
- Güzel, Ş., Akman Dömbekci, H. ve Arı, A. (2022). Hasta ve hekim iletişimi: Özel hastane örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (48), 38-55. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/susbed/issue/72364/1096940>
- Işık, E. ve Semerci, Ç. (2019). Nitel araştırmalarda veri üçgenlemesi olarak odak grup görüşmesi, bireysel görüşme ve gözlem. *Turkish Journal of Educational Studies*, 6(3), 53-66. <https://doi.org/10.33907/turkjes.607997>

- Işık, T. (2021). Sağlık iletişimi bağlamında hekim-hasta, hasta-hekim iletişimi inceleme çalışması: özel bir hastane analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26, 720-753. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/igdirsosbilder/issue/66834/1045380>
- Kazaz, M. ve Acar, N. (2021). Oluşturma yöntemlerine göre yalan haberin incelenmesi: Twitter'da Covid-19. Selin Karaköse (Ed.). *Covid-19 salgınında çok boyutlu etkiler içinde* (s. 176-235). Ankara: İksad Yayınevi
- Koçak, A. ve Bulduklu, Y. (2013). Sağlık iletişimi: yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/josc/issue/19021/200613>
- Kutlu, M., Çolakoğlu, N. ve Özgüvenç, Z. P. (2010). Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 127-143. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/29280/313471>
- Mansur, F. (2022). Sağlık iletişiminde yaşanan sorunların hekimlere yönelik şiddete etkisi. *İşletme Akademisi Dergisi*, 3(1), 57-69. <https://doi.org/10.26677/TR1010.2022.964>
- Okay A. (2012). *Sağlık iletişimi*. İstanbul: Derin Yayınları.
- Sabırcan, F. ve Doğu Öztürk, İ. (2020). Sağlık iletişiminde kamu spotu kullanımı üzerine bir değerlendirme "sen de başarabilirsin" kamu spotu örneği. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 1(1), 34-51. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/itbfkent/issue/53101/691183>
- Schiavo, R. (2007). *Health communication from theory to practice*. San Francisco: A Wiley Imprint.
- Şahin, Ş., Suher, K. ve Bir, A. A. (2009). Odak grup yönetimi: Uygulamacılar açısından bir değerlendirme. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 11, 51-74. Erişim adresi: <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/tr/pub/issue/7368/96467>
- Şahsuvaroğlu, T. ve Ekşi, H. (2013). Odak grup görüşmeleri ve sosyal temsiller kuramı. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 28(28), 127-139. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maruaabd/issue/367/2097>
- Şantaş, F. ve Tekin, R. (2020). Sağlık kurumlarında iletişim yetkinliğinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 241-250. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/56571/786690>
- Tabak, R. S. (2003). *Sağlık iletişimi*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Tanrıverdi, H. (2014). Sağlık yönetiminde iletişim. Altındış, S (Ed.) *Sağlık işletmeciliği yönetimi içinde* (s. 2-23). Erzurum: Açıık Öğretim Fakültesi Yayınları.
- Uslu Ak, B. (2022). Benefitting from focus group technique in social research and practice. *Current Perspectives In Social Sciences*, 26(1), 9-14. Erişim adresi: [Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/atasobed/issue/69347/1100311](https://dergipark.org.tr/en/pub/atasobed/issue/69347/1100311)

- Vardarlier, P. ve Öztürk, C. (2020). Sağlık iletişiminde sosyal medya kullanımının rolü. *Sosyolojik Düşün*, 5(1), 1-18. <https://doi.org/10.37991/sosdus.730815>
- Yang, F. ve Huang, Z. (2021). Health communication and trust in institutions during the COVID-19 lockdown in China's urban communities. *Urban Gov*, 1, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.ugj.2021.10.001>
- Yuan, S., Sterie, A. C. ve Menichetti, J. (2022). Setting the agenda for health communication research: Topics and methodologies. *Paper Presented at International Conference for Communication in Healthcare*, Glasgow. Erişim adresi: <https://discovery.dundee.ac.uk/en/publications/setting-the-agenda-for-health-communication-research-topics-and-m>
- Yıldırım A. ve Şimşek H. (2006). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Yılmaz, M. B. ve Şireci, M. (2020). Malatya'da yer alan aile hekimliği merkezlerinde sağlık iletişimi uygulamalarına yönelik bir çalışma. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 357-371. <https://doi.org/10.18069/firatsbed.645157>

Extended Abstract

Purpose

The research was structured to reveal the communication levels and models used by physicians in the health communication process. There are few studies on this subject in the literature.

Design and Methodology

This research is structured as a descriptive research type. With this type, the researcher wants to fully describe the health communication process that physicians establish with patients. For this purpose, focus group interview was used. Focus groups consist of people with the same or similar qualifications and provide in-depth information about the underlying causes of the events.

Focus group interviews, which emerged in the 1930s, can often be used in all areas of social sciences. In the research, a total of 18 questions were directed to the focus group. The form first included 6 questions to describe the socio-demographic characteristics of physicians. 6 of the remaining questions were prepared to explain physicians' health communication levels and the last 6 were designed to explain their perceptions of the health communication model. The researcher acted according to the date and time requested by the physicians according to their work intensity. All focus group discussions were held in a common area in the hospital. Descriptive analysis technique was used to interpret the data collected from the participants in the study.

Findings

The working group consists of 10 people in total, 3 of whom are women. The youngest physician in the study group is 27 years old and the oldest is 47 years old. The physicians' specializations are in the fields of emergency medicine (2), dentistry (2), brain and neurosurgery (2), cardiology (1), cardiovascular surgery (1),

pulmonology (1) and ear, nose and throat (1). The length of time physicians work in the profession is between 1.5 and 25 years. It is also among the information obtained that physicians' daily working hours are at least 8 hours and at most 20 hours and they examine between 7 and 100 patients a day. In the study, firstly, what physicians understand from the concepts of communication and health communication was investigated. K9 and K2 stated that their health communication processes were the same as their general communication attitudes in social life, but they still progressed the process within a limit in the provision of health services. The research aimed to reveal the ways in which physicians communicate with their patients. It was understood that all physicians met with their patients through face-to-face communication. In the study, factors affecting the health communication process between physicians and their patients were also examined. All physicians were self-critical while answering this question. In the focus group interview, some of the physicians (K3, K4, K6) stated that they were disturbed by the patients being too close to them. All physicians state that patients' socio-cultural, economic and psychological situations also affect health communication. The study also tried to describe the level of health communication that physicians have with their patients. It has been determined that physicians frequently use the patient-physician communication level. In the last part of the research, physicians' thoughts about health services are included. K1, K2, K8, K9 and K10 stated that due to the existence of private hospitals, health services are not provided equally, and as health has gained a commercial dimension, those without economic power are deprived of some opportunities. K3, K4, K5, K6, K7 emphasized that Turkey is good in the field of health services.

Research Limitations

There was a limitation in communicating with physicians in the study. The number of physicians to be interviewed in the research was determined as 12 in the initial planning, but due to the earthquake that hit our country on 06.02.2023, the number was reduced to 10. Because 2 doctors served the earthquake victims who came to Sivas from the disaster area.

Implications

Future qualitative studies should be conducted with larger samples. Additionally, there is a need for quantitative research in the field.

Originality

This research can be considered important as it reveals the communication levels and models used by physicians in the health communication process and increases the volume of the few studies in the field.

Ek-1**Görüşme Soruları Formu**

Cinsiyet: Yaş:

Uzmanlık:

Çalışma Yılı:

Günlük Çalışma Süresi:

Günlük Bakılan Hasta Sayısı:

- 1- İletişim ve sağlık iletişimi kavramından ne anlıyorsunuz?
- 2- Hekimlerin genel iletişim ve sağlık iletişimi süreçlerinin benzer/farklı yönleri nelerdir?
- 3- Hastalarınızla hangi yollarla/kanallarla iletişim kuruyorsunuz?
- 4- Hastalarınızla olan sağlık iletişiminiz hasta-hekim açısından nelerden etkilenmektedir?
- 5- Sağlık iletişimde en çok hangi iletişim düzeyini (hasta-hekim, grup, kitle) kullanıyorsunuz? Hastaya en çok hangisinin fayda sağladığını düşünüyorsunuz?
- 6- Hastalarınıza, hastalıklarını anlatırken nasıl bir iletişim tekniği kullanıyor ve süreci nasıl yönetiyorsunuz?
- 7- Hastalarınızı, tedavi ya da bilgilendirme konusunda ikna etmeye çalışıyor musunuz?
- 8- Hastalarınızla iletişim kurarken, işaret, sembol ya da simge kullanıyor musunuz?
- 9- Hastalarınızla olan iletişim sürecinizde tecrübelerinizden faydalaniyor musunuz?
- 10- Hastalarınızın, hastalıklarına dair tüm geçmiş öyküsünü soruyor musunuz?
- 11- Sağlık iletişimi sürecinde hastalarınızın, sosyo-psikolojik ve kültürel durumlarını gözetiyor musunuz?
- 12- Sağlık hizmetlerinin her bireye eşit ve uygun bir şekilde sunulduğunu düşünüyor musunuz?

Araştırmacı Katkısı: Nihal ACAR (%100)