



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM
VE
HEKİME GÜVENİN TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ**

MUSTAFA KEMAL BOZ
DOKTORA TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mesut ÇİMEN

İSTANBUL-2025



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM
VE
HEKİME GÜVENİN TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ**

MUSTAFA KEMAL BOZ
DOKTORA TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mesut ÇİMEN

İSTANBUL-2025

BEYAN

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

23.12.2025

Mustafa Kemal BOZ

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Hasta merkezli iletişim ve hekime güven, sağlık alanında etkili bir tedavi sürecinin en önemli bileşenlerindendir. Bu iki faktör hastanın tedaviye uyumunu etkileyerek uygulanan tedavinin başarısını doğrudan etkileyebilir. Bu tez ile hasta merkezli iletişim ve hekime güvenin tedaviye uyuma etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamda her zaman destek olarak bana yön veren, doktora eğitimim sürecinde zorlandığım her an varlıklarını hissettirerek bana güç veren değerli hocalarım Prof. Dr. Mesut ÇİMEN ve Doç. Dr. Serkan DENİZ'e; büyük bir özveri, anlayış, sabır ve incelikte bilgilerini bana aktaran saygıdeğer hocalarıma; bana inanıp güvenerek Acıbadem ailesine kabul eden, burs desteği sağlayan çok değerli Sayın Hatice Seher ve Mehmet Ali AYDINLAR'a; her konuda desteğini ve güvenini yanımda daima hissettiğim kıymetli Direktörüm Sayın Muzaffer AKINCI'ya; durakladığım, yorulduğum durumlarda bana devam etme gücü veren, motive eden, eğitimimi sürdürmemde ve hayatımın her anında bana destek olan canım eşim Öznur Mifan BOZ'a; daha yapacak çok şey olduğuna ve bunları yapabileceğime beni inandıran, destekçim, takıldığım zamanlarda akıl danıştığım sevgili oğlum Şamil Saruhan BOZ'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1 Giriş.....	3
1.2 Amaç	4
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 İletişim Kavramı.....	6
2.2 Sağlık İletişimi.....	7
2.3 Hekim Hasta İletişimi.....	9
2.3.1 Hekim hasta iletişimi modelleri.....	10
2.4 Hasta Merkezli İletişim	13
2.4.1 Hasta merkezli iletişim kavramsal çerçevesi.....	14
2.4.2 Hasta merkezli iletişimin bileşenleri	16
2.4.3 Hasta merkezli iletişimin belirleyicileri	18
2.4.4 Hasta merkezli iletişimin sağlık sonuçlarına etkileri	21
2.5 Güven Kavramı.....	22
2.6 Sağlık Hizmetlerinde Güven.....	23
2.7 Hekim Hasta İletişiminde Güven Unsuru	24
2.8 Hastanın Hekime Duyduğu Güveni Etkileyen Faktörler	25
2.9 Hekim Hasta İlişkisinde Güvenin Boyutları	27
2.9.1 Hekim yeterliliğine güven.....	29
2.9.2 Hekimin vekilliğine güven	30
2.9.3 Hekimin sır tutacağına duyulan güven	31
2.9.4 Hekimin bilgi sağlama ve bilgi alma konularında açıklığına güven	32
2.9.5 Genel güven	32
2.10 Tedaviye Uyum Kavramı	33
2.11 Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler.....	34
2.11.1 Sağlık sistemi ve sağlık personeli kaynaklı faktörler.....	34
2.11.2 Sosyal ve ekonomik faktörler	35
2.11.3 Tedavi ile ilgili faktörler	36
2.11.4 Hastalık ile ilgili faktörler	36

2.12 Hekim Hasta İletişimi ve Tedaviye Uyum	38
3 GEREÇ VE YÖNTEM	41
3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	41
3.2 Evren ve Örneklem.....	42
3.3 Veri Toplama Yöntemi.....	42
3.4 Veri Toplama Aracı.....	42
3.5 Araştırma Hipotezleri	43
3.6 Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.7 Verilerin Analizi.....	44
4 BULGULAR	45
4.1 Betimsel Bulgular.....	45
4.2 Hasta Merkezli İletişim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları.....	46
4.3 Hekime Güven Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları	50
4.4 Tedaviye Uyum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları	54
4.5 Betimsel Bulgular.....	58
4.6 Hasta Merkezli İletişim, Hekime Güven ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	58
5 TARTIŞMA.....	63
6 SONUÇ	67
6.1 Öneriler.....	68
7 KAYNAKLAR.....	71
8 EKLER	80
EK 1 Anket	80
EK 2 Etik Kurul Onayı.....	83
9 ÖZGEÇMİŞ	84

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AFA	Açıklayıcı faktör analizi
DE	Dolaylı etki
DFA	Doğrulayıcı faktör analizi
KMO	Örneklem yeterlilik ölçümü
SBT	Sobel test istatistiği
TURDEP	Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrin hastalıklar prevalans çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hasta merkezli iletişim modeli	14
Şekil 2. Hasta merkezli iletişim ölçeği yamaç birikinti grafiği.....	46
Şekil 3. Hasta merkezli iletişim DFA diyagramı	49
Şekil 4. Hekime güven ölçeği yamaç birikinti grafiği	50
Şekil 5. Hekime güven DFA diyagramı	53
Şekil 6. Tedaviye uyum ölçeği yamaç birikinti grafiği.....	55
Şekil 7. Tedaviye uyum DFA diyagramı	57
Şekil 8. Araştırma modeli	60
Şekil 9. Aracı değişkenli yapısal eşitlik modeline ait diyagram	62

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hekim hasta iletişimin etkili olarak gerçekleşmesinin önündeki engeller ..	10
Tablo 2. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=403)	45
Tablo 3. Hasta merkezli iletişim ölçeği AFA sonuçları	47
Tablo 4. Hasta merkezli iletişim ölçeği doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen model uyum indeksleri	48
Tablo 5. Hasta merkezli iletişim ölçeği DFA ve güvenirlik analizi bulguları	49
Tablo 6. Hekime güven ölçeği AFA sonuçları	51
Tablo 7. Hekime güven ölçeği doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen model uyum indeksleri	52
Tablo 8. Hekime güven ölçeği DFA ve güvenirlik analizi bulguları	53
Tablo 9. Tedaviye uyum ölçeği AFA sonuçları	55
Tablo 10. Tedaviye uyum ölçeği doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen model uyum indeksleri	56
Tablo 11. Tedaviye uyum ölçeği DFA ve güvenirlik analizi bulguları	57
Tablo 12. Ölçek puanlarına ait betimsel istatistikler	58
Tablo 13. Hasta merkezli iletişim, hekime güven ve tedaviye uyum arasındaki ilişki	59
Tablo 14. Aracı değişkenli yol modeli sonuçları	61

ÖZET

Hasta Merkezli İletişim ve Hekime Güvenin Tedaviye Uyuma Etkisi

Bu araştırmanın amacı, hasta merkezli iletişim ve hekime güvenin, hastaların tedaviye uyumları üzerindeki etkisini incelemektir. Nicel araştırma yöntemi kullanılan çalışma, özel bir sağlık grubuna bağlı olarak hizmet veren bir hastanenin “Ortopedi ve Travmatoloji” bölümüne tedavi amacı ile başvuran 403 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, The Health Information National Trends Survey’in (2021) çalışmasından uyarlanan Hasta Merkezli İletişim Ölçeği, Dugan ve arkadaşlarının geliştirdiği Hekime Güven Ölçeği ve Hausman ve diğerleri (2001) tarafından geliştirilen Tedaviye Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, hasta merkezli iletişimin hekime güven üzerinde pozitif yönde ve anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Ayrıca, hekime güvenin de tedaviye uyum üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerindeki doğrudan etkisinin olduğu görülmüş, hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide hekime güvenin aracılık etkisi doğrulanmıştır. Sonuç olarak, hasta merkezli iletişimin ve hekime güvenin artırılmasının, hastaların tedaviye uyum düzeyini artırabileceği anlaşılmaktadır. Bulgular, sağlık hizmetlerinde iletişim temelli yaklaşımların ne denli önemli olduğunu ve hekim hasta ilişkilerinin güçlendirilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Çalışma sonuçları, literatürdeki benzer araştırmalarla da uyum göstermekte ve iletişim temelli uygulamaların tedavi başarısına katkı sağlayabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta merkezli iletişim, Hekime güven, Tedaviye uyum, Aracılık etkisi, Ortopedi ve travmatoloji hastaları.

ABSTRACT

The Effect of Patient-Centered Communication and Trust in Physicians on Treatment Adherence

The aim of this study is to examine the effect of patient-centered communication and trust in physicians on patients' treatment compliance. Conducted using quantitative research methods, this study was carried out on 403 patients who applied to the “Orthopedics and Traumatology” department of a hospital affiliated with a private health group for treatment. Data were collected using the Patient-Centered Communication Scale adapted from The Health Information National Trends Survey (2021), the Physician Trust Scale developed by Dugan et al., and the Treatment Compliance Scale developed by Hausman et al. (2001). The findings revealed that patient-centered communication has a positive and significant effect on trust in physicians. Furthermore, trust in physicians was also found to have a positive and significant effect on treatment adherence. In addition, patient centered communication was seen to have a direct effect on treatment adherence, and the mediating effect of trust in physicians on the relationship between patient-centered communication and treatment adherence was confirmed. In conclusion, it appears that increasing patient centered communication and trust in physicians can strengthen patients' level of treatment adherence. These findings emphasize the importance of communication-based approaches in healthcare services and highlight the need to develop strategies to strengthen physician patient relationships. The results of the study are consistent with similar studies in the literature and support the idea that communication-based interventions can contribute to treatment success.

Keywords: Patient centered communication, Trust in the physician, Treatment adherence, Mediating effect, Orthopedics and traumatology patients.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Giriş

Tedaviye uyum, hastaların hekimlerinin önerdiği tedavi planına uygun davranma düzeyi olarak tanımlanır ve özellikle kronik hastalıklarda sağkalım, yaşam kalitesi ve sağlık harcamaları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (1,2). Bu uyum, hastanın bireysel özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin faktörler, sosyoekonomik koşullar ile sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği gibi çok sayıda faktörden etkilenmektedir (3).

Ülkemizde de benzer bir durum gözlemlenmektedir; hastaların tedaviye uyum düzeyleri büyük ölçüde bu faktörlerden etkilenmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişim, hekim hasta iletişiminin kalitesi ve hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi, tedaviye uyum üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Konuya kronik hastalıklar açısından baktığımızda; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, erişkin nüfusta diyabet prevalansının %11,4, hipertansiyon prevalansının ise %16,1 olarak saptandığını görülmüştür (4). Yine geniş ölçekli Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) çalışması sonuçları da, diyabet prevalansının 2010 yılı itibarıyla %16,5 düzeyine ulaştığını ortaya koymuştur (5). Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporunda erişkin nüfusta hipertansiyon prevalansını %30,3 olarak bildirmiştir (6). Bu bulgular ışığında, Türkiye’de kronik hastalık yükü giderek artmakta ve tedaviye uyum konusu hem klinik uygulama hem de sağlık politikaları açısından kritik önem kazanmaktadır.

Günümüzde hasta merkezli iletişim, hasta hekim ilişkisinde kaliteyi gösteren ve arada güven oluşmasını sağlayan temel bir unsur olarak görülmektedir. Bu iletişim şekli, hastanın görüş ve tercihlerinin dikkate alınmasını, empatiyi kurulmasını ve karar sürecine katılımı öne çıkarmaktadır (7, 8). Literatürde, hasta merkezli iletişim ile hastaların hekimlerine daha çok güvendiği ve tedaviye uyum üzerinde olumlu etkiler yaratıldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (9, 10).

Hekime güven, hastanın aldığı sağlık hizmeti sırasında duyduğu güven düzeyini göstermekte ve tedaviye uyumda önemli rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalarda, tedavi sürecinde duyulan güvenin doğrudan olduğu kadar kurulan iletişim ve hastanın katılımı yoluyla da tedaviye uyumu etkilediğini anlaşılmaktadır (11, 12).

Özetle, hem hasta merkezli iletişimin ve hem de hekime güvenin tedaviye uyum üzerinde yarattığı etkiler, klinik uygulamalarla birlikte sağlık politikaları geliştirmede önem kazanmaktadır. Sağlık politikaları geliştirilirken hasta hekim etkileşimini güçlendirecek stratejilere öncelik verilmelidir. Hekimlerin iletişim yeteneklerini artıracak eğitimler, hasta katılımını teşvik edecek uygulamalar ve sağlık okuryazarlığını geliştirecek projeler ile tedaviye uyum üzerinde olumlu etkiler yaratılabilir. Hekime güvenin oluşturulması için de uygulamalarda şeffaf davranılması, etik uygulamalar yapılması ve hasta haklarına dikkat edilmesi önem kazanmaktadır.

Hasta merkezli iletişim ve hekime güven konularında geliştirilecek politikalar tedaviye uyum üzerinde olumlu etkiler oluştururken, hem maliyet etkinliği hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma açısından önemli bir rol oynayacaktır.

1.2 Amaç

Bu çalışmanın amacı, hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerindeki etkisini incelemek ve bu ilişkinin hekime güven aracılığıyla nasıl şekillendiğini ortaya koymaktır. Çalışmada özellikle:

- Hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki doğrudan ilişkinin değerlendirilmesi,
- Hasta merkezli iletişimin hekime güven üzerindeki etkisinin incelenmesi,
- Hekime güvenin, hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide aracılık rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilecek bulguların, sağlık hizmetlerinde hasta odaklı yaklaşımların güçlendirilmesine ve tedaviye uyum stratejilerinin etkinleştirilmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği artarken, hekim başına düşen hasta sayısı hala yüksekliğinin korumaktadır. Buna bir de hastaların muayene sürelerinin kısalığı ve sağlık okuryazarlığının yetersizliği eklendiğinde hasta-hekim iletişimi daha da zorlaşmak ve önem kazanmaktadır. Bu sonuç, tedaviye uyumun yalnızca yapısal faktörlerle olduğu kadar, aynı zamanda iletişim ve güven unsurlarıyla da yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Dolayısıyla, hasta merkezli iletişim ve hekime güvenin tedaviye uyuma etkilerinin araştırılması ile ilgili yapılan çalışmalar, hem literatürdeki eksikliklerin tamamlanmasını sağlayacak hem de ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı verecektir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 İletişim Kavramı

İnsanoğlunun varoluşu ile tarihi başlayan iletişim, farklı bilim dallarının çalışma alanında yer almaktadır. Zamanla sosyal hayat içerisindeki ilişkilerde de yaşamın önemli bir unsurunu oluşturan iletişim, toplum yaşamının da önemli belirleyicisi haline gelmiştir. İletişim kurmak, bireylerin bildiklerini, duygularını ve düşüncelerini birbirlerine aktarmasıdır (13). İletişimin olumlu kullanılması ilişkileri, kültürü ve toplumun gelişmişliğini etkilemiştir. Bu noktada da iletişim teknikleri ve iletişim kurma becerileri önem kazanmıştır.

İletişimin birçok tanımı karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak “herhangi bir şeyin ya da bilginin ortaklaşa kullanılması” demektir (13). İletişim, paylaşım için kullanılır. Bilginin aktarımı veya değişimi demektir (14). Bir kaynağın bir veya daha fazla alıcıya bilgi transferidir (15). Dökmen, kaynağı ve hedefi insanlardan meydana gelen iletişimi “kişilerarası iletişim” olarak adlandırmıştır (16). İletişim kuran bireyler, bilgi/sembol kullanarak ve birbirine aktararak iletişimlerini devam ettirirler. İletişim için; gönderici, mesaj, alıcı ve iletişim kanalı gerekmektedir (17). İletişimin üç temel amacından bahsedebiliriz. Bunlar; iyi bir ilişki oluşturmak, bilgi alışverişi yapmak, ortak kararlar almak (18).

Literatüre baktığımızda çeşitli iletişim modelleriyle karşılaşmaktayız. Bu modeller arasında Shannon ve Weaver Modeli öne çıkmaktadır. Shannon ve Weaver bilgi işlem yaklaşımı ile bir model geliştirmişlerdir. Bu modelde; “bilgi kaynağı” tarafından alınan bilgi, mesaj ile kodlandıktan sonra bir kanal içerisindeki sinyal ile alıcıya iletilir. Alıcı, sinyali yorumlar ve mesajı hedefe iletir. Shannon ve Weaver Modeli’ndeki diğer kavram “gürültü kaynağı”dır. İletişim esnasında, ortaya çıkan sesler mesajın anlamını değiştirerek iletilmek istenilen mesajın yanlış anlaşılmasına sebep olabilir. Model, klasik bir iletişim modeli kabul edilse de, mesajın bir yöne yönelmesi ile iletişimin iki yönlü işlevi göz ardı edilmektedir (17, 19).

Bilginin iletilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Genellikle sözlü ve/veya yazılı olarak yapılan bu iletimde sözel olmayan iletişimin önemli rolü bulunmaktadır. Yüz ifadesi, duygular, vücut dili, giyilen kıyafetler karşı tarafa verilen mesajlara katkı vermektedir. Bu durum sözlü olarak bir şey söylenmese de mesaj iletilebilmesini sağlamaktadır (17)

2.2 Sağlık İletişimi

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi sağlık iletişimini; “bireysel, kurumsal ve toplumsal seviyede majör sağlık problemleriyle ilgili toplumu bilgilendirme, etkileme, motive etme sanatı ve tekniği” şeklinde tanımlanmıştır. (20). Sağlık iletişimi; halk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi, bir davranışın kabullenilmesi ve sürdürülmesi amacıyla insanların, toplulukların, sağlık profesyonellerinin, politika yapıcıların veya özel grupların etkileme, destekleme ve yetkilendirme ile politika değişiklikleri yapabilmesi olarak tanımlanmaktadır (21).

Sağlık iletişimi, sağlık ve iletişim kavramlarının karşılıklı etkileşimini ortaya koymaktadır. Toplumun ve bireylerin sağlık bilgilerinin artırılması ve farkındalık yaratılması amacını gütmektedir. Yaratacağı olumlu etkinin genel sağlık için önemli olduğu çok açıktır. Sağlık iletişiminin sağlığa erişimle birlikte; kişiler arası iletişim, profesyonel tıbbi iletişim ve kitle iletişim araçları gibi başka alanlarda da etkisinin olduğu bilinmektedir (21). Sağlık iletişimi aynı zamanda; sağlık konularında toplumun düzeyinin öğrenilmesini sağlarken, bireylerin sağlık davranışlarını şekillendirmekte, yeni ve mevcut sağlık uygulamaları için öğretici özellik taşımaktadır. Sağlık iletişimi, kişisel sağlık ve halk sağlığının iyileştirilmesini sağlamakta, hastalıkların önlenmesine ve sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (14). Bu faydayı sağlarken sağlık iletişimi; kitle ve sözlü iletişim vasıtalarından, sağlık eğitiminden, pazarlamadan, halkla ilişkilerden, psikolojiden, bilişimden ve epidemiyolojiden yararlanmaktadır (22). Sağlık profesyonelleri ile hastaların, politikacıların, diğer organizasyonların iletişimini sağlayan sağlık iletişimi, toplumu geliştirmeyi ve halk sağlığını iyileştirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca bireylerin ve toplumun sağlık davranışı

tutumlarında değişiklik yaratmak, uygulama ve politikaların benimsemesini sağlamak da sağlık iletişimin diğer amaçlarındandır (21).

Sağlık iletişimi kuran birey, öncelikle sağlıkla ilgili bilgilere edinmeye çalışırken, sonrasında anlamlandırdığı bu bilgileri paylaşır. Bu paylaşımın yapıldığı iletişim araçları vasıtasıyla etkileşimde bulunduğu diğer insanlara sağlıkla ilgili mesajlar ulaştığında hepsi sağlık iletişimine dâhil olur (23).

Sağlık iletişimi, hem sağlık hizmetinin etkili sunulmasında hem de hasta bakımının merkezinde yer almakta ve iki konuda da kritik role sahiptir (17). İyi kurulan iletişim, hastalığın önleminde, hastada davranış değişiklikleri sağlamada önemli unsurlardan biriyken tedaviye uyum üzerinde de olumlu etki göstermektedir (14).

Sağlık iletişimi üzerine Toronto’da gerçekleştirilen uluslararası konferansta, “Toronto Uzlaşı Bildirisi” yayınlanmıştır. Bildiride sağlık iletişimine ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır (17):

- Tıbbi karşılaşmalarda iletişim sorunları önemli yer tutmakta ve yaygın olarak görölmektedir.
- Hastaların kaygılanmalarına ve hasta tatminsizliğine; belirsiz durumlar, bilgilendirme eksiklikleri, yapılması gereken açıklamalarda eksiklik ve geri bildirim sürecinde yaşanan eksiklikler sebep olmaktadır.
- Hastaların ulaşmak istediği bilgilendirme miktarı ve türü ile ilgili hekimlerin yanlış algıları bulunmaktadır.
- Kaliteli klinik iletişim ile sağlık sonuçları arasında pozitif ilişki bulunmaktadır.
- Hastanın endişelerinin anlaşılması ve hastaya durumunun anlaşıldığının açıklanması hastanın kaygısını düşürmektedir.
- Hastanın tedavi süreci ile ilgili yeterli bilgi alması ve sürece dâhil olması; tatmini, tedaviye uyumu ve alınan sonuçları iyileştirmektedir.
- Önemli hastalığı olan bireyler yeterli bilgiye sahip olduklarını inandıklarında psikolojik durumları olumlu etkilenmektedir.

➤ Klinik iletişim, klinik uygulamalarda rutin uygulanmaktadır. İletişim tekniklerini bilen hekim, klinik uygulamalarında bunları uygulayabilir.

2.3 Hekim Hasta İletişimi

Sağlık iletişimi, hasta ile sağlık hizmeti verenler arasındaki iletişim esnasında ortaya çıkan dinamik, kişilerarası karşılıklı etkilenme şeklinde tanımlanabilir (24). Hekim hasta iletişimi, sağlık iletişiminde pek çok kez araştırma konusu olurken, muayene edilirken hekim ile hastaların nasıl iletişim kurduklarıyla ilgilenir (23). Hekim hasta iletişimi, hekim-hastanın sözlü ve sözsüz etkileşimleri içermektedir (25). Hekim-hasta iletişimi, tedavi edici iletişim ilişkisi kurarken hastaya verilen kaliteli sağlık hizmeti sunumunun da temelini oluşturur. Genel olarak baktığımızda hastaların tatminsizliklerinin ve şikâyetlerinin ana sebebi hekim-hasta ilişkisindeki bozulma kaynaklıdır (26). Hekim-hasta ilişkisi, karmaşık bir ilişkidir. Eşit olmayan konumlardaki insanlar, bazen hayati önemdeki konularda kritik kararlar almakta ve kararların uygulanmasında yakın işbirliği gerekmektedir (18). Hekim-hasta ilişkileri genel olarak uzun süren ve birden çok bir araya gelmeyi gerektiren süreçlerdir. (26). Bu süreçte yaşanacak iyileşmeler; daha iyi tedaviye uyum, daha iyi bakım ve hasta da görülecek daha düşük stress ile karşımıza çıkacaktır. Sonuçta hastaya süreç hakkında verilecek olumsuz bilgiler de mevcuttur ve hastaların duygularına hitap etmek, alınan kararları hastalara iletebilmek hekimlerin karşılaştığı iletişim zorluklarının başlıcaları arasında gelmektedir (25).

İnsanlar iletişim kurarken bazı engeller bu süreci zorlaştırmaktadır. Farklı davranışlara ve tepkilere sahip olunması kültürel değişimler iletişim engelleri olarak karşımıza çıkabilmektedir. Hekim ile hastanın iletişiminde bu saydıklarımıza ilave olarak sağlık sorunlarından kaynaklanan engeller de ilave olmaktadır. Vücudunda ağrı hisseden, canı yanan, işitme kaybı yaşayan bir kişinin etkili iletişim kurma becerisinin zayıf olacağı aşîkârdır. Olası karşılaşılabilecek bu durumlar ilk başta önemsiz gibi gelse de iletişim sürecinin olumsuz etkileyebilir (27). İletişim engelleri hem hasta hem de hekim açısından değerlendirilebilir. Hekim hasta iletişiminde engeller; hastadan

kaynaklı faktörler (21) ve hekim kaynaklı faktörler (28, 29) olarak Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Hekim hasta iletişimin etkili olarak gerçekleşmesinin önündeki engeller

Hasta Açısından	Hekim Açısından
Eğitim seviyesi	Hekimin fazla iş yükü
Sağlık okuryazarlığı seviyesi	Yanlış uygulamalar sebebiyle yargılanma çekincesi
Dil engelleri	Şiddete maruz kalabilme korkusu
Kültürel ve etnik farklılıklar	Gerçekçi olmayan hasta beklentileri
Yaş	Yetersiz iletişim becerisi
Bilişsel kısıtlılık	Teknik ve tıbbi bir dil kullanımı
Hastalık sebepli stres	Hastayı dinlememe, sorularıyla ilgilenmeme
Hizmet sunucu ile hasta arasındaki güç dengesizliği	Hekimin rahatsız edilmemesi düşüncesine sebep olunması
Sosyoekonomik şartlar	Viziteyi tamamlamama, hastanın anlattıklarını kesme

2.3.1 Hekim hasta iletişimi modelleri

Hekim-hasta iletişim modellerinin farklı disiplinleri ve kuramsal yaklaşımları vardır (21). Roter ve Hall (30) dört iletişim modelini açıklamaktadır. Bunlar; paternalist, tüketici, ihmal ve karşılıklılık olarak kırılımlanmıştır.

2.3.1.1 Paternalist iletişim modeli

Bu yaklaşımda hekimin merkezi rolü vardır. Hekim, teşhisini yapar, bakım planı çizer, ekibini belirlediği hedeflere uygun yönetir ve planını hastaya uygular. Hem

hastalarla hem de ekipteki sağlık profesyonelleriyle kurulan iletişim tek taraflıdır. Hekim bakımın merkezindedir ve yıllarca aldığı eğitimle kazandığı uzmanlığın bu durumu haklı gösterdiği düşünülür (31). Bu model, yüksek hekim/düşük hasta kontrolü ile özelliği ile öne çıkar. Hekim, hastaya uygun olduğunu düşündüğü kararları aldıktan sonra hasta hekimden alacağı tavsiyeye uyarak söylenenleri uygular. Özellikle yaşlı olan veya eğitimi düşük hastalarda bu iletişimin daha fazla tercih edildiği görölmektedir (32). Paternalist iletişim modelinde hekimler; bilgi verme, verilecek hizmetlerle ilgili gündem belirleme, hedefleri ortaya koyma ve karar verme sürecine hâkimdir. Hekim hastanın “yüksek yararı”nı gözetmeli buna göre hareket etmelidir. Ancak burada hastanın değer ve tercihlerinin hekimininkiyle aynı olduğu düşünölmektedir. Hastanın çıkarları gözetilerek kararlar alındığı varsayılırken, hastadan hekimin verdiği tavsiyelere uyması, kendisine söylenenleri uygulaması beklenir (30). Uygulanmasına karar verilen tedavi ile ilgili farklı sečenekler konuşulmaz, tartışılmaz. Bu modelin eleştirildiği en büyük konu hekimin otoriterliği ve kararları tek taraflı vermesidir. Bu sebeple, hekimin hastasıyla iletişimini geliştirmesi ve karşılıklı iletişimin teşvik edilmesi gerektiği belirtilir (33). Bu iletişim modeli artık yerini yeni iletişim modellerine bırakmaktadır. Paternalist yaklaşımdan hasta özerkliğini öne çıkaran ve bunu bir standart olarak gören anlayış gelişmiştir.

2.3.1.2 Tüketici iletişim modeli

Bu model paternalist modelin tam tersidir. Düşük hekim kontrolüne karşılık hasta kontrolü üst seviyededir. Hekim, hastanın tedavisine yönelik araştırmalar yaparak veya ilaçlarıyla ilgili taleplerine katılarak işbirliğinde bulunabilir. Ancak modelde birtakım sorunlar bulunmaktadır. Örneğin hekimden talep edilen tedavi hastaya uygun olmayabilecekken ilave olarak hastanın yararına da olmayabilir. Ayrıca gereksiz yere sağlık kaynaklarının kullanımını da gerektirebilir. Hasta hekimin tedavi sürecine uymaya zorlandığında da isteklerini karşılayacak birini bulana kadar hekim değiştirme tercihini kullanabilmektedir. Hekim ve hasta arasındaki güvenin aşındığı modelde hekimin uzmanlık bilgisi azalmakta hasta tercihleri önem kazanmaktadır (33). Hekim ve hasta arasındaki güç ilişkisi tersine dönmekte; hasta, hedefleri ve gündemi kendisi oluştururken kararı tek başına alır. Hekim sadece işbirliği yapan tarafta yer alır,

hastanın bilgi ve teknik hizmet taleplerini yerine getirir. Hastanın değerlerini belirler ve hekim incelemede bulunmaz. Hekim burada teknik bir rol üstelenir (32).

2.3.1.3 İhmal edilen veya bırakınız yapsınlar iletişim modeli

Bu iletişim modelinde, kimse sorumluluk almamakta, hekimin ve hastanın düşük kontrolü olmakta, sonuç olarak da aradaki ilişkinin amacı ve verimi olmamaktadır (33). Zayıf bir “uyum” özelliği gösteren model, ihtiyaçlar ve koşullar değişse de iletişim ilişkisini değiştirilmemesi ile kendini göstermektedir. Hem hastanın hem de hekimin iletişimde kontrol eksikliği bulunmaktadır. Hekim ve hastanın tedavi sürecindeki beklentilerinde çatışmalar olduğunda veya süreçte değişiklik ihtiyacı olmasına rağmen konuşulamıyorsa iletişim anlamsız bir hale gelip kesilebilmekte ve bu durum ihmal edilen iletişim olarak açıklanmaktadır. Bu modelde, hedefler belirsiz veya tartışmalıyken hekim rolü de belirsizdir. Bu durumda her iki tarafta tedavi için gerekli ilerlemeyi yapamamakta, tedavi süreci belirlenmemektedir. Tıbbi yönetimin en az etkili olduğu iletişim modelidir. İyi işlemeyen bu ilişki uzun sürebilmekte ve çözüme ulaşmadan bitebilmektedir. Sonuç olarak hasta tedavisini sonlandırma kararını verebilmektedir. Daha da kötüsü bu durumdan haberi olmayan hekim, hastanın şikâyet etmesi üzerine bu durumu öğrenebilmektedir (30).

2.3.1.4 Katılıma dayalı iletişim modeli

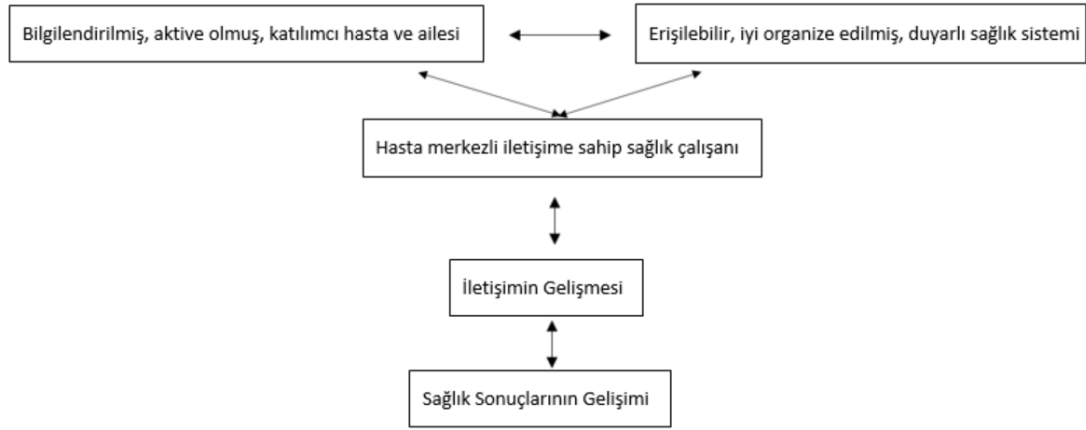
Katılıma dayalı iletişim modelinde, iletişimin sahipleri eşit katılım sağlamaktadırlar. Hekim-hasta ilişkisi açısından baktığımızda da tedavi hedefleri, oluşturulacak gündem ve alınacak kararların ortak anlayış sonrası alındığını görüyoruz. Hastaya değer verilmekte ve bu hekim tarafından hastaya ifade edilmektedir. Bu modelde hekim danışman rolünü üstlenmektedir (30). Hekim ve hastanın kontrolün yüksek olduğu modelde, hasta tercihlerini hekimine aktif olarak belirtir, bu tercihler hekimin fikirleriyle karşılaştırılır. Sonuç olarak da üzerinde karşılıklı anlaşılan işbirliği ortaya çıkmaktadır. Hasta, tedavi sürecinde istenilen seçeneklerden hangisini uygulayabileceğini hekimine açıkça belirtebilirken, hekim de hastasının teklifini hangi sakıncalar içerdiğini, neden uygulanamayacağını

söyleyebilir. Bu şekilde hekim ve hastanın ortak paydada buluşması sağlanarak anlaşmazlıklar çözülebilir (33). Ayrıca hastaların hekimlerin otoriter davranışları yerine eşitlikçi davranışlarından daha memnun olma olasılıkları olduğu da belirtilmektedir (34).

2.4 Hasta Merkezli İletişim

Güvene, saygıya, işbirliğine, amaçlara ve beklentilere dayanan hasta merkezli iletişim (36) kavramı, Amerikan Tıp Enstitüsü'nün raporu ile popülerleşmiş ve araştırma konusu olmaya başlamıştır. 2001 yılında yayınlanan bu rapor, uygulanacak tıbbi bakımın hasta merkezli olmasını, hastanın ihtiyaçlarına önem verilmesini, hasta açısından bakış açısı oluşturulmasını, karar aşamasında hasta değerlerinin de göz önüne alınması gerektiğini belirtmektedir (36). Hasta merkezli iletişim hekim iletişim becerilerinin değerlendirilmesini özellikle vurgulamıştır (37). Stewart, hasta merkezli iletişimi, hekim ile hasta veya hasta yakınları ilişkisindeki kaliteyi artırmak özelliğinde sahip davranışlar şeklinde tanımlanmıştır (7). Hasta merkezli iletişim ile hastaların ihtiyaçlarının anlaşılması, onları yeterince bilgilendirme ve hekim hasta arasında güven ilişkisi oluşturulması hedeflenmektedir (38). Epstein ve Street de hasta merkezli iletişimi tanımlarken; hastanın bakış açısını ortaya çıkarılarak anlamayı, hastanın psikososyal ve kültürel çevresini anlamaya çalışmayı, hastaların yaşadıkları sorunlar ile hastaların değerlerine hitap eden tedaviler için ortak anlayış geliştirmeyi vurgulamaktadırlar (39).

Hasta merkezli iletişim tedaviye yardımcı olması yanında, hasta katılımı ve tedavi sürecinde bakım kalitesinin iyileştirilmesi çalışmalarında da önemlidir (40). Hastalar arasında yapılan çalışmalar; aktif iletişimde olan hastaların, hekimleri ile empatik ilişki kurduklarını, hekimlerinin verdiği cevaplarla endişelerini gidermede başarılı olduklarını ve aldıkları sağlık hizmetinden daha memnun kaldıklarını göstermektedir. Hasta memnuniyeti, hekimlerin hastalarıyla kurdukları iletişim kadar hastaların hekimleri ile nasıl iletişim kurduklarıyla da doğru orantılıdır (41). Kurulan bu ilişki hasta memnuniyeti dışında aynı zamanda, hekime bağlılık, tedaviye uyum ve daha olumlu sağlık sonuçlarına ulaşılması gibi sonuçları da beraberinde getirmektedir (42).



Şekil 1. Hasta merkezli iletişim modeli (Hasta merkezli bakım ve iletişimin sağlık sonuçlarına etkisine ilişkin kavramsal model IOM, 2001; Epstein & Street, 2007; WHO, 2016’dan uyarlanmıştır).

2.4.1 Hasta merkezli iletişim kavramsal çerçevesi

Hasta merkezli iletişim kavramının kronolojisine baktığımızda; ilk olarak 1951’de Carl Rogers’ın yayımladığı kitapta “müşteri merkezli tedavi” olarak tanımlanmaktadır. Daha sonraları bu kavram 1962 yılında hemşirelik araştırmacıları “hasta merkezlilik” olarak kullanılmış, 1970 yıllarda da “hasta merkezli tıp” kavramı olarak evrilmiştir. Sonrasında da “hasta merkezli iletişim” bir iletişim stratejisi olarak kullanılmaya devam etmiştir (43). Günümüzde ise hasta merkezli iletişim, sağlık iletişimi çalışmalarında olması arzu edilen bir tıbbi görüşme tarzı olarak tanımlanmıştır (44). Hasta merkezliliği değerlendirmede karşılaşılan en önemli sorun, hasta merkezli iletişimin kavramsallaştırılmasında ve ölçülmesinde yaşanmaktadır (45). Karşılaşılan bu sorun hasta merkezli iletişimin daha çok araştırılmasına yol açmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda da hasta merkezli iletişim, paternalist ilişki anlayışından karşılıklı iletişim anlayışına geçişi sağlayan bir unsur olarak görüldüğü için kabul görmüştür (46). Hasta merkezli iletişim ile yapılan araştırmalarda altı temel bileşen karşımıza çıkmaktadır. Bu altı temel bileşeni aşağıdaki gibi açıklayabiliriz.

İyileştirici ilişkileri geliştirmek bileşeni; hekim ve hastanın birbirine güven duymasını, aralarında gerçekleşen uyumu, karşılıklı gerçekleşen anlayışı içerir. Ayrıca sağlık profesyonelleri ile hastaların rol ve beklenti düzeyinde birbirleri ile anlaşmalarını anlatır.

Bilgi alışverişi bileşeni; hastalar tarafından hangi bilgilere ihtiyaç duydukları noktasında farkındalık sahibi olmalarını, hekimin hasta hakkındaki klinik bilgi ve bulguları hastaya veya yakınlarına açıklamasını, karşılıklı bilgi değişimini onaylamayı belirtir.

Duygulara yanıt verme bileşeni; hekimin hasta ile kuracağı ilişiyi sayesinde onun yaşadığı duygusal çatışmaları ortaya çıkarmasıdır. Bunu yaparken hekim empati kurarak hastasına destek olmalıdır. Belirsizliği yönetme bileşeni; hastaların ve yakınlarının yaşadıkları belirsizlik halinden çıkmaları için sağlık profesyonellerinin vereceği bilgiyi, sağlayacağı desteği ortaya koyar.

Karar verme bileşeni; tedavi sürecinde hasta ve yakınlarının aktif olmasını vurgularken, karar verilmesinde bilgi transferinde karşılıklı etkileşimi ön plana çıkarır. Son olarak kendi kendini yönetme bileşeni; sağlık sistemini hastanın anlamasını sağlamayı, hastanın özerkliğini desteklemeyi ve hastanın sağlanan yönlendirmelerle gerekli yeteneğe ve ihtiyaç duyacağı dokümanlara ulaşmasını anlamayı önermektedir (39).

Hasta merkezli iletişim sözlü ya da sözlü olmayan şekilde olabilmektedir. Amerikan Tabipler Birliği tarafından hasta merkezli iletişimde farklı iletişim çeşitleri olabileceği vurgulanmış, hastaların sağlık sisteminde yer alan paydaşlarla yaptığı etkileşimlerde hasta merkezli iletişimin görüldüğünü belirtmiştir. Konuyu biraz daha açarsak; hastalar artık istedikleri zamanlarda hekimlere e-posta ile ulaşabilmekte, bakım merkezlerine sosyal medya ve telefonla ulaşabilmekte, çağrı merkezlerini arayarak etkileşim sağlamak ve öğrenmek istedikleri bilgiler için sonrasında geri dönüş telefonları alabilmektedirler. Yine sağlık kuruluşları açısından baktığımızda da, hastalar için sağlanan hatırlatıcı randevu bildirimleri, hastalar için hazırlanmış bilgilendirici tabela görselleri, eğitim dokümanları gibi iletişim araçları ile hasta merkezli iletişime katkı sağlandığı görülmektedir. Örgütsel açıdan değerlendirildiğinde; hasta ile kurulacak iletişimin sistemsal olarak düzenlenmesinin gerekliliği görülmektedir. Ancak bu şekilde hastaların iletişim ihtiyaçlarını karşılanabilecektir. Bu bilgiler ışığında; hasta merkezli iletişimin kolay hale

getirilmesi, hastaların ihtiyaçlarına ve önceliklerine cevap sağlayan politikaların ortaya koyulması ve uygulamaların hayata geçirilmesi istenilmektedir (47).

Hasta ile sağlık hizmeti verenler arasında mesajlar sözlü olarak, yazılı şekilde veya sözlü olmayan şekillerde olmaktadır. Bu iletişime bazen e-posta, tercüman gibi araçlarda dâhil olmaktadır (48). Hastalar çoğu zaman tüm sağlık profesyonelleri ile doğrudan da iletişim kurabilmektedirler.

2.4.2 Hasta merkezli iletişimin bileşenleri

Epstein ve Street'in kanser hastalarının bakımına yönelik yaptıkları ancak sonrasında sağlık iletişiminde geniş kabul gören hasta merkezli iletişimin altı temel bileşeni bulunmaktadır.

2.4.2.1 Bilgi alışverişı

İki yönlü bilgi ihtiyacının karşılanmasını anlatan bu bileşen, hem hastanın bilgi ihtiyaçlarının giderilmesini hem de hekimin hastalığın sebepleri, psikososyal yönleri gibi açılardan bilgi edinmesini kapsamaktadır. Hekim, hastasına doğru tanı koyabilmesi ve doğru tedavi sürecini oluşturabilmek için birtakım bilgilere ihtiyaç duyar. Hasta da buna karşılık, öncelikle hastalığının ne olduğunu bilme, neden olduğunu anlama ihtiyacı ile hekimin anlattıklarını anlayabildiğini, onu kabul ettiğini ve kendisini anladığını, önemsedğini hissetme ihtiyacı duymaktadır. Görüldüğü üzere her iki tarafta bilgiye ihtiyaç duymakta ve bilgiye ulaşmaya çalışmaktadır. Hekim ve hastanın karşılıklı bilgi transferinde bulunması, yine hekimin hastasının ihtiyaç duyduğu bilgi sahalarını doğru değerlendirerek anlaması ve anladığını hastasına hissettirmesi, hekim ve hasta arasındaki paylaşımı ve ortak anlayışı geliştirerek etkili iletişim sağlayacaktır (49).

2.4.2.2 İyileştirici ilişkileri teşvik etmek

Hekim ve hasta arasında oluşturulacak karşılıklı anlayış, güven ve kurulacak yakınlık aradaki ilişkinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi için en önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Hekim, hasta ve hasta yakınları sorumlulukları ve rolleri hakkında birbirlerini anladığı ve kabullendiği zaman kurulacak iletişim daha etkili olacak ve hekim hasta ilişkisi daha sağlıklı yürütülecektir. İyileştirici ilişkileri teşvik etme bileşeni sayesinde karşılıklı anlayış ve bağlılık gelişecek, güven ve uyum artacak tedavi sürecinde etkili iletişim sağlanacaktır (49).

2.4.2.3 Karar vermek

Karar verme bileşeni, hekim ve hastanın tedavi sürecinde ortak karar almalarını vurgular. Verilecek sağlık hizmetinin kalitesini de artıracak olan birlikte karar verme süreci hastayı anlamayı, bilgilendirmeyi kapsamaktadır. Aynı zamanda alınacak kararlarda hastaların bilgilendirilmesi, kararın hastanın değer ve tercihlerine hitap etmesi, kararların bilimsel dayanaklarının mevcudiyeti de önemlidir (49).

2.4.2.4 Duygulara cevap vermek

Bu bileşen hasta ile empati kurabilmeyi, hastayı anlayabilmeyi, hastanın anlattıklarının hekim tarafından kabul gördüğünün hastaya hissettirilmesini ve hastaya destek olunmasını öne çıkarmaktadır (39).

2.4.2.5 Belirsizliği yönetmek

Belirsizlik ve belirsizliğin yönetilmesi, hemen hemen her tedavi sürecinin özellikle başlangıcında hastaların yaşadığı bir durumdur. Hastalar sağlık durumları ile ilgili karşılaştıkları belirsizliği hekimlerinin tanı ve teşhis işlemleri ile bir nebze azaltabilmektedir. Ancak bundan sonra da tedavi sürecinin ne kadar olacağı, tedaviye vücudun nasıl tepki vereceği ve tedavinin işe yarayıp yaramayacağı ile ilgili sorular belirsizlik ortamının devam etmesine sebep olmaktadır. Bu aşamada hastalara

verilecek bilgi ve sağlanacak destek belirsizliğin yönetilmesine yardımcı olacaktır (49).

2.4.2.6 Hasta öz yönetimine etkinleştirme

Hastanın sağlık problemini çözebilmesi için gerekli kabiliyetlerini geliştirmesi ve iyileşmek için harekete geçmelerine destek olunmasını kapsamaktadır. Bilgi alışverişi yapılmazken; öneriler, talimat ve savunuculuk uygulamalarını gerektirmektedir (39).

Epstein ve Street, bu altı bileşeni bağımsız görmemekte ve hiyerarşik olarak nitelendirmemektedir. Bileşenler birbiri ile etkileşmektedir. Bu etkileşim sayesinde de zorlu tedavi süreçleri hasta ve hekim açısından daha rahat atlatılabilmektedir (39).

2.4.3 Hasta merkezli iletişimin belirleyicileri

Sağlık politikalarının iyileştirilmesinin sağlanmasında ve iletişimde yaşanan adaletsizliklerin ortadan kaldırılmasında hasta merkezli iletişim belirleyicilerinin ortaya konması önemlidir (50). Literatüre bakıldığında farklı faktörlerin hasta merkezli iletişimi etkilediğinin değerlendirildiğini görmekteyiz. Kimi çalışmalar hastanın demografik özellikleri ile klinik özelliklerini incelerken (51, 52), kimi çalışmalar da hastayla ilgili, sağlık sistemiyle ilgili, hekimle ilgili faktörlere ya da ilişki faktörlerine odaklanmıştır (53).

Hasta merkezli iletişimin belirleyicilerinden sosyo-demografik faktörler üzerine 2011 yılında çalışma yapan Bertakis ve Azari, hastanın cinsiyet farklılığının hekim hasta arasındaki etkileşimi özellikle etkilediği sonucuna varmıştır (54). DeVoe ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada da erkeklerin hizmet veren kişilerle kadınlara göre daha iyi iletişim kurdukları görülmüştür (50). Blanch-Hartigan ve arkadaşları 2016 yılındaki çalışmalarında iletişimdeki belirsizliği kadın hastaların daha iyi yönettiğini belirtmişlerdir (55). Diğer bir araştırmada da; hekimlere soru sormada, bilgi almaya çalışmada, önleyici hizmet talep etmede ve tedaviye katılım

sürecinde kadın hastaların erkek hastalara göre daha etkin oldukları anlaşılmaktadır (56, 57).

Yaşın hasta merkezli iletişime etkisi olup olmadığı incelendiğinde, yaşın da hasta merkezli iletişimin belirleyicilerinden olduğu görülmüştür (58). DeVoe ve arkadaşları da 2009 yılında yaptıkları çalışmalarında, genç hastalarla karşılaştırıldığında yaşlı hastaların olumlu iletişim kurma olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır (50). Wang da 2016 yılındaki çalışmasında benzer şekilde, 65 yaş üzeri hastaların hasta merkezli iletişim kurma olasılıklarını yüksek bulmuştur (52).

Eğitim de hasta merkezli iletişimde belirleyici rol oynamaktadır. Ok ve arkadaşlarının 2008 yılındaki çalışmalarında eğitimin hasta merkezli iletişimle bu ilişkisi doğrulanmıştır (59). Eğitim seviyesi yüksek hastalar; iletişim kurmakta zorlanmamakta, aktif iletişimi tercih etmekte, akıllarına takılan tüm soruları sorarak hastalıkları hakkında detaylı bilgi sahibi olmaktadır. Ayrıca hekimle kültürel seviyede de yakınlık avantajına sahip olmaları sebebiyle etkileşimleri etkin ve verimli olmaktadır (60). Hekimlerin hastaları arasında eğitim seviyesi düşük olanlarla ve ekonomik durumu iyi olmayanlarla iletişim kurarken yeterince etkili olmadıkları, bilgi vermede tereddüt yaşadıkları da görülmektedir. Bu durum bu hastaların ilgisiz davranmaları ve verilen bilgileri anlamada zorlanmalarından kaynaklanmaktadır (61). Eğitim seviyesi düşük hastalar hem aktif iletişim kuramamakta hem de hekimlerin aktarımlarını, taleplerini doğru algılayamamaktadırlar (60).

Dil, hasta merkezli iletişimde diğer önemli unsurdur. Aelbrecht ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada; etnik kökenle ilgili etki görülmezken dilde yaşanan eksikliklerin ve eğitimin hasta merkezli iletişim üzerinde etkisi tespit edilmiştir (62). Dil yeterliliği olmayan hastalar hekimleriyle iletişim kurmada zorluklar yaşamakta, olumsuz etkileşimler olabilmektedir. Bu konudan özellikle göçmenlerin etkilendiği görülmüştür.

Calo ve arkadaşları 2014'de yaptıkları çalışmalarında iş hayatında olmayan hastaların daha düşük seviyede hasta merkezli iletişim düzeylerine sahip olduklarını

tespit ederek, gelir değişkeninin hasta merkezli iletişimde belirleyici olduğu görmüşlerdir (63).

İkamet edilen yer de hasta merkezli iletişimin belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal seviyesi düşük olan yerlerden gelen hastaların hekimleri ile iletişimde zorlandıkları belirlenmiştir. Hastalıkları ve tedavi süreçleriyle ilgili az soru sorarak, fikir beyan etmeyerek, aktif katılım göstermeyerek iletişim kurmaktadırlar (64). Literatürde sosyo demografik faktörlerin hasta merkezli iletişimin belirleyiciliğine etkisini araştıran farklı çalışma sonuçları görülmektedir. Pozzar ve arkadaşları da 2021 tarihli çalışmalarında benzer sonuca ulaşmıştır (65). Ancak Rutten ve arkadaşları 2006 yılındaki araştırmalarında sosyal çevre ve demografik faktörlerin hasta merkezli iletişimle ilişkisini bulamamıştır (66).

Hasta merkezli iletişimin bir diğer belirleyicisi olarak hastalıkla ilgili faktörler düşünülmüştür. Tsimtsiou 2014 yılındaki çalışmasında sağlık durumunun hasta merkezli iletişimin belirleyicilerinden olduğunu görmüştür (67). Sağlığı iyi olmayan hastalar iletişim kurmada daha çok zorlanmakta ve iletişim kurmak için isteksiz davranmaktadırlar. Farklı çalışmalarda fiziksel ve ruhsal sağlık durumunun hasta merkezli iletişimin belirleyicileri olduğu belirtilmiştir (52, 66, 68). Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser hastaları üzerine bir araştırma yapılmış ve bu çalışmada kanser türünün hasta merkezli iletişimin bir belirleyicisi olduğu görülmüştür (68). Japonya'da da yapılan bir çalışmada, kanser rahatsızlığı ileri evreye ulaşan hastaların iletişim durumları daha düşük belirlenmiştir (69). ABD'de kanser hastalarına uygulanan tedavi şeklinin de hasta merkezli iletişim arasında bir ilişkisi olduğu görülmüştür (70). Treiman ve arkadaşları da 2018 yılındaki araştırmalarında, cerrahi işleme maruz kalmanın da hasta merkezli iletişimin belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir (68).

Literatürde, hastaların sağlık sigortasının ve bakıma erişim olanaklarının olmasının da hasta merkezli iletişim düzeyi üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur (66, 71). Sağlık sigortasız hastalar ile verilen hizmete ulaşmada zorluk yaşayan hastaların iletişim düzeylerinin daha düşük olabileceği belirlenmiştir (59). Ayrıca sağlık sunuculardan daha az faydalanan hastaların da iletişim algıları zayıf bulunmuştur (72).

DeVeo ve arkadaşları da 2009 yılında yaptıkları çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmıştır (50).

İletişimde yaşanabilecek olumsuzluklar ilk olarak güveni zedeleyeceği için iletişim, hasta hekim ilişkisinin önünde engel olabilecek en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (73).

2.4.4 Hasta merkezli iletişimin sağlık sonuçlarına etkileri

Sağlık hizmeti sürecinde kurulan olumlu iletişim sayesinde; hastalıkların sonuçlarının iyileştiği, hasta bakımında etnik, hastalık özellikli, sosyal faktörlerin etkisinin azaldığı, hastalıkların önlenmesinde ve sağlık koşullarının iyileştirilmesinde başarılı olduğu yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir (14). Hastaların aldıkları sağlık hizmeti; ilgili kurumdan aldıkları randevu ile başlamakta, tıbbi kayıtlarının alınması ve muayene olmaları sonrasında tedavi sürecinin başlaması ile devam etmekte ve bunların hepsi etkili iletişimin sayesinde başarıya ulaşmaktadır. Kurulacak etkili iletişim; hastayı süreçten memnun edecek, tedaviye bağlılığını ve uyumunu arttıracak, sağlığa kavuşmasında olumlu etki gösterecektir (74).

Hekimlerin iletişim sırasında sergiledikleri davranış şekillerinin sağlık sonuçlarına etkisi her zaman inceleme konusu olmuştur (52). Hekimin hastası ile kuracağı etkili iletişim; hastanın yaşayacağı belirsizlik düzeyini azaltmakta memnuniyet seviyesini yükseltmekte, hatalı işlemlerle sonuçlanacak süreçleri azaltmakta, sağlık profesyonellerinin de işlerine bağlılığını arttırmaktadır (75). Hastaların tedavi sürecindeki memnuniyetleri, tedaviyi kabullenmeleri, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmaları, hastalıklarını yenmeye çalışma çabaları, tedavi sürelerinin kısılması hekim ile hastanın kuracağı etkili iletişime bağlıdır (18). Kurulacak etkili iletişim; hekimle hastanın arasındaki ilişkiyi geliştirmekte ve hastanın tedavi sürecine aktif katılımını sağlamaktadır. Bu durum da hastanın kendisini daha moralli ve güçlü görmesine, tedavisine uyum göstermesine katkı sağlamaktadır (39).

Halk sağlığı açısından bakıldığında da hekim hasta arasındaki etkili iletişimin ne denli önemli olduğu bir kez daha karşımıza çıkmaktadır. Kurulacak iyi iletişim verilen sağlık hizmetinin iyi olmasının yanında; hasta ile yapılacak tedavi sürecini içeren karar aşamaları, hastanın aktif katılımı, hastalıkların önüne geçilmesi ve hastanın tedaviyi kabullenmesi konularında da etkili olacaktır. Hekim hasta arasındaki etkili iletişim halk sağlığının ana unsurlarından biridir. Ayrıca yapılan sağlık uygulamalarının da temellerindendir (74). Eğer hastanın beklentisi olan sağlık hizmeti ile aldığı sağlık hizmeti arasında bir fark varsa bunun sorumlusunun iletişimde yaşanan eksiklikler olması muhtemeldir (36).

Halk sağlığı geliştirilmesi için önemli bir politika haline gelen hasta merkezli iletişim; sağlık sorunları, sağlık planları, sağlık ürünleri pazarlaması, tıbbi bakım, tedavi süreçleri eğitimi, sağlık hizmeti memnuniyet eğitimleri gibi konuların çözümünde rol oynamaktadır. Hasta merkezli iletişimin kullanım alanı genişlemiş, bunun yanında teknolojiadaki gelişmelerin ve sosyal medyanın kullanımının pozitif etkileri, sağlık bilgilerine ulaşımı kolaylaştırmıştır. Ancak bu sefer de bilgiye ulaşmada eşitlik, edinilen bilgilerin hastalar açısından güvenilirliği gibi sorunlar ortaya çıkmıştır (14).

2.5 Güven Kavramı

Değişken bir kavram olan güven çoğu araştırmada, llebilmesindeki zorluk sebebiyle belirsizlik olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürdeki bir çalışma güveni kavramsal beklenti, tutarlılık ve tahmin edilebilme olarak nitelemiş, diğer bir çalışma kişinin karşısındakinin genel davranışı sonucunda beklentisi olarak tanımlanmıştır. Farklı bir çalışmada da güven karşılıklı ilişkilerin geliştirilmesinde temel faktör olarak yorumlanmıştır (76).

Toplumda kişilerin ilişkilerinde kalıcılığı ve devamlılığı sağlayan en önemli ge güvendir. Çünkü insanlar karşı tarafın tutum ve davranışlarından etkilenerek güven veya güvensizlik duygusunu geliştirmektedirler (77). Güven kültüre göre farklılık gösterebilmekte, bu durumda güvenin farklı tanımlarının ortaya çıkmasına sebep

olmaktadır. Güven, hiçbir beklenti olmaksızın karşısındakinin umduğu şekilde davranacağına inanılmasıdır (78). Önceden belirlenemeyen güven riskli bir durum karşısında bireyin duyduğu inançtır. Durumda ters gitme olasılığı olan bir halde dahi işlerine yoluna girceğine duyulan inançtır (79). Güven olması istenilen durumun olup olmaması hakkında değerlendirme yapılarak belirsizlik olmasına karşın olunan bağıllık halidir.

Güven duygusu insan psikolojisiyle ilgilidir ve karşı taraftan beklenen tutum, davranış, niyetin pozitif olacağı beklentisini yansıtır (80). Maslow'un ihtiyaçlar teorisinde de "sosyal ihtiyaçlar" alt kırılımında 3. sırada yer almaktadır (81).

İnanç ve bağlanmanın temelini oluşturduğu güvenin, yapılan birçok araştırmada bireylerin aldıkları veya tercih ettikleri ürün üzerinde bağıllıkları açısından doğrudan etkisi olduğu görülmüştür (82).

2.6 Sağlık Hizmetlerinde Güven

Bireylerin aldığı sağlık hizmetlerinde görülen tedavinin maliyeti genel olarak yüksektir ve hizmet veren taraf hizmet alana göre üstün bilgiye sahiptir. Maddi olarak faydanın ölçülme şansının zor olduğu bu süreçte, sağlık çalışanlarının hata yapma lüksü bulunmadığı gibi bilgi asimetrisi yaşanması sebebiyle hastaların hekimlerine duyacakları güven de çok önemlidir (83). Burada verilen hizmet 3 ana amacı gütmektedir; birincisi sağlığı geliştirmek, daha sonra hasta beklentilerini karşılayabilmek ve son olarak da hastalık veya sağlıkla ilgili ekonomik destek ve koruma sağlamaktır (84).

Sağlık hizmetlerinde güven; sağlık hizmeti almak için sağlık profesyonellerine başvuran hastaların sağlık sistemine ve personeline olan inancı olarak yorumlanabilir. Özellikle hekim hasta ilişkisinde hekimin oluşturacağı algı, hastanın sağlıkla ilgili bundan sonraki davranışını şekillendirmede büyük önem kazanmaktadır. Hasta aldığı hizmet sonrası güven duygusuna sahip olmuşsa tekrar ihtiyaç duyduğunda o sağlık kurumunu yine tercih edecektir. Güvensizlik deneyimi yaşayan hasta ise o sağlık

kurumuna karşı olumsuz tavır takınacak ve tekrar aynı kurumu tercih etmeyecektir. Sağlık personelinin yetersizliği ve görevini yerine getirmemesi, teknik eksiklikler, teknolojik yetersizlikler, hastaların randevu sisteminde yaşadığı aksaklıklar sağlık hizmetinde sunulan kaliteyi olumsuz etkilemektedir (85). Hastanın sağlık kurumları için şifa bekleyen bireyden ticari fayda sağlanması beklenen müşteri zihniyetine geçişi de hastaların sağlık sistemine olan bakış açılarını olumsuz etkileyerek güvenlerini sarsmaktadır. Üstelik günümüzün eğitimi yüksek, bilinçli ve farkındalık sahibi toplum üyelerinin varlığı sağlıkta güven kavramını daha da önemli yapmaktadır. Hastanın aldığı tedavi sürecinde yaşadığı olumsuz deneyimleri ve görüşleri sonrasında o sağlık kurumu için genel düşünceler haline gelmektedir (86).

2.7 Hekim Hasta İletişiminde Güven Unsuru

Hekimlerin hastalarıyla kurdukları ilişki, dönemsel olarak toplumun ve sağlık politikalarının hasta ve hastalıkla ilgili bakışı doğrultusunda farklı olmuştur (87). Bu doğrultuda güven konusuna yaklaşım da zaman içerisinde değişmiştir. Temelde hastanın hekime duyduğu güvenin özü Hipokrat Yemini'ne dayanmaktadır. Burada, sadık kalacağı düşünülen hekimin hastası için olması gereken en iyi kararı vereceğine inanılmaktadır. Asimetrik bilginin söz konusu olduğu tedavi sürecinde hekimin bu üstünlüğünü hasta lehine kullanacağına olan inanç tamdır. Hasta da hekimine ve onun vereceği kararlara saygı gösterecektir. Çünkü bilgisi olmayan bir konuda hayatını daha önce hiç tanımadığı birisine emanet ederek hekiminden kendisini tedavi etmesini, sağlığına kavuşturmasını istemektedir. Burada da hekime güven devreye girmektedir. Muhtemelen ilk zamanlarda bilgisi ile kendini şifa veren bir kahraman olarak gören hekimler hastalarına açıklama yapma gereksinimi duymamakta, hasta da bu yönde bir talepte bulunmamaktaydı. Sadece hekimin bir an önce tedavisini gerçekleştirmesini isteyen hasta, çaresizliği ve sonucunu kestiremediği süreç sebebiyle hekimi de hiç sorgulamamaktaydı. Hekim az ve öz konuşan, konuşsa da kullandığı teknik dil sebebiyle ne söylediği çok anlaşılamayan ama tedavi için hastalara yardımcı olan bir kişilikti. Bu anlayışın terk edilerek hekim ile hastanın ilişkisinin önemsenmesinin toplumun bilgi düzeyinin artması ile gerçekleştiğini görüyoruz. Hekimden artık, hastasına gerekli bilgileri anlayacağı şekilde ve doğru olarak vermesi, hastanın da

hekimin talimatlarına uyması beklenmektedir. Bu şekilde karşılıklı paylaşım ve bilgi transferini içeren güven ilişkisi ortaya çıkmıştır.

Nazi Almanyası'ndaki hekimlerin bilgilerini ve güçlerini kötü amaçlarla kullanmalarının hekim hasta ilişkileri için dönüm noktalarından biri olduğunu görüyoruz. Oluşabilecek olumsuzlukların nasıl denetlenebileceği düşünüldüğünde, bunu bir kurul ya da örgütün yapmasının yerine bilginin hastayla paylaşılmasına karar verilmiştir. Böylece aydınlatılmış onamın önemi ortaya çıkmıştır. Hekim hastasını belirli oranlarda kendi adına karar verecek şekilde bilgilendirecek ve hastasının kararlarına saygı göstermek zorunda kalacaktır (88). Günümüzde hekime duyulan güven daha çok, hekimin hastası için en iyiyi yapacak kişi olmasından ziyade hastaya karar vermesini sağlayacak bilgiyi vermesi ve seçim yapma imkânı tanınmasıyla ilgilidir. Hekim hastasına süreç hakkında bilgi sağlarken hasta da sağlığıyla ilgili sorumluluğu üstlenmek durumundadır (88). Hasta kendine bakarak, egzersiz yaparak, kilosunu kontrol altında tutmaya çalışarak sağlık sorumluluğunu paylaşmaktadır.

Güven; hastanın hekimi ile ilgili doğru, şeffaf ve anlayışlı olarak davranacağı konusundaki inancı ve beklentisidir (85). En değerli varlığı olan canını emanet eden hasta; hekiminin doğru teşhis koyduğu, tedavi sürecini doğru yönettiği, kendisini dinleyen ve anlamaya çalışan bir hekimle karşılaştığını düşünürse güven duygusu oluşacaktır (76). Güven dışında seçeneğe sahip olmayan hasta için hekimin yaklaşımı çok önemlidir. Hasta hekimine durumunu anlatabiliyorsa, hekim hastasını dinliyorsa, hastaya arada sorular sorarak onu anlamaya çalıştığını belli ediyorsa, hasta derdini anlatırken hekim tarafından sözü kesilmiyorsa, hekim hastanın durumunu değerlendirirken aceleci davranmıyorsa hasta hekimine güven duymaya başlayacaktır (76). Güven karşılıklı ilişkilerde başarının en önemli anahtarıdır.

2.8 Hastanın Hekime Duyduğu Güveni Etkileyen Faktörler

Literatürü taradığımızda hekim hasta ilişkisinde hastanın güvenini bazı faktörlerin etkilediğini görüyoruz. Hastanın güvenini etkileyen ilk faktör olarak medyanın etkisini söyleyebiliriz. Günümüzde teknolojiye değişim çok hızlı olmaktadır. Bununla

birlikte sosyal medya ağlarının kullanımı ve ulaştığı yelpaze de genişlemektedir. Kullanıcıların birbirleriyle etkileşimlerinde sağlıkla ilgili konuları paylaşımları, aralarında bilgi transferlerinde bulunmaları ile sağlık iletişiminde daha aktif olan bir profil oluşmuştur (89). Arkadaşlarından, internetten veya basın yoluyla istediği her bilgiye anında ulaşma yetisine kavuşan hastalar tedavi süreçlerini yarım bırakarak kendi tedavi sürecini yönetmeye çalışmakta ve istenmeyen sonuçlarla karşılaşmaktadır (90).

Sosyal çevre, hasta güvenini etkileyen diğer faktördür. Genellikle insanların hastalıklarıyla ilgili tedavi sürecine hekim ile başlamadan önce arkadaşları, komşuları veya tanıdığı diğer kişilerle iletişime geçtiğini görüyoruz (91).

Hastanın güvenini mahremiyetinin korunacağına olan inancı da büyük ölçüde etkilemektedir. Her türlü özel bilgisini hekimi ile paylaşan hastanın mahremiyetine saygı duyulacağına olan inancı, tedavi sürecini ve tedavi sürecine hastanın devam etmesini etkileyecektir. Hasta mahremiyet konusunda açıkça talepte bulunmasa da mahremiyetin sağlanması hekimin sorumluluğudur.

Hatalı teşhis ve tedavinin yapılabileceği algısına sahip olan hastanın, hekimine ne denli güven duyacağının tereddütünü yaşayacağı aşikârdır. Bu sebeple diğer bir faktör olarak hatalı teşhis ve tedavi yapılabileceği algısı karşımıza çıkıyor. Sağlık sektöründe insan hayatı ile işlem yapıldığı için hata yapma lüksü bulunmamaktadır. Yapılan hatalar ya insan hayatına mal olabilecek, ya hastanın yaşam kalitesinde azalmaya sebep olabilecek ya da ekonomik kayıplara neden olabilecektir. Özetle alınacak yanlış karar, uygulanacak yanlış tedavi insan hayatına mal olacaktır (92).

Teşhis ve tedavi sürecinde hekimin hastasına yapacağı bilgilendirmenin etkisi hekime güveni etkileyen diğer husustur. Gezergün ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan bir araştırmada, hekimlerin hastaları ile geçirdiği zamanın artmasının hasta üzerinde hekimi ile ilgili olumlu görüşler yarattığı ve hastaya ayrılan zaman miktarı arttıkça hekime karşı olumlu değerlendirmelerin çoğaldığı gözlenmiştir (93).

Bilgi karmaşıklığı da hastanın hekime güvenini etkilemektedir. Hasta uygulanacak tedavi konusunda doğru bilgilendirilmezse ve ikna edilemezse yaşayacağı belirsizliğin etkisiyle tedavisinden vazgeçebilecek veya alternatif tıp yöntemlerini deneyecektir.

Hekimlerin performans ödemesini çoğaltmak için hastayla ilgilendiği düşüncesi de güveni etkilemektedir. Piette ve arkadaşları bu durumu maliyetlerle olan ilişki olarak görmüştür (94). Hastaların tedavileri sürecinde hekimleri hakkında böyle bir hisse kapılmaları güven duygularını sarsacağı gibi, tedavilerini sonlandırmalarına da sebep olabilecektir. Bu durumda farklı hekim arama davranışına girecek olan hasta, hem zaman kaybına uğrayacak hem de ekonomik olarak zarar görecektir.

Hekime güveni etkileyen diğer faktör hekimin iletişim becerisidir. Hekimin iletişim becerisi güveni etkileyen en önemli faktörlerin başında gelmektedir. Çünkü her şeyin başı iletişimdir ve ilk temas iletişimle kurulacaktır. Hekimin hastasına karşı göstereceği tutum ve davranışı da dâhil olmak üzere konuştuğu her kelime hastanın iç dünyasında bir his yaratacak ve bu his güven duygusunu oluşturacaktır.

Son olarak hekime güveni etkileyen husus olarak hekimin tecrübesini söyleyebiliriz. Hekimin tecrübesi hastanın güvenini doğrudan etkilemektedir. Hasta, tedavi öncesinde hangi hekimi seçeceğine karar verirken araştırma yapmaktadır ve bu araştırmada da hekimin aldığı eğitim, hekimin şimdiye kadar yaptığı tedavilerde hangi sonuçları aldığı, başarıları ve başarısızlıkları öne çıkmaktadır. Hekimin mesleğindeki tecrübesi, hasta için güvene dayalı ilişkinin önemli bir unsurudur (95).

2.9 Hekim Hasta İlişkisinde Güvenin Boyutları

Bireylerin kurum ve kişilere güvenleri konusunda genel bir değerlendirmeler mevcut olsa da yapılırsa da konuya belirli boyutlar açısından bakılması daha faydalı olacaktır.

Anderson ve Dedrick güvenin boyutları konusunda 1990 yılında yaptıkları çalışmada 3 ana boyutu vurgulamışlardır (96). Bunlar sırasıyla; hekimin hastanın faydasına yönelik davranacağına duyulan güven, hekimin mesleki bilgisine ve tecrübesine duyulan güven, hekimin hastasıyla aralarında gerçekleşen bilgi transferinin gizli kalacağına ve hekimin güvenilir olacağına duyulan güvendir.

Mechanic 1998 yılındaki çalışmasında hekime güvenin 5 boyutu üzerinde durmuştur (97). Bunlar; hastaların hekimlerin mesleki yeterliliği konusunda beklentileri, hekimlerin hastasının rahatlığı ile ne kadar ilgilendiği, hekimlerin karar verme aşamasındaki kontrol yetileri, hekimlerin hastasının mahrem bilgilerine karşı gösterdiği yaklaşım, hekimin hastasına bilgi verme ve hastasından bilgi alma sürecinde açıklığıdır.

Goold yaptığı çalışmasında güveni bir sosyolojik bir oluşum olarak görmüştür (98). Bu oluşum, kişinin diğer bir kişi ile geçmişte yaşadığı tecrübeleri ile ondan gelecekle ilgili beklentilerinden, varsayımlarından oluşmaktadır. Hasta hekimiyle ilk kez karşılaştığında hekimine karşı duyduğu eğilim güven duygusudur. Tedavi süreci ilerlediğinde hasta hekiminin tecrübesine inanmaya başladıkça bu sefer de hastada deneyimsel güven meydana gelmektedir. Hekim ile hastanın iletişimi olumlu geliştikçe de hastanın hekimine ve tedavisine olan bağlılığı artmaktadır. Hekim ile hasta arasında paylaşım özdeşleşmeye dayalı güveni arttırmaktadır. Goold iletişimin önemini söyleyerek hekim hasta arasında kurulacak zayıf iletişim yüzünden güvenin azalacağını belirtmektedir (98).

Gopichandran ve Chetlapalli'nin Hindistan'da yaptıkları çalışmada güven 5 gruba ayrılarak incelenmiştir. Bunlar; hastanın hekimiyle kendini rahat hissetmesi, hekimin hastasına kişisel ilgi göstermesi, hekimin davranışsal yeterliliği, hekimin sade olması ve zarafet gerektiren davranışlara sahip olması, hekimin kültürel yetkinliliğidir. (99). Çalışma sonucunda da hekime duyulan güven; rahatlığa dayalı güven, duygusal güven, kişisel güven, nesnel güven olarak 4 boyutta değerlendirilmiştir. Görüldüğü gibi literatürde farklı güven boyutları yer almaktadır. Bununla birlikte hekime güven boyutları aşağıdaki başlıklarda incelenmiştir.

2.9.1 Hekim yeterliliğine güven

Zorlu ve uzun süren tıp eğitimi sonrası hekim olmanın diğer insanlardan birtakım üstün özellikler gerektirdiğini söylersek yanlış olmayacaktır. Karmaşık ve aşırı bilgi gerektiren bu meslek dalında görev yapabilmek, hem zekâ hem de yetenek olarak ayrıcalık gerektirmektedir. Yine de zaman zaman hekimlerin karıştığı olumsuz haberleri basın yolu ile görebiliyoruz. Malpraktis nedenli davalar, hekimle hasta arasında gerçekleşen olumsuz iletişim ve sonuçları, hekimlerin kendi dallarında en iyi olma çabaları hastaları hekimlerini seçerken işlerinde en iyi olduğuna inandıkları hekimi seçmelerine neden olmaktadır.

En değerli varlığını, sevdiklerinin veya kendi sağlığını emanet ettiği hekimin de en iyi olmasını istemesi hastanın en doğal hakkıdır. Ancak bu değerlendirmenin hekimler arasında yapılması kolay değildir (97). Ülkemizde genel eğilime bakıldığında hekim arayışı için eş, dost, akraba, tanıdık yönlendirmelerinin büyük etki sahibi olduğunu söyleyebiliriz (100). Bu noktada aslında dikkate alınması gereken hususlar; hekimin tıp eğitimini aldığı üniversite, mesleğindeki uzmanlık alanı, sertifikaları ve çalıştığı kurumlar olmalıdır (97).

Hasta açısından hekimin yeterli olması; mesleki, teknik ve iletişim açısından istenilen standartlara ulaşılmasıdır (101). Hekimin hastasıyla karşılaştırıldığında sahip olduğu bilgi üstünlüğü sebebiyle hekime duyulan güven daha çok hekimin hastasıyla olan iletişim becerisinin değerlendirilmesiyle olmaktadır (100, 102). Literatür bu durumu kişilerarası yetkinlik olarak açıklamaktadır (97, 102, 103, 104). Burada yetkinlik; empati kurabilmeyi, hastayı dinlemeyi, dinlendiğini hissettirmeyi, hastanın gerginliğini azaltacak yaklaşım sergilemeyi içerir (97).

Hekimlerin mesleki tecrübeleri, işinde titiz davranması, bilgi ve tecrübesi hastalar açısından teknik yeterlilik olarak değerlendirilmektedir. Alınan tıbbi eğitimin seviyesi, alınan sertifikalar, katılınan ulusal ve uluslararası kongreler, meslekte geçirilen deneyimler teknik yeterliliğin içerisinde düşünülmektedir. Hastalar teknik yeterlilikle

ilgili düşüncelerini de tedavi süreci devam ederken memnuniyet veya memnuniyetsizlik ifadeleri ile yansıtmaktadırlar (102).

2.9.2 Hekimin vekilliğine güven

Hekim hasta ilişkisi sağlık sistemi içerisinde önemli yer tutmaktadır. Tedavi süreci ile ilgili hastanın memnuniyeti, hastanın tedaviye uyum göstermesi, hastaya verilen sağlık hizmetinin standardı, tedavi sonucunda görülen başarı, hekime güven bu ilişkinin başarısının ana hatlarını oluşturmaktadır (87, 105, 106). Hekim hasta ilişkisinde karar verici pozisyonunda hekim bulunur. Bunun nedeni öncelikle hastanın bilgi seviyesi ile hekimin bilgi seviyesi arasındaki farktır. Bu durum vekâlet ilişkisini ortaya çıkarmaktadır. Bu ilişki de asıl durumundaki hasta ile vekil durumundaki hekim ilişkisi esas alınarak iki tarafın arasında yaşanabilecek problemlerin önüne geçilmesi hedeflenmektedir (107). Hekim, kendisine bağımlı durumda olan hastasının menfaatini koruyan biri rolündeyken, hasta sağlığı hakkında ve tedavisiyle ilgili alınacak konusunda hekimini vekil tayin eden birini temsil etmektedir. Hasta tedavi başlangıcından itibaren içinde şüphe bulundurmaz. Hekimin her durumda kendisinin yararına karar vereceğine inanır.

Hekimin vekilliğine inanç, özellikle hastanın tedavi sürecinin ağır geçtiği durumlar ile hekime bağlı olma dışında seçme şansı olmayan süreçlerde kendini daha belirgin göstermektedir. Her ne kadar basın ve sosyal medyadaki olumsuz haberlerin etkisi hekimin vekilliğine olan inancı zedelese de hasta açısından bakıldığında, asimetrik bilgiye sahip olmanın verdiği dezavantaj sebebiyle hastanın çok fazla seçim şansı da bulunmamaktadır. Mechanic ve Meyer 2000 yılında yaptıkları çalışmada, hekimlerin hastalarına verdikleri sözlerin ve hastalarının faydalarını öne çıkarmalarının hasta güveni için ortak payda olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmada; “hekimim benim için yapabileceği her şeyi yapar”, “hekimim benim çıkarımı savunur”, “her zaman benim yanımda olur” gibi ifadeler hastalar tarafından yaygın olarak kullanılmıştır (102).

Hekimler için hastasının derdine derman olmak yani hastası için faydalı birşeyler yapmak geçmişten günümüze gelen öncelikli ilkedir. Hipokrat yemininde de bu durum “önce hastayı dikkate al” ifadesi ile yer bulur (108).

Günümüzde birçok düşüncenin ilk maddesini para oluştururken; hastanın hekimiyle ilgili hem tedavisinin doğru yapılacağına inanması hem de gerekenden fazla ödeme yapmayacağına inanması hekimin vekilliğiyle doğrudan ilintilidir. Sadık, doğru, saygılı, fedakâr ve inandırıcı özelliklere sahip hekim, hastası için güven sağlayan bir kişilik özelliği sergiler.

2.9.3 Hekimin sır tutacağına duyulan güven

Hekimler, hastalarının tedavi süreçleri boyunca öğrendikleri kişisel bilgileri üçüncü şahıslarla hastalarının rızası dışında paylaşmamalıdır. Hastalara ait tedavi geçmişleri, kayıtlar mutlaka gizli kalmalıdır ve daha da fazlası korunmalıdır. Sağlık kayıtlarının açıklanması gereken durumlarda da hukuka uygun davranışlar sergilenmelidir. Hekimine kendisi ile ilgili özel bir bilgi paylaşan hasta, bu bilginin kendi istemediği sürece açıklanmayacağına inanıyor olmalıdır. Ancak bazı yasal zorunluluklar hastanın tedavi ve teşhis süreci ile ilgili bilgilerin paylaşılmasını zorunlu kılabilmektedir. Aslında bu durumlar dahi hastayı korumak amaçlıdır. Literatürdeki araştırmalarda hekimin sır saklaması güven ölçeklerinde diğer yanıtlarla karşılaştırıldığında kuvvetli bir korelasyona sahip gözükmemektedir (102, 109, 110). Ama yine de bilgilerin saklanacağına olan inanç güven için gereklidir.

Gizlilik, toplumun değerleri açısından hoş karşılanmayan hastalıklarda daha da önem kazanmaktadır. Hastalar, özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile down sendromu gibi genetik bozukluklar içeren hastalıklarda, sosyal çevrelerinin tepki ve tutumlarından çekinmektedirler (111). Bu tip rahatsızlığa sahip olanların tedavilerini devam ettirmek için sağlık kuruluşlarına gitmeleri, hastalıklarının gizli tutulması ile doğru orantılı olmaktadır.

2.9.4 Hekimin bilgi sağlama ve bilgi alma konularında açıklığına güven

Her hasta tedavi süreciyle ilgili kararları alabilme hakkına sahiptir. Tabi hastanın karar alabilmesi de hekiminin onu vereceği kararlar neticesinde karşılaşılabileceği durumlar ile ilgili doğru, açık ve net bilgilendirmesine bağlıdır. Gerekli bilgiler hasta ile paylaşılmalı, bu şekilde tedavinin devamı sağlanmalıdır. Burada aydınlatılmış onam kavramıyla karşılaşılmaktadır.

Aydınlatılmış onam ile hekim hastasına alacağı kararın getirilerini belirtecek, hasta da hekiminin tanı ve tedavisini kabul veya reddettiğini belirtebilecektir. Hasta gereken kararı gerekli bilgiyi edindikten sonra verebilecektir. Hasta hekimin istediği tahlil, test, MR gibi işlemlerin neden yapıldığı, hangi sonuçları açıklayacağı, bu işlemleri yaptırmazsa nelerle karşılaşacağı sorularının cevaplarını önceden almalıdır. Geleneksel olan paternalist yaklaşım hastanın hekim ne derse ona uymasını kabul ederken, günümüzde hastalar hekimlerine sözlü ya da yazılı onam vererek bedenlerine müdahaleye izin vermektedir (112). Doğru yapılmış bir onam; tanı, tedavi, komplikasyonlar, yapılacak işlemin olumlu ve olumsuz sonuçları hakkında mutlaka hastaya açıklamada bulunuyor olmalıdır.

Yapılan açıklamada kullanılan dil de burada önem kazanmaktadır. Hasta, yazılan veya verilen bilgileri anlayabilmelidir. Hekim hastasıyla etkili iletişim kurduğu süreçte dil ile ilgili sorunlar aşılabacak ve bilgi sağlama, bilgi alma konularında hekimin açıklığına duyulan güven de artar.

2.9.5 Genel güven

Güveni her ne kadar farklı boyutlara ayırarak incelesek de bütün olarak güvenin anlaşılması kavramsal bakış açımızı genişletecektir. Sinerji etkisinin yaratılacağını düşündüğümüzde, genel güvenin bütün olarak boyutların yani parçaların yaratacağı etkiden daha fazlasına sahip olacağını görmekteyiz. Tüm boyutlar birleştiğinde toplumun genel sosyal güven düzeyi de artmış olacaktır. Diğer bir deyişle; güven,

toplum düzenine ve toplumdaki dürüst davranışlara etki yapacak şekilde ahlâki değerleri sunarsa artmaktadır (113).

Hekime tedavi olmak için gittiğimizde onun bize kasıtlı olarak zarar verecek bir şey yapmayacağına inanırız. Çünkü mesleğine başlarken bir yemin etmiştir ve o yeminini tüm mesleği boyunca tutacağını düşünürüz. Bu da güven düzeyimizi yükseltir. Aynı şekilde toplum genelinde de herkesin birbirine sadakat göstereceğine, menfaatlerini ön planda tutmayacaklarına, hoşgörülü olacaklarına, işbirliği sergileyeceklerine olan inancımız olursa genel güven düzeyi artacaktır. Genel güven; bu özellikleriyle güvenin boyutlarını bir araya getirici ve toplayıcı karakter taşımaktadır (110).

2.10 Tedaviye Uyum Kavramı

Çağımızda insanların ortalama hayata kalma sürelerinin arttığını görmekteyiz. Bu süreçte en önemli katkıyı teknolojik gelişmeler, toplumdaki bilinçlenme ve kaliteli yaşama arzusu yapmaktadır. Teknolojideki hızla gelişmeler, sağlık alanında büyük etkiler göstererek birçok hastalığın teşhis ve tedavisinde gelişmelerle sağlamıştır. Bu durum yaşam kalitesinin ve yaşam süresinin artmasına olumlu katkı yapmıştır (114).

Uzun süreli, ağır ilerleyen, sürekli tedavi, bakım ve takip etme ihtiyacı gerektiren kronik hastalıkları yaşayan kişiler başkalarına bağımlı yaşamak durumunda kalırlar. Bu yüzden kronik hastalıklara sahip hastaların tedavi süreçlerinde tedavilerine uymalarına özellikle ihtiyaç duymaktadır (115).

Tedaviye uyum; hastaların tıbbi talimatları ne ölçüde takip ettiğini anlatır (116). Tedaviye uyum; tedavi sürecinde olumlu sonuçlara ulaşabilmek için etkin olarak ve kendi isteği ile hastanın hekimiyle işbirliği yapması, yazılan ilaçlarını zamanında, tam olarak ve kendisinden istendiği şekilde almasıdır (117). Tedavi sürecinde hekimin görüşleri doğrultusunda belirli aralıklarla kontrollere gidilmesi, tedavi sürecine uyulması, düzenli ilaç alımı, hekimin verdiği tavsiyeler uyulmasıdır (118, 119, 120). Hastanın tedaviye uyumunun; sosyal statüden, eğitim seviyesinden ve ekonomik

şartlardan, hastanın hastalıkla ilgili farkındalığından, ilaç kullanımındaki ayrıntılardan ilacın kullanım kolaylığından ve sıklığından etkilenebildiği görülmektedir (120). Tedavi sürecinde hasta özgür bir şekilde karar verme yetisine sahip olmasına rağmen, seçenekleri değerlendirirken hekimin önerilerini dikkate alıyor ve uyguluyorsa tedaviye uyumdan söz edebiliriz. Bu süreçte hekimler de hastasının kültürel değerlerine, inançlarına ve sosyal hayatına aykırı davranmamalıdır. Tüm bunların dikkate alındığını hisseden hasta kendi isteği ile sürece katılım sağlayacak ve işbirliği sergileyecektir (119).

2.11 Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Tedaviye uyumu birçok etken etkilemektedir. Bunlar arasında sayılabilecek en önemli olanları; okuryazar seviyesinin düşüklüğü, sağlık sigortası desteği yoksunluğu ve sosyal destek eksikliğidir (121). Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu etkileyen 5 faktör üzerinde durmaktadır. Bunlar (1);

1. Sağlık sistemi ve sağlık personeli ile ilgili faktörler,
2. Sosyal ve ekonomik faktörler,
3. Tedavi ile ilgili faktörler,
4. Hastalık ile ilgili faktörler,
5. Hasta ile ilgili faktörler.

2.11.1 Sağlık sistemi ve sağlık personeli kaynaklı faktörler

Tedavi uyumsuzluğu, kronik hastalıkların tedavi süreçlerinin yönetilmesinde büyük sorunlara yol açmaktadır (120). Tüm ülkeler için mali açıdan yük oluşturan uyum sorunu, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilerken aynı zamanda üretimde kayıplara da neden olmaktadır. (122). Sonuç olarak zaman kaybı ile beraber iş kaybı oluşmaktadır.

Sağlık hizmet sunucusunun bilgi açısından yetersizliği, tedavi için başvuran hastaya karşı destek ve ilgi eksikliği, hastayla yetersiz etkileşimde bulunulması, süreç

sırasında ve sonrasında hasta takibinin yapılmaması tedaviye uyum üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (123). Sağlık sistemindeki eksiklikler nedeniyle ilaç dağıtımında, sigorta sisteminde, geri ödemelerde sorunlar yaşanması da tedaviye uyumu etkileyen diğer sistemsel faktörlerdir.

2.11.2 Sosyal ve ekonomik faktörler

Tedavi süreçleri esnasında hastaların birçoğu ailelerinden ve çevrelerinden destek almaktadırlar. Hastalar yanlarında onları destekleyen aile bireylerini, arkadaşlarını gördüklerinde aldıkları tedaviye daha kolay uyum gösterebilirler. Yalnız başına kalan, sosyal destek alamayan hastalarda ise tedaviye uyum oranının düşme olasılığı yüksektir. Yine bazı toplumlar kültürel faktörler ve batıl inanışlar sebebiyle tedavi sürecini doğru yönetememektedirler. İlaç almanın neslin çoğalmasına zarar vereceği gibi düşünceler, dini yollarla hastalığın tedavisine çalışılması tedaviye uyum açısından olumsuz örneklerdir. Eğitim düzeyinin düşük olması ve yeterli olmayan sağlık okuryazarlığı da hastalarda tedaviyi önemsememe, ilaçları almama veya düzensiz kullanma sonuçlarını doğurmaktadır. Bunun yanında ruhsal hastalıklara veya AIDS gibi toplumda korku yaratan rahatsızlıklara sahip olunması durumunda da hastalarda, toplumdan dışlanma ve baskı görme endişesi ile hastalıklarını saklama davranışı ve tedaviden kaçınma davranışları görülmektedir.

Konuya ekonomik açıdan baktığımızda ise; tedavi maliyetlerinin yüksekliğinin, sigorta kapsamı dışında kalan tedavilerin, sağlık kuruluşlarına uzak yerde yaşanması sebebiyle oluşan maddi yüklerin ve düşük gelir düzeyinin insanlarda önceliği temel yaşamını sürdürme ve ihtiyacı olan tedaviyi öteleme davranışına neden olduğu anlaşılmaktadır.

Günlük yaşamın rutinleri, çalışma saatlerinin uzaması veya iş yerinden izin alamama gibi sebepler de tedaviye uyumu engelleyebilmektedir. Kimi hastalar işlerinin uzaması sebebiyle evlerine geç gelmekte akşam almaları gereken ilaçlarını almamaktadırlar, gece geç saat de ilaç aldıkları zaman da ilaç düzenleri bozulmakta ve

tedavi süreçleri uygun ilerlememektedir. Bu benzer farklı sebeplerle kişilerin hayat tarzının tedaviye uyum üzerinde etkisi olduğunu görmekteyiz (124).

2.11.3 Tedavi ile ilgili faktörler

Tedavi ile ilgili faktörler kapsamına; süreçteki karmaşıklık, ilaçların cins ve sayısı, süreçte karşılaşılabilecek yan etkiler, tedaviyle ilgili rahatsızlık girmektedir (124).

Hastalar; birden çok ilaç kullandıklarında, bu ilaçların alım sıklıkları ve karmaşıklığı arttığında tedaviye uyumda zorlanmaktadırlar. Yine çok uzun sürelerle yayılan tedavi süreçlerinde de hastalarda motivasyon azalabilmekte ve hastalıkta iyileşmek hissedilince tedaviyi bırakma eğilimi görülebilmektedir. İlaç kullanımı sonucu mide rahatsızlıklara, kilo alımı gibi yan etkilere maruz kalan hastalar da tedaviden kaçınmaktadır. Hastalar aldıkları tedavinin etkisini olumlu olarak ne kadar hızla görürse tedaviye gösterdikleri uyum da o kadar olumlu etkilenmektedir. Beklenen fayda ne kadar geç görülürse tedaviden uzaklaşma da o kadar kolay olmaktadır. Hastaların ilaca kolay ulaşabilmek imkânı ve hekimlerin ilaç kullanımı ile yan etkileri hakkında vereceği detaylı bilgiler de tedaviye uyum üzerinde olumlu etki yapmaktadır.

Hastanın tedaviye uyumu; tedavinin basitliği, yan etkisinin azlığı, kolay ulaşılabilirliği ve tedavinin faydası kısa sürede hissedildiğinde artarken; karmaşıklık, tedavi sürecinin uzaması, maliyetin artması ve istenmeyen yan etkiler görüldüğünde azalmaktadır.

2.11.4 Hastalık ile ilgili faktörler

Bu etmenler, hastanın hastalık halindeyken karşılaştığı durumlardır. Hastalık şiddeti, hastalık süresi, farklı hastalıklarla birlikte görülme hali ve hastalık ilerleme hızı alt kırımlıdır. Hastalık halinin hastanın yaşamında ne tür engellere sebep olduğu ile ilgilidir (1). Mevcut hastalığa ilave olarak farklı bir rahatsızlığın daha

çıkması kullanılan ilaç sayısını arttırabilir ve hastanın tedaviye uyumunu azaltabilir. Birden fazla kronik hastalık halinde tedavi rejimi karmaşıklaşırken uyum zorlaşabilir. Özellikle depresyon gibi ruhsal hastalıkların hali hazırdaki hastalığa eklenmesi tedaviye uyumu bariz şekilde azaltabilir. Hastaların hastalıklarını algılama şekilleri de önemlidir. Hastalığın ciddiyetinin önemsenmediği düşünce şekillerinde tedaviye uyum azalmaktadır.

Özetle, hastalığın belirgin ve hastayı rahatsız eden tanılara sahip olduğu hallerde tedaviye uyum artarken; kronik ve birden çok hastalıkla beraber seyreden hastalıklar için tedaviye uyum azalmaktadır.

2.11.5 Hasta ile ilgili faktörler

Çalışmalar sonucunda tedaviye uyumda hastadan kaynaklanan sebeplerin uyumu büyük ölçüde etkilediği görülmektedir. (123). Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kültürel çevre, hastanın tedavi ile ilgili bilgilendirilmesi tedaviye uyumu etkileyen faktörlerdendir. Kullandığı ilaçla ilgili yeterli bilgiye sahip olmayan ve kullanılan ilacın faydası hakkında şüpheleri olan hastaların tedaviye uyumlarında sorunlar yaşadıkları anlaşılmaktadır (124, 125, 126).

Tedavisi uzayan hastalar tedaviye uyumda zorlanırken tedavi sürecindeki başarı ihtimali de azalmaktadır. Hastanın tedavi sonucu iyileşeceğine inanmaması, düşük motivasyona sahip olması ve sağlık bilgi düzeyinin düşüklüğü hem uyumunu azaltmakta hem de tedavinin getireceği faydayı ortadan kaldırmaktadır. (123). Aldığı ilacın kullanım talimatlarına okuyabilen ve anlayabilen hasta tedaviye uyum için bir adım atmış olmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan kişilerse talimatları anlayamaz, tedaviye uyumda güçlük yaşar. Hastanın eğitim durumu ve ilaç kullanımında gösterdikleri istikrar tedaviye uyumlarının etkilemektedir (127).

Yapılan çalışmalarda çocuklarda ve yaşlılarda tedaviye uyum oranı düşük olarak görülmektedir. Bu durum çocukların ve yaşlıların başka birilerine bağımlılık ihtiyacı duymalarından kaynaklanmaktadır. Hastanın psikolojik sorunlar yaşanması yine

tedaviye uyum çabasını düşürmektedir. Tedavi sonucunda iyileşeceğine inanan hastaların ise uyumlarının artması beklenmektedir. Sorumluluk bilinci yüksek olan, sağlığını önemseyen, tedavisini disiplinli biçimde sürdüren hastaların uyumu yüksektir. Hastanın tedavi sürecinde hekimi ile iletişiminin etkinliği, hekime derdini anlatabilmesi ve onun dediklerini anlayabilmesi, hekimine güven duyması, hekimin empatik yaklaşımı uyumu artırır.

2.12 Hekim Hasta İletişimi ve Tedaviye Uyum

Tedavi sürecinde hastaların karar verilirken dâhil olması ile hastalığın ve tedavinin hastalarca önemsenmesi tedaviye uyumu olumlu etkilemektedir (128). Benzer şekilde kronik hastalıklardan muzdarip hastaların tedaviye uyumlarında hekimleri tarafından bilgilendirilmeleri ile hekimin hastaya vereceği güven duygusu tedavinin başarı ile sonuçlanmasında etkili olmaktadır (126).

Hastalar, hastalıklarının farketmeleri sonrasında hekimleriyle iletişime geçtikleri andan itibaren; hekimi tarafından anlaşılacak, empati kurulmak ve ilgilenilmek isterler. Hekimleri de hastanın endişelerine, çekincelerine ve hastalıkla ilgili korkularına dikkate ederek tedavi sürecini planlar ve uygun alışkanlıkları kazanması için yönlendirmelerde bulunur (126). Tedavi sürecindeki başarı; uygulanan ilacın hastalık üzerinde oluşturacağı etkiye ve hastalığa karşı sağlayacağı etkinliği ve hastanın tedaviye uyumuna bağlıdır. Tedaviye uyumun artmasında ise hastanın ilacını düzenli olarak kullanması önemlidir.

Hastalığı sebebiyle zaten tedirgin ve gergin olan hastaların tedavileriyle ilgili alacağı kararlarda hekimin yaklaşımı çok etkilidir. Hastaya kullanması gereken ilacın kullanım şeklinin onun anlayabileceği şekilde anlatılıyor olması, kullanılan dilin basit ve anlaşılır olması gerekmektedir (127, 129). Hastasında güven duygusu oluşturabilen hekimler tedavi sürecinde yaşanabilecek olumsuz durumlara karşı hastasında rahatlatıcı davranışlar sergilemede daha etkin olmaktadır. Oluşan güven ortamı hastalar üzerinde olumlu etki sağlarken alışkanlıklar ve rutin düzen üzerinde pozitif yönde etki göstermektedir.

Tedaviye uyumun hastanın katılımı ile daha başarılı olacağı aşîkârdır. Eğer tedavi sürecinde uyumsuzluk, isteksizlik ve katılamama durumu yaşıyorsa sebeplerini de ancak hastanın katılımı ile çözebiliriz (127). Güvenli iletişim sayesinde karar verme süreçlerine hastanın iştirakinin, hastanın tedaviye uyumunun ve memnuniyetin arttığı literatürdeki çalışmalarda görölmüştür (130). Tedavi başarısı hekim ile hasta arasında kurulacak ilişki doğrultusunda ilerlemektedir (131). Eğer hasta ile hekim aralarında uyum yakalayamazlarsa hastanın memnuniyeti doğal olarak azalma eğilimi gösterecektir (127).

Hastanın yaşadığı sağıık problemlerini hekimine aktarabilmesi için aralarında güven esaslı ilişki kurulması şarttır. Hastanın kendini rahat şekilde ifade edebilmesi tedavi sürecine olumlu etki edecektir (132). Bu açıdan, hastaların desteklenmesi, hekim tarafından olumlu yaklaşımlar sergilenmesi önemlidir.

Hastanın hekimine güvenerek kendini açması kadar hekimin hastasına güvenmesi de önemlidir. Bu sayede karşılıklı güven ilişkisi sağlanacak ve tedavi süreci daha olumlu ilerleyecektir (133). Bu aşamada hasta yakınlarının tutumları da göz ardı edilmemelidir. Hastayı tedavisi için olumlu veya olumsuz etkileyebilme kapasitesine sahip olan hasta yakınları da hekimle iletişim halinde olmalı ve gerekli bilgilendirmeleri almalıdır (134). Yapılan çalışmalarda özellikle kronik rahatsızlık yaşayan hastaların hastalığın süreci ile ilgili bilgilendirildiklerinde tedavilerini en iyi şekilde geçirmelerine yardımcı olduğu görölmüştür (129).

2.13 Tedaviye Uyumun Ölçümü

Tedaviye uyumun ölçülmesi; hem sürecin maliyetinin etkinliğini hem de hastanın tedavi sürecinin doğru yorumlanması için önemlidir. Ancak uyumluluğun ölçümünün yapılmasındaki zorluklar hep araştırmacıların önüne çıkmıştır. Doğrudan veya dolaylı şekilde ölçülebilen uyumun her iki yönteminde de avantajlar ve dezavantajlı yönleri bulunmaktadır.

Doğrudan uyum için vücut sıvısı alınarak içerisindeki kimyasallara bakılmaktadır. Kan veya idrar tahlillerinde yapılan incelemeleri doğrudan uyum için yapılan ölçümlere örnek gösterebiliriz. Doğrudan ölçüm, dolaylı ölçüme nazaran yanlılıktan kaynaklanabilecek hataları engellemektedir. Ancak hastanın tedavi için kullandığı ilacını yapılacak teste yakın bir zamanda almış olması sonuçlarda yanılmaya sebep olabilir. Ayrıca ilaçların ve bireylerin her birinde görülebilecek farmakokinetik etkiler de farklı sonuçlar verebilecektir. Bunun yanı sıra, doğrudan ölçümler maliyet ve yapılma zorluğu açısından da olumsuzluklar yaratabilir. Doğrudan ölçüm için tek doz tedavi alan ve yatış yapmış hastalar daha uygundur.

Dolaylı uyum için; hastalarla yapılan görüşmeler, tutulan günlükler, elde kalan tabletler, reçete tarihleri ve terapötik sonuçlar değerlendirilmektedir. Ancak tedavinin etkinliğine bakılarak yapılacak ölçüm tedaviye uyumluluk için yeterince doğru sonucu göstermeyebilir. Görüşmelerle elde edilen bilgiler, uyumun yüksek veya düşük olduğu konusunda yanıtılabilir. Bunun yanı sıra hastaya reçete edilen ilaçların kullanımının takibi ile uyum derecesinin daha doğru ölçülebildiği de araştırmalarda görülmüştür. Bu durumda eczanelerde tutulan kayıtların doğruluğu önem kazanmaktadır. Hasta biten ilacı için alması beklenen tarihte eczaneden ilacını almazsa uyumsuzluğundan söz edilebilir. Ancak her alınan ilacın düzenli olarak kullanıldığı varsayımı burada geçerli kabul edilmektedir. Farklı bir yöntem olarak kullanılabilecek diğer bir yol hastalara ilaç kullanımları ile ilgili anket soruları sorulmasıdır. Ancak bu yöntemde hastaların hekimlerinin beklentilerini uygun cevaplar verme olasılığı yüksektir. Diğer bir yöntem olan Medikasyon İzleme Sistemi de hasta uygulamasının doğrudan gözlemlenmesine dayanmaktadır. Hastanın aldığı her doz kayıt altına alınarak bilgisayara kaydedilir. Bu sayede takip sağlandığı varsayılır. Ancak hastanın ilaç kapağını her açışında ilacını aldığı varsayımı yanlış olabilir veya hasta aldığı ilacı kullanmayıp çöpe atabilir (135, 136).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Tıbbi uygulamalarda tedavi sürecinde esas, hasta ile hekimin ilişkidir. Burada da temelini güven duygusu oluşturmaktadır. Hekimler, sağlık hizmeti verirken, hastalarıyla doğrudan iletişim kurarak onları bilgilendirir ve onların kaygılarını azaltır. Yani hekime duyulan güven; memnuniyet artırmakta, tedaviye uyumu olumlu etkilemekte, bakımın sürekliliğini sağlayarak birçok fayda vermektedir. Hasta merkezli iletişim; hastaların ihtiyaçlarının anlaşılmasını, hastalara yeterli bilgi verilmesini ve hastalar ile hekim arasında güven oluşturulmasını amaçlamaktadır. Hasta merkezli iletişim ile; memnuniyet, kalite düşüncesi, tedaviye katılım, hasta ve hekim arasında güven tesisi ve klinik sonuçlar üzerinde olumlu etkiler sağlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerindeki etkisini incelemek ve bu ilişkinin hekime güven aracılığıyla nasıl şekillendiğini ortaya koymaktır. Tez çalışmasından elde edilecek sonuçlarla; hekim hasta iletişiminin ve hekime duyulan güvenin tedaviye uyuma etkisinin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

Yapılan çalışmada; hasta merkezli iletişim, hekime güven, tedaviye uyum kavramları yer almaktadır. Özel bir sağlık grubuna bağlı olarak hizmet veren bir hastanenin “Ortopedi ve Travmatoloji” bölümüne tedavi için başvuran hastalara yapılan anketler yorumlanmış ve katılımcıların hasta merkezli iletişime ilişkin algılarının, hekimlerine güvenlerinin, tedaviye uyumlarının düzeyi, hasta merkezli iletişim ile hekim güven ve tedaviye uyum arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yapılan çalışmada; hasta merkezli iletişim, hekime güven, tedaviye uyum kavramları yer almaktadır. Özel bir sağlık grubuna bağlı olarak hizmet veren bir hastanenin “Ortopedi ve Travmatoloji” bölümüne tedavi için başvuran hastalara yapılan anketler yorumlanmış ve katılımcıların hasta merkezli iletişime ilişkin algılarının, hekimlerine güvenlerinin, tedaviye uyumlarının düzeyi, hasta merkezli iletişim ile hekim güven ve tedaviye uyum arasındaki ilişki araştırılmıştır.

3.2 Evren ve Örneklem

Bu çalışma ile hasta merkezli iletişim ve güvenin tedaviye uyuma etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın belirlenen hedeflere ulaşması için hastalarla yüz yüze anket çalışması yapılması konusunda bir özel hastaneden izin alınmıştır. Çalışmanın evrenini 31 Ekim 2022 – 30 Ocak 2023 tarihleri arasında özel hastanenin “Ortopedi ve Travmatoloji” bölümüne rahatsızlığı sebebiyle tedavi amacı ile başvuran 403 hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya 18 yaşını doldurmuş gönüllüler katılım sağlamıştır.

3.3 Veri Toplama Yöntemi

Araştırma 31 Ekim 2022 – 30 Ocak 2023 tarihleri arasında bir özel hastanenin “Ortopedi ve Travmatoloji” bölümüne rahatsızlığı sebebiyle tedavi amacı ile başvuran 403 hastaya, nicel araştırma yöntemi olan anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında hastalardan toplam 403 adet anket elde edilmiş olup, aralarında geçersiz anket bulunmamaktadır. Örneklem yapılırken seçim önyargısını minimuma indirmek ve mümkün oldukça en iyi temsil örneğini yakalayabilmek için farklı yaş gruplarından, farklı eğitim seviyesinden ve farklı cinsiyetten hastalara anket dağıtılmaya çalışarak çalışma sonuçlarının ana kütleyi en iyi şekilde temsiline gayret edilmiştir.

3.4 Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde hasta merkezli iletişimi ölçmeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Bu bölümde The Health Information National Trends Survey’in 2021 yılındaki çalışmasından uyarlanan ölçek kullanılmıştır, ölçek 7 maddeden oluşmaktadır. Dördüncü bölüm ise, hastaların hekime güven ve tedaviye uyumlarına yönelik ifadelerini kapsamaktadır. Bu bölümde Dugan ve diğerlerinin 2005 yılında yaptığı

alışmasından uyarlanan 5 maddelik hekime güven leği; Hausman tarafından 2001 yılında geliştirilen 5 maddelik uyumluluk Tedaviye Uyum leği kullanılmıştır.

The Health Information National Trends Survey periyodik çalışmalarla Amerikan halkının kanser ve sağlık ile ilgili bilgilerini, bu konudaki tutumlarını ve bilgilerini kullanabilme seviyelerini incelemektedir. İnceleme için kullandığı verileri, sağlık iletişimi ve sağlık bilgi teknolojisi alanlarındaki değişiklikleri takip etmek ve farklı popülasyonların etkili sağlık iletişim stratejileri oluşturması için kullanmaktadır. Bunu gerçekleştirmek için Hasta Merkezli İletişimi ölçen bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir. Ölçek 4'l Likert tipinde (4=Her zaman, 3= Genellikle, 2= Bazen, 1= Hiçbir zaman) 7 soru içermektedir. leği; "Hasta merkezli iletişim ve hizmet kalitesi ilişkisi: Hizmet sunucuya güvenin aracı etkisi" isimli çalışmada akmak ve Uğurluoğlu 2022 yılında kullanmıştır (137). Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması da aynı yazarlar tarafından yapılmıştır.

Hekime Güven leği, Dugan ve diğerlerinin çalışmasında kullanılmıştır. Tek boyut ve 5 ifadeden oluşmaktadır. İfadelerdeki, 5'li Likert tipinde olup ölçek seçenekleri 1= kesinlikle katılmıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum şeklinde oluşturulmuştur.

Tedaviye Uyum leği, Hausman ve diğerleri tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Deniz ve diğerleri 2020 yılında yapmıştır. Tek boyut ve 5 ifadeden oluşan ölçekte ifadeler 5'li Likert tipinde oluşturulmuştur. Ölçek seçenekleri 1= kesinlikle katılmıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum ile belirtilmiştir.

3.5 Araştırma Hipotezleri

Aracı değişkenli modele ait alternatif hipotezler aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

H1: Hasta merkezli iletişimin hekime güven üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H2: Hekime güvenin tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H3: Hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H4: Hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide hekime güvenin aracılık etkisi vardır.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

“Hasta Merkezli İletişim ve Hekime Güvenin Tedaviye Uyuma Etkisi” başlıklı çalışma, 14 Ekim 2022 tarih 2022/16 sayılı ATADEK toplantısında görüşülmüş ve 2022-16/15 karar numarası ile tıbbi etik yönünden uygun görülmüştür (EK 2).

3.7 Verilerin Analizi

Çalışmada veri analizi için SPSS 21.0, AMOS 22.0 ve R 4.4.2 istatistik yazılımlarından faydalanılmıştır. R yazılımında lavaan paketi ile yapısal eşitlik modellemesi, DiagrammeR paketi ile model diyagramları oluşturulmuştur. Ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları için açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, madde toplam korelasyonu, Cronbach Alpha yöntemleri kullanılmıştır. Ankete katılanların demografik özellikleri, frekans ve yüzde tablosunda gösterilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonrasında ölçek ve alt boyut puanları; ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerlerinden oluşan betimsel istatistik tablosunda gösterilmiştir. Puanların normallik sınamasında çarpıklık katsayısı (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları baz alınmıştır. Ölçeklerin toplam ve alt boyut puanları normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden hasta merkezli iletişim, hekime güven ve tedaviye uyum arasındaki ilişkide Pearson korelasyon testinden yararlanılmıştır. Hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide hekime güvenin aracılık rolünü belirlemek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi kullanılmış, dolaylı etkilerin anlamlılığı 5000 bootstrap örnekleme ile test edilmiştir.

4 BULGULAR

4.1 Betimsel Bulgular

Tablo 2 ankete katılım sağlayanların demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımını göstermektedir.

Tablo 2. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=403)

Demografik Değişken	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	124	30,8
	Erkek	279	69,2
Yaş grupları	20 yaş altı	10	2,5
	20-29 yaş	65	16,1
	30-39 yaş	159	39,5
	40-49 yaş	110	27,3
	50-59 yaş	52	12,9
	60 yaş ve üstü	7	1,7
Öğrenim durumu	İlköğretim	10	2,5
	Lise	90	22,3
	Ön lisans	73	18,1
	Lisans	165	40,9
	Lisansüstü	65	16,1
Sürekli ilaç kullanma durumu	Evet	82	20,3
	Hayır	321	79,7
Farklı rahatsızlıklar	Evet	98	24,3
	Hayır	305	75,7
Farklı doktora başvuru	Evet	170	42,2
	Hayır	233	57,8

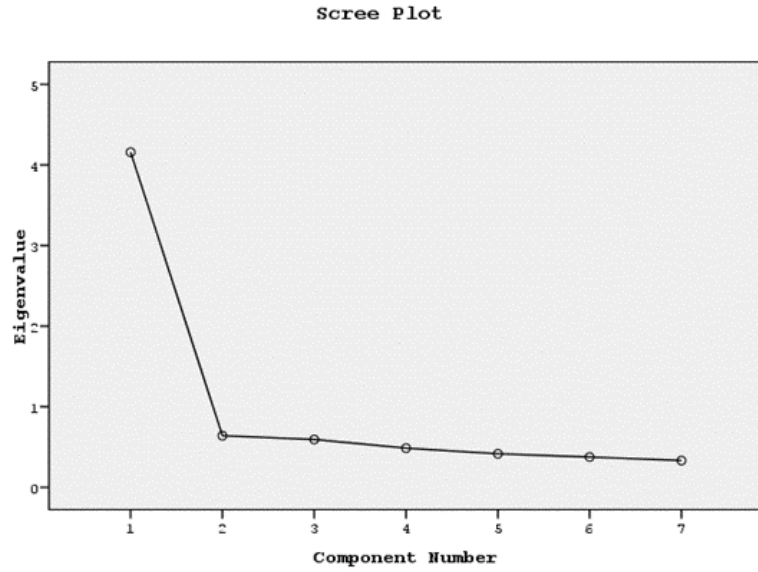
Ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran 403 katılımcının %30,8'i kadın, %69,2'si erkektir. Katılımcıların %2,5'i 20 yaş altı, %16,1'i 20-29 yaş, %39,5'i 30-39 yaş, %27,3'ü 40-49 yaş, %12,9'u 50-59 yaş, %1,7'si 60 yaş ve üstü yaş grubundadır. Katılımcıların %2,5'i ilköğretim, %22,3'ü lise, %18,1'i ön lisans, %40,9'u lisans, %16,1'i lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Katılımcıların %20,3'ü sürekli ilaç

kullanmakta, %24,3'ünün farklı rahatsızlıkları bulunmakta, %42,2'si farklı doktora başvuruda bulunmaktadır.

4.2 Hasta Merkezli İletişim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Hasta merkezli iletişim ölçeği için ulaşılan 403 örneklemin açıklayıcı faktör analizi açısından uygunluğu için incelenen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)=0,903 ve Bartlett Küresellik testi ki-kare istatistiğinin (Barlett's $X^2=1286,36$; $p<0,05$) anlamlı olarak tespit edilmiş olup araştırma örnekleminin yeterli olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 3).

Hasta merkezli iletişim ölçeğinin yamaç birikinti grafiği incelendiğinde ikinci noktadan itibaren eğimin yataya döndüğü görülmektedir. Grafikte iki nokta arasındaki her bir kesit bir faktörü ifade etmektedir. Yamaç birikinti grafiğine göre (Şekil 2) ölçeğin tek boyutlu yapısıyla daha uygun olduğu görülmektedir.



Şekil 2. Hasta merkezli iletişim ölçeği yamaç birikinti grafiği

Tablo 3'de açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve güvenilirlik analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 3'deki öz değerler incelendiğinde 1'in üzerinde öz değere sahip

yalnızca bir faktör olduğu, yamaç birikinti grafiği ve ölçeğin tek boyutlu olduğu dikkate alındığında tek boyutlu yapısıyla daha uygun olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Hasta merkezli iletişim ölçeği AFA sonuçları

Madde No	F1
m1	0,808
m2	0,886
m3	0,826
m4	0,704
m5	0,484
m6	0,675
m7	0,772
KMO-Örneklem Yeterlilik Ölçümü	0,903
Bartlett's Küresellik Testi (X²)	1286,363
sd	21
p	0,000
Varyans (%)	59,393

Açıklayıcı faktör analizi Varimax döndürmesi sonucunda 7 maddenin tek faktörde açıkladığı toplam varyans %59,39 düzeyinde ve faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Hasta merkezli iletişim ölçeğinde yer alan 7 madde ve tek boyutlu yapısı ile gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum indeksleri Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Hasta merkezli iletişim ölçeği doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen model uyum indeksleri

	Referans Değerler		Bu Çalışmada Elde Edilen
	İyi Uyum	Mükemmel Uyum	Değerler
Model Uyum İndeksleri			7 madde tek boyut
χ^2/sd	< 5	<2	2,836
SRMR	$\leq 0,08$	<0,05	0,028
GFI	$\geq 0,90$	>0,95	0,975
NNFI	$\geq 0,90$	>0,95	0,970
CFI	$\geq 0,90$	>0,95	0,981
RMSEA	$\leq 0,08$	<0,05	0,067
Faktör yükü			0,69 / 0,78
Kovaryans bağlantısı			m1-m2

Doğrulayıcı faktör analizi ilk sonuçlarına göre faktör yükü 0,40'tan düşük madde olmadığı, sadece madde 1 ile 2 arasında modifikasyon yapılarak model uyum indekslerinin iyi ve mükemmel düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

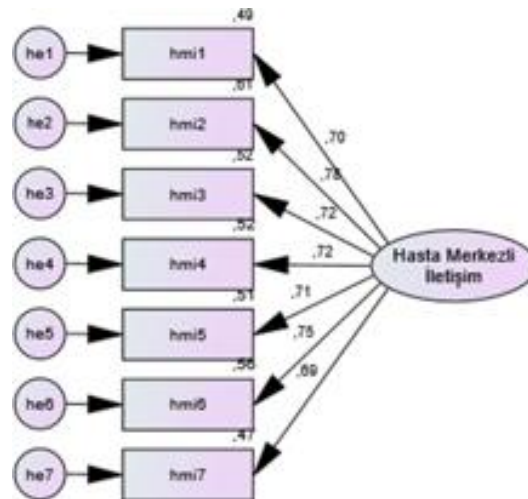
Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen faktör yükleri, faktör yüklerine ait t değerleri ve güvenirlik analizi kapsamında elde edilen madde toplam korelasyonu ve Cronbach Alpha katsayıları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Hasta merkezli iletişim ölçeği DFA ve güvenirlik analizi bulguları

Madde	Std. β	t	r
M1	0,70		0,65
M2	0,78	14,30**	0,73
M3	0,72	13,22**	0,67
M4	0,72	13,24**	0,68
M5	0,71	13,12**	0,67
M6	0,75	13,73**	0,70
M7	0,69	12,67**	0,64
Ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha (α)			0,88

**p<0,01 r: Madde toplam korelasyonu

Doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre ölçekte yer alan 7 maddenin faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek ve maddelerin t değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 5, Şekil 3). Ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha katsayısı 0,88 ve maddelerin tümü için madde-toplam korelasyonu 0,30'dan yüksek (0,64 ile 0,73 aralığında) olarak tespit edilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik analizi bulgularına göre hasta merkezli iletişim ölçeğinin 7 madde ve tek boyutlu yapısı ile güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

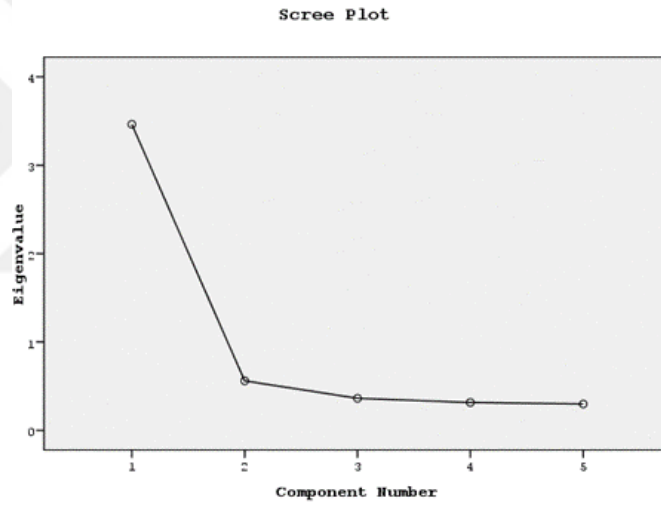


Şekil 3. Hasta merkezli iletişim DFA diyagramı

4.3 Hekime Güven Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Hekime güven ölçeği için ulaşılan 403 örneklemin açıklayıcı faktör analizi açısından uygunluğu için incelenen KMO=0,870 ve Bartlett Küresellik testi ki-kare istatistiğinin (Barlett's $X^2=1083,85$; $p<0,05$) anlamlı olarak tespit edilmiş olup araştırma örnekleminin yeterli olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 6).

Hekime güven ölçeğinin yamaç birikinti grafiği incelendiğinde ikinci noktadan itibaren eğimin yataya döndüğü görülmektedir. Grafikte iki nokta arasındaki her bir kesit bir faktörü ifade etmektedir. Yamaç birikinti grafiğine göre (Şekil 4) ölçeğin tek boyutlu yapısıyla daha uygun olduğu görülmektedir.



Şekil 4. Hekime güven ölçeği yamaç birikinti grafiği

Tablo 6’da açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirlik analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 6’daki öz değerler incelendiğinde 1’in üzerinde öz değere sahip yalnızca bir faktör olduğu, yamaç birikinti grafiği ve ölçeğin tek boyutlu olduğu dikkate alındığında tek boyutlu yapısıyla daha uygun olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Hekime güven ölçeği AFA sonuçları

Madde No	Faktör 1
m1	0,760
m2	0,853
m3	0,860
m4	0,848
m5	0,836
KMO-Örneklem Yeterlilik Ölçümü	0,870
Bartlett's Küresellik Testi (X^2)	1083,854
sd	10
p	0,000
Varyans (%)	69,250

Açıklayıcı faktör analizi Varimax döndürmesi sonucunda 5 maddenin tek faktörde açıkladığı toplam varyans %69,25 düzeyinde ve faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Hekime güven ölçeğinde yer alan 5 madde ve tek boyutlu yapısı ile gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen uyum indeksleri Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7. Hekime güven ölçeği doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen model uyum indeksleri

Model Uyum İndeksleri	Bu Çalışmada Elde Edilen			
	Referans Değerler		Değerler	
	İyi Uyum	Mükemmel Uyum	5 madde tek boyut	5 madde tek boyut*
X^2/sd	< 5	<2	5,194	1,705
SRMR	$\leq 0,08$	<0,05	0,028	0,014
GFI	$\geq 0,90$	>0,95	0,974	0,993
NNFI	$\geq 0,90$	>0,95	0,961	0,993
CFI	$\geq 0,90$	>0,95	0,981	0,997
RMSEA	$\leq 0,08$	<0,05	0,102	0,042
Faktör yükü			0,68 / 0,83	0,64 / 0,84
Kovaryans bağlantısı			-	m1-m2

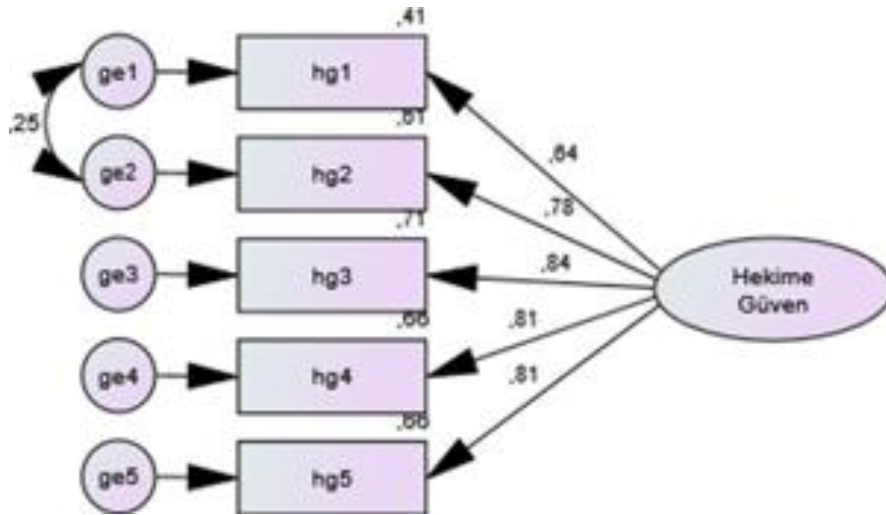
Doğrulayıcı faktör analizi ilk sonuçlarına göre faktör yükü 0,40'tan düşük madde olmadığı ancak "Ki-kare istatistiğinin serbestlik derecesine oranı" (X^2/sd) ve "yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA)" uyum indekslerinin uygun düzeylerde olmadığı tespit edildiğinden modifikasyon önerilerine uygun olarak yalnızca 1 kovaryans bağlantısı (m1-m2) kurularak model uyum indekslerinin iyi ve mükemmel düzeylere ulaştığı tespit edilmiştir (Tablo 7). Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen faktör yükleri, faktör yüklerine ait t değerleri ve güvenilirlik analizi kapsamında elde edilen madde toplam korelasyonu ve Cronbach Alpha katsayıları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hekime güven ölçeği DFA ve güvenirlik analizi bulguları

Madde	Std. β	t	r
M1	0,64		0,64
M2	0,78	14,76**	0,76
M3	0,84	13,41**	0,77
M4	0,81	13,08**	0,75
M5	0,81	13,08**	0,73
Ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha (α)			0,89

**p<0,01 r: Madde toplam korelasyonu

Doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre ölçekte yer alan 5 maddenin faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek ve maddelerin t değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 8, Şekil 5). Ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha katsayısı 0,89 ve maddelerin tümü için madde-toplam korelasyonu 0,30'dan yüksek (0,64 ile 0,77 aralığında) olarak tespit edilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik analizi bulgularına göre hekime güven ölçeğinin 5 madde ve tek boyutlu yapısı ile güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.



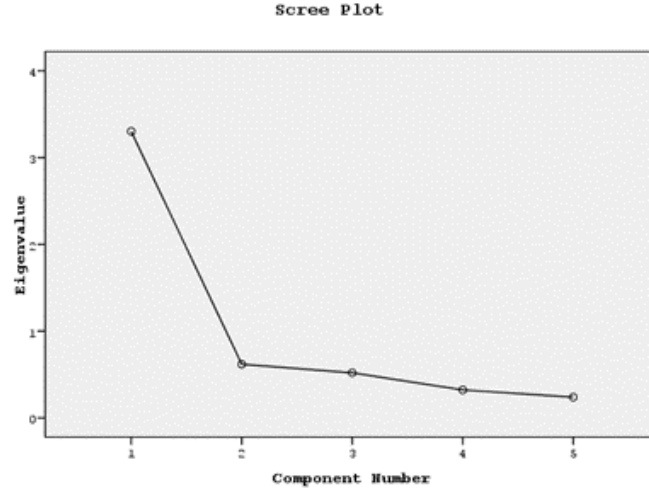
Şekil 5. Hekime güven DFA diyagramı

Araştırmada tüm değişkenler aynı katılımcılardan, aynı veri toplama aracı ve aynı zaman dilimi içerisinde elde edildiğinden, ortak yöntem varyansı olasılığı değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak Harman'ın tek faktör testi uygulanmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda, tüm maddelerin tek bir faktör altında toplanması durumunda açıklanan toplam varyans oranının %50'nin altında kaldığı tespit edilmiştir. Literatürde kabul edilen %50 eşik değeri dikkate alındığında, elde edilen bulgular ortak yöntem varyansının bu çalışmada ciddi bir sorun (<0.5) oluşturmadığını göstermiştir. Buna ek olarak, doğrulayıcı faktör analizi çerçevesinde tüm maddelere yüklenen ortak bir gizil yöntem faktörü modele dâhil edilerek ortak yöntem etkisi ayrıca test edilmiştir. Ortak yöntem faktörünün modele eklenmesi sonrasında yapısal yol katsayılarında anlamlı bir değişim gözlenmemiştir. Bu durum, değişkenler arasındaki ilişkilerin ortak yöntem varyansından kaynaklanmadığını desteklemektedir.

4.4 Tedaviye Uyum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Tedaviye uyum ölçeği için ulaşılan 403 örneklemin açıklayıcı faktör analizi açısından uygunluğu için incelenen KMO=0,804 ve Bartlett Küresellik testi ki-kare istatistiğinin (Bartlett's $X^2=1002,49$; $p<0,05$) anlamlı olarak tespit edilmiş olup araştırma örnekleminin yeterli olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 9).

Tedaviye uyum ölçeğinin yamaç birikinti grafiği incelendiğinde ikinci noktadan itibaren eğimin yataya döndüğü görülmektedir. Grafikte iki nokta arasındaki her bir kesit bir faktörü ifade etmektedir. Yamaç birikinti grafiğine göre (Şekil 6) ölçeğin tek boyutlu yapısıyla daha uygun olduğu görülmektedir.



Şekil 6. Tedaviye uyum ölçeği yamaç birikinti grafiği

Tablo 9’da açıklayıcı faktör analizi ve güvenirlik analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 9’daki öz değerler incelendiğinde 1’in üzerinde öz değere sahip yalnızca bir faktör olduğu, yamaç birikinti grafiği ve ölçeğin tek boyutlu olduğu dikkate alındığında tek boyutlu yapısıyla daha uygun olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Tedaviye uyum ölçeği AFA sonuçları

Madde No	Faktör 1
m1	0,837
m2	0,852
m3	0,767
m4	0,834
m5	0,768
KMO-Örneklem Yeterlilik Ölçümü	0,804
Bartlett’s Küresellik Testi (X^2)	1002,491
sd	10
p	0,000
Varyans (%)	66,052

Açıklayıcı faktör analizi Varimax döndürmesi sonucunda 5 maddenin tek faktörde açıkladığı toplam varyans %66,05 düzeyinde ve faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tedaviye uyum ölçeğinde yer alan 5 madde ve tek boyutlu yapısı ile gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum indeksleri Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Tedaviye uyum ölçeği doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen model uyum indeksleri

Model Uyum İndeksleri	Referans Değerler		Bu Çalışmada Elde Edilen Değerler	
	İyi	Mükemmel	5 madde	5 madde
	Uyum	Uyum	tek boyut	tek boyut*
X ² /sd	< 5	<2	17,305	3,123
SRMR	≤0,08	<0,05	0,050	0,013
GFI	≥0,90	>0,95	0,927	0,991
NNFI	≥0,90	>0,95	0,837	0,979
CFI	≥0,90	>0,95	0,918	0,994
RMSEA	≤0,08	<0,05	0,201	0,073
Faktör yükü			0,69 / 0,81	0,63 / 0,88
Kovaryans bağlantısı			-	m3-m4, m4-m5

Doğrulayıcı faktör analizi ilk sonuçlarına göre faktör yükü 0,40'tan düşük madde olmadığı ancak model uyum indekslerinin genel olarak uygun düzeylerde olmadığı tespit edildiğinden modifikasyon önerilerine uygun olarak 2 kovaryans bağlantısı (m3-m4, m4-m5) kurularak model uyum indekslerinin iyi ve mükemmel düzeylere ulaştığı tespit edilmiştir (Tablo 10).

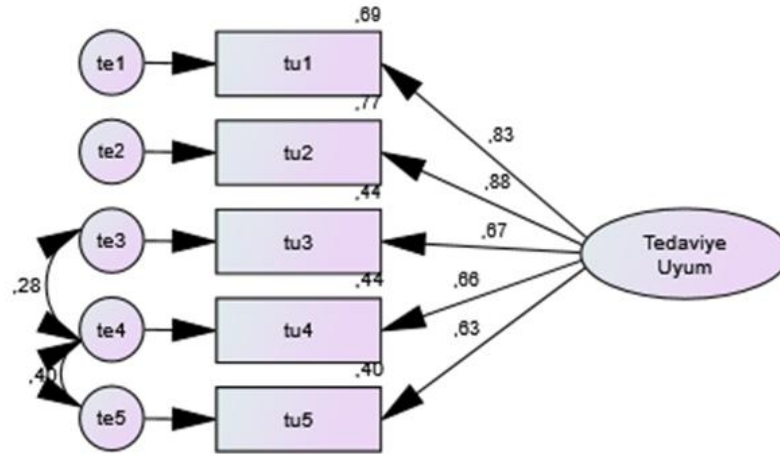
Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen faktör yükleri, faktör yüklerine ait t değerleri ve güvenilirlik analizi kapsamında elde edilen madde toplam korelasyonu ve Cronbach Alpha katsayıları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Tedaviye uyum ölçeği DFA ve güvenirlik analizi bulguları

Madde	Std. β	t	r
M1	0,83		0,72
M2	0,88	18,15**	0,75
M3	0,67	13,83**	0,64
M4	0,66	13,67**	0,73
M5	0,63	12,98**	0,64
Ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha (α)			0,87

**p<0,01 r: Madde toplam korelasyonu

Doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre ölçekte yer alan 5 maddenin faktör yüklerinin 0,40'tan yüksek ve maddelerin t değerlerinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 11, Şekil 7). Ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha katsayısı 0,87 ve maddelerin tümü için madde-toplam korelasyonu 0,30'dan yüksek (0,64 ile 0,75 aralığında) olarak tespit edilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik analizi bulgularına göre tedaviye uyum ölçeğinin 5 madde ve tek boyutlu yapısı ile güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 7. Tedaviye uyum DFA diyagramı

4.5 Betimsel Bulgular

Tablo 12’de ölçek puanlarının betimsel istatistiklerine yer verilmiştir.

Tablo 12. Ölçek puanlarına ait betimsel istatistikler

Ölçek	N	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Çarpıklık	Basıklık
Hasta Merkezli İletişim	403	1,00	4,00	3,22	0,54	-0,71	0,33
Hekime Güven	403	1,00	5,00	4,26	0,56	-0,66	0,16
Tedaviye Uyum	403	1,00	5,00	4,31	0,54	-0,06	-0,39

Tablo 12’ye göre hasta merkezli iletişim ölçek puanı $3,22 \pm 0,54$ olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (4) puanlar dikkate alındığında katılımcıların hasta merkezi iletişimine ilişkin algısının “genellikle” aralığında yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12’ye göre hekime güven ölçek puanı $4,26 \pm 0,56$ olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlar dikkate alındığında katılımcıların hekime güvenin “katılıyorum/kesinlikle katılıyorum” aralığında yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12’ye göre tedaviye uyum ölçek puanı $4,31 \pm 0,54$ olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (4) puanlar dikkate alındığında katılımcıların tedaviye uyumunun “kesinlikle katılıyorum” aralığında yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

4.6 Hasta Merkezli İletişim, Hekime Güven ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 13’de hasta merkezli iletişim, hekime güven ve tedaviye uyum puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 13. Hasta merkezli iletişim, hekime güven ve tedaviye uyum arasındaki ilişki

	1	2	3
Ölçek ve Boyut			
1-Hasta Merkezli İletişim	1		
2-Hekime Güven	0,595**	1	
3-Tedaviye Uyum	0,538**	0,628**	1

*p<0,05 **p<0,001

Tablo 13’e göre hasta merkezli iletişim ile hekim güven ($r=0,59$; $p<0,05$) ve tedaviye uyum ($r=0,54$; $p<0,05$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Tablo 11’e göre hasta hekime güven ile tedaviye uyum arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,63$; $p<0,05$).

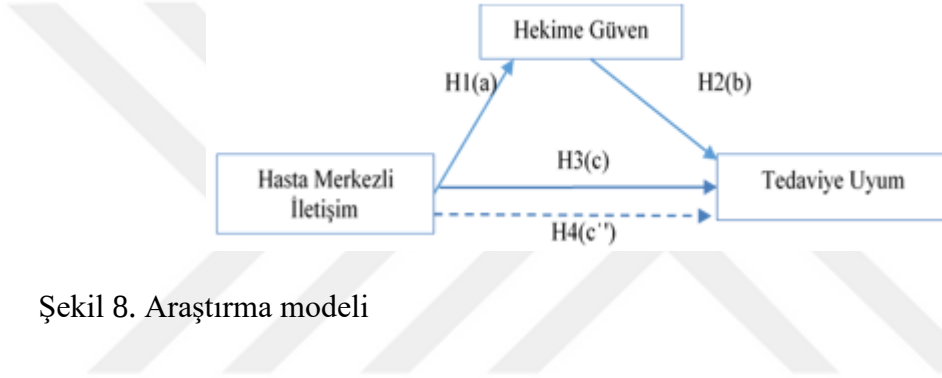
Araştırmanın test edilecek modelinde bağımsız değişken “hasta merkezli iletişim”, bağımlı değişken “tedaviye uyum” ve iki değişken arasındaki ilişkide aracı değişken “hekime güven” olarak belirlenmiştir (Şekil 8). Baron ve Kenny, arabuluculuk kurmak için dört adım tanımlamıştır. İlk üç adım bağımsız modeller olarak test edilmelidir:

Adım 1: Bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisi olmalıdır (Yol c). Bu adım aracılık edilebilecek bir etki olduğunu ortaya koymaktadır.

Adım 2: Bağımsız değişkenin aracı değişken ile ilişkisi olmalıdır (Yol a). Bu adım esas olarak aracı değişkenin bir bağımlı değişken gibi muamele edilmesini içermektedir.

Adım 3: Aracı değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisi olmalıdır (Yol b). Aracı değişkenin bir bağımsız değişken gibi kabul edilerek bağımlı değişkeni etkilediği varsayılır.

Adım 4: Aracı değişkenin, bağımsız ve bağımlı değişken arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini söylemek için (bağımsız-bağımlı değişken arasındaki yol “c” yolu”) aracı değişken tarafından kontrol edildiğini tespit etmek gerekir. Diğer bir ifadeyle daha önce anlamlı olan c yolunun, aracı değişkenin modele katılması ile anlamlı olmaktan çıkması veya anlamlı düzeyde farklılık göstermesi gerekmektedir. Modeldeki “c” yolunun anlamlılığının ortadan kalkmaması durumunda meydana gelen değişimin aracı değişkenden kaynaklanan dolaylı etkisini ortaya çıkarmak için elde edilen dolaylı etkinin istatistiksel olarak anlamlılığı Sobel test istatistiği ile tespit edilebilmektedir.



Şekil 8. Araştırma modeli

Aracı değişkenli modele ait alternatif hipotezler aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

H₁ (yol a): Hasta merkezli iletişimin hekime güven üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₂ (yol b): Hekime güvenin tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₃ (yol c): Hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H₄ (yol c'): Hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide hekime güvenin aracılık etkisi vardır.

Tablo 14’de yapısal eşitlik modellemesi ile gerçekleştirilen aracılık analizi sonuçları yer almaktadır.

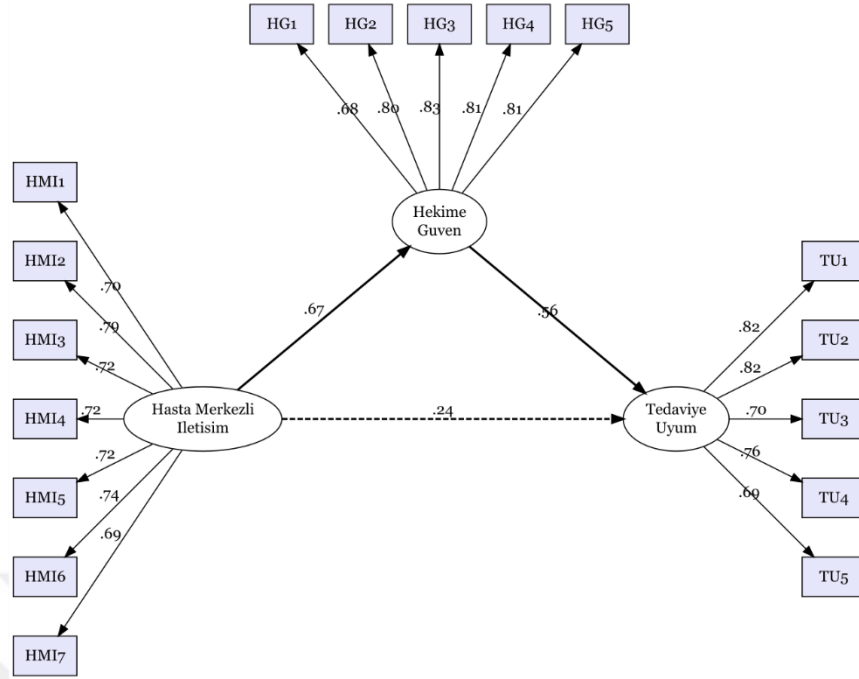
Tablo 14. Aracı değişkenli yol modeli sonuçları

Yol	B	SH	β	%95 GA	p
<i>Model: Hasta Merkezli İletişim → Hasta Güveni → Tedaviye Uyum</i>					
a (Hasta Merkezli İletişim → Hasta Güveni)	0,708	0,09	0,674	[0,537 - 0,896]	< 0,001***
b (Hasta Güveni → Tedaviye Uyum)	0,665	0,19	0,562	[0,323 - 1,042]	< 0,001***
c' (Hasta Merkezli İletişim → Tedaviye Uyum, direkt)	0,304	0,19	0,244	[-0,056 - 0,657]	0,111
a × b (dolaylı etki)	0,471	0,16	0,378	[0,201 - 0,816]	0,004**
c (toplam etki)	0,775	0,09	0,623	[0,598 - 0,966]	< 0,001***
Model Uyum İndeksleri: $\chi^2_{(116)} = 334,42$, $p < 0,001$; CFI = 0,943; TLI = 0,934; RMSEA = 0,068 [0,060, 0,077]; SRMR = 0,038. Bootstrap = 5000. HMI = Hasta Merkezli İletişim; HG = Hekime Güven; TU = Tedaviye Uyum. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.					

Tablo 14'e göre hasta merkezli iletişim algısının hekime güven üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi bulunmaktadır ($\beta = 0,674$; $p < 0,001$). Hekime güvendeki varyansın %45,4'ü hasta merkezli iletişim tarafından açıklanmaktadır.

Hekime güvenin tedaviye uyum üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi tespit edilmiştir ($\beta = 0,562$; $p < 0,001$). Benzer şekilde hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerindeki toplam etkisi anlamlıdır ($\beta = 0,623$; $p < 0,001$).

Aracılık etkisinin test edilmesi amacıyla 5000 bootstrap örnekleme kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerindeki direkt etkisi anlamsızdır ($\beta = 0,244$; $p = 0,111$; %95 GA [-0,056; 0,657]). Buna karşın dolaylı etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta = 0,378$, $p = 0,004$, %95 GA [0,201; 0,816]). Bootstrap güven aralığının sıfırı içermemesi, dolaylı etkinin anlamlılığını doğrulamaktadır. Bu bulgular, hekime güvenin hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide tam aracı rol üstlendiğini göstermiştir.



Şekil 9. Aracı değişkenli yapısal eşitlik modeline ait diyagram

Aracı değişkenli yapısal eşitlik modelinin uyum indeksleri incelendiğinde ki-kare değerinin anlamlı olduğu görülmektedir ($\chi^2_{(116)} = 334.42$, $p < .001$). Ki-kare istatistiğinin örneklem büyüklüğüne duyarlı olması nedeniyle alternatif uyum indeksleri değerlendirilmiştir. Ki-kare/serbestlik derecesi oranı ($\chi^2/sd = 2.88$) kabul edilebilir uyum için önerilen 3 sınırının altındadır. Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI = .943) ve Tucker-Lewis indeksi (TLI = .934) kabul edilebilir eşik değer olan .90'ın üzerindedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA = .068, %90 GA [.060, .077]) iyi uyum için önerilen .08 sınırının altındadır. Standartlaştırılmış artık ortalamalarının karekökü (SRMR = .038) ise mükemmel uyum için önerilen .05 eşiğinin altında yer almaktadır. Bu bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, kurulan yapısal eşitlik modelinin veriyle iyi düzeyde uyum sağladığı görülmüştür.

5 TARTIŞMA

Tıbbi uygulamalarda yaklaşımların ve tedavilerin temelini hasta ve hekim arasındaki ilişki ve iletişim oluşturur. Hekimler, sağlık hizmeti vermeleri dışında; hastayla doğrudan iletişimle bilgilendirme, kaygıları azaltma ve güven kazanma görevlerini de yerine getirirler. Hekime duyulan güven ile de; hasta memnuniyeti artarken, tedaviye uyumun kabulü kolaylaşmakta ve hasta sadakati oluşmaktadır. Bunun yanı sıra; oluşan güven hissi ile hastanın istenilen ilave testleri yaptırmayı sağlarken, hastanın hekimine vermesi gereken bilgiler tam olarak alınmaktadır.

Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; hasta merkezli iletişimin hekime güven üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Hekime güvendeki değişimin yaklaşık %45,4'ünün hasta merkezli iletişim algısından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hasta merkezli iletişim algısının yükselmesi hekime güvenin yükselmesine neden olmaktadır. Literatürde hasta merkezli iletişimin hekime duyulan güven üzerinde doğrudan ve anlamlı bir etkisi olduğu sıkça vurgulanmaktadır. Fiscella ve arkadaşları ile Hong yaptıkları çalışmalarında; hekimlerin empatik davranmalarının, karar süreçlerine hastanın dahil edilmesinin ve bilgi paylaşımının açıkça yapılmasının güveni arttırdığını belirtmektedir (9, 138). Liu ve arkadaşları da çalışmalarında, hasta merkezli iletişim ile hem güvenin arttığı, hem de hasta katılımının ve hasta memnuniyetinin sağlandığı sonucuna ulaşmıştır (139). Yine yapılan sistematik derleme çalışmalarında da hasta ile kurulan iletişimin güven oluşturulmasında çok önemli olduğu ve bu durumun hizmet kalitesini artırdığı vurgulanmıştır (8, 140). Fakat literatürde farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar da görülmektedir. Bazı araştırmalarda, hasta merkezli iletişim ile güvenin yalnızca doğrudan artırmadığı, hasta katılımının, aradaki bilgi paylaşımının ve hasta memnuniyetinin de etkili olduğu bildirilmektedir (139). Benzer şekilde, kültürel durumun, sağlık okuryazarlığı seviyesinin, karar alma sürecine katılımın, hastalığın özelliklerinin de, iletişim ile güven arasındaki ilişkinin gücünü değiştirebileceği tespit edilmiştir. (10,12). Özetle, çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hasta merkezli iletişimin güveni arttırdığı doğrulanmıştır ancak, bağlamsal ve bireysel faktörlerin de bu süreci etkilediği göz ardı edilmemelidir.

Çalışmanın sonuçlarına göre; hekime güvenin tedaviye uyum üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Hekime güvenin seviyesinin yükselmesi ile tedaviye uyum artmaktadır. Literatürdeki çalışmalar da hekime duyulan güvenin tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir; ancak oluşan bu olumlu etki hastanın sürece katılımı, ilaç hakkında hastada oluşan kanaat veya sağlık okuryazarlığı seviyesi gibi farklı araçlardan da etkilenmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, literatürdeki diğer benzer araştırmalarla uyumluluk göstermektedir. Yapılan analizlerde ve derlemelerde, hekime güvenin ilişki kalitesini artırdığı ve tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği ortaya koyulmuştur (2, 11). Yine bazı çalışmalar, güvenin tedaviye uyumu sadece doğrudan değil, hastanın katılımı, sağlık bilgisi, tedaviye inanması gibi faktörlerle de etkileyebildiğini göstermiştir (10). Genel olarak ise literatürde güven, iletişim sağlanması ve hasta merkezli bakımla değerlendirildiğinde, tedaviye uyumun en güçlü etkileyicilerinden olarak gösterilmektedir (141). Ancak literatürdeki çalışmalar, güvenin her zaman doğrudan ve aynı oranda gerçekleşmediğini de belirtmektedir. Bazı araştırmalarda, hastanın tedavi sürecine katılımı, tedaviye inancı ve sağlık bilgi durumunun tedaviye uyum üzerinde etkili olduğu sonucu çıkmıştır (10). Yine benzer şekilde hastanın kişisel özellikleri, kronik hastalığının türü, kültürel şartlar, karar alma sürecine hastanın aktif katılımı, güven uyum ilişkisini etkilemektedir (10). Bu durumda, çalışma sonuçları literatürle genel olarak uyumlu olsa da, bu ilişkinin farklı faktörlerden de etkilenebileceği değerlendirilmelidir.

Çalışmanın sonuçları; hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerinde pozitif yönde ve anlamlı etkisi olduğunu göstermiştir. Hasta merkezli iletişimin sağlanması tedaviye uyumu artırmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, hasta merkezli iletişimin hekime güveni ve dolayısıyla da tedaviye uyum üzerinde anlamlı ve pozitif bir etki yarattığını göstermektedir. Ulaşılan sonuç, hasta hekim iletişimi ile güvenin doğru orantılı arttığını ortaya koyan literatür araştırmalarıyla uyumludur. Ancak, bazı çalışmalarda bu ilişkinin, genelde hastanın aktif katılımı, sağlık bilgi seviyesi ve tedaviyle ilgili inançları gibi faktörlerden de etkilendiği görülmüştür (2). Yapılan analiz çalışmalarında iletişim ve güvenin uyum üzerindeki etkisi orta düzeyde tespit edilirken karşılaştırılan faktörlere göre de değiştiği belirtilmiştir (10). Sağlık

hizmetlerine ulaşımın yarattığı maliyet, sosyo-ekonomik seviye, sağlık okuryazarlığının düzeyi güvenin tedaviye uyuma etkisini azaltabilmekte veya artırabilmektedir (96). Yine bazı deneysel çalışmalarda, çalışmamızdaki bulgular desteklense de, beklenen etkinin gerçek klinik ortamın karmaşıklığında kısıtlayıcı ve fazla etkilenebilir olabileceğini göstermektedir (142).

Bu çalışmada hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerindeki etkisinin doğrudan olmadığı, söz konusu ilişkinin hekime güven değişkeni aracılığıyla tamamen dolaylı olarak gerçekleştiği ortaya konmuştur. Bu durum da hekime güvenin hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide tam aracı rol üstlendiğini belirlemiştir. Literatürdeki çalışmalarda da hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkide hekime güvenin aracılık rolü vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalar, empatik davranan, açık iletişime sahip ve hastanın katılımını önemseyen hekimlerin bu tarzları ile güvenin olumlu etkilendiği, hastaların tedaviye bağlılığının da bu durumdan olumlu etkilendiğini göstermektedir (139). Güven, iletişim ve uyum arasında kritik bir rol almakta; hastanın tedaviye katılımı, yeterliliği ve memnuniyeti gibi faktörlerle aracılığı desteklemektedir (10). Bazı çalışmalarda, kişi merkezli yaklaşımda güvenin uyuma etkisini temel değişken olarak belirtmektedir. (141). Ancak literatürde hasta merkezli iletişim ile tedaviye uyum arasındaki ilişkinin bağlama göre değişkenlik gösterebildiği, her zaman güçlü ve doğrudan bir etki şeklinde ortaya çıkmayabildiği bildirilmektedir. Birtakım araştırmalarda, hekime güvenin bu ilişkide farklı değişkenlerle birlikte aracılık rolü üstlendiği ortaya konmuş, çoklu aracı unsurların varlığına dikkat çekilmiştir (10). Güvenin aracılık rolünün hastanın kişisel özelliklerine, hastalığının türüne ve tedavi maliyetlerine göre artıp azalabileceği tespit edilmiştir (96).

Yapılan ampirik çalışmalarda, çalışmamızdaki bulgularla uyumlu biçimde hasta merkezli iletişimin ve hekime güvenin hasta sonuçları üzerindeki olumlu etkileri ortaya konmakla birlikte, bu etkinin gerçek klinik ortamın karmaşıklığı içinde bağlamsal faktörlere bağlı olarak farklı düzeylerde ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (142). Bu kapsamda Sharkiya'nın çalışmasında; hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki sözlü ve sözsüz iletişim stratejilerinin hasta memnuniyeti, bakım kalitesi,

yaşam kalitesi ile fiziksel ve ruhsal sağlık gibi çeşitli hasta merkezli sonuçlar üzerindeki etkileri incelenmiş ve söz konusu iletişim stratejilerinin hasta merkezli sonuçları genel olarak olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (143).

Literatürdeki diğer çalışmalarda da güven ve iletişimin, ilaç kullanımına daha iyi uyum ve tıbbi tavsiyelere uyma açısından hasta memnuniyeti ve algılanan sağlık hizmeti kalitesiyle olumlu yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (144). Doktorun iletişim becerilerinin yanı sıra, kişilerarası muamele düzeyi, hasta hakkında bilgi sahibi olması, doktora duyulan saygı ve tedavi güvencesi algısının özellikle kırsal ortamlarda güven duygusunu güçlendirdiği belirtilmektedir. Hasta merkezli iletişim, daha etkili bir iletişim ortamı oluşturmakta; işbirliğine dayalı karar alma süreçleri ise bakımın daha iyi yönetilmesine ve tedaviye uyum olasılığının artmasına katkı sağlamaktadır (145).

6 SONUÇ

Araştırma hasta merkezli iletişim, hekime güven ve tedaviye uyum değişkenleri arasındaki ilişkileri inceleyerek, söz konusu değişkenlerin birbiriyle anlamlı biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, hasta merkezli iletişim algısının hekime duyulan güvenle güçlü ve pozitif yönde ilişkili olduğunu; hekime duyulan güvenin ise tedaviye uyumla anlamlı biçimde bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Model sonuçları, hasta merkezli iletişimin tedaviye uyum üzerindeki etkisinin doğrudan değil, hekime güven aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Bu durum hasta merkezli iletişimin tek başına tedaviye uyumu belirleyen bir unsur olmaktan ziyade, hekime duyulan güveni güçlendirerek tedaviye uyumla ilişkili bir süreç oluşturduğuna işaret etmektedir. Hekimin hastayı aktif biçimde dinlemesi, karar alma süreçlerine hastayı dâhil etmesi ve hastanın bireysel ihtiyaçlarını dikkate alan bir iletişim tarzı benimsemesinin, hastalar tarafından daha yüksek düzeyde güven algısı ile ilişkilendirilebilir. Artan güven algısının ise, hastaların tedavi sürecine yönelik önerileri benimseme eğilimini güçlendirdiği ve tedaviye uyum davranışlarını destekleyici bir zemin oluşturabileceği anlaşılmıştır.

Çalışma bulguları, hekime duyulan güvenin hasta davranışlarıyla ilişkili olabilecek merkezi bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır. Hekime güven düzeyinin yüksek olduğu durumlarda, hastaların kendilerine önerilen tedavi planlarını sürdürmeye daha istekli olmaları, reçete edilen ilaçları önerilen doz ve sürede kullanmaya daha fazla özen göstermeleri ve izlem randevularına katılım göstermeye daha yatkın olmaları beklenebilir. Benzer şekilde, artan güven algısının hastaların tedavi sürecine ilişkin kaygı ve belirsizliklerini azaltarak, yan etkilerin daha erken bildirilmesi ve tedavi sürecine yönelik önerilerin benimsenmesi gibi uyumla ilişkili davranışları destekleyebileceği değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, bu araştırmanın kesitsel tasarıma sahip olması nedeniyle söz konusu davranışlar doğrudan gözlenmemiş; bulgular hastaların algıladıkları tedaviye uyum düzeyi üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırmanın kesitsel yapısı nedensel ilişkilerin kurulmasına olanak tanımamakla birlikte, hasta merkezli iletişim algısı yüksek olan bireylerin hekimlerine daha fazla güven duyduklarını ve bu güven düzeyinin tedaviye uyum algısı ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda, hasta hekim ilişkisinde iletişim kalitesi ile güvenin birlikte ele alınması gereken, birbiriyle ilişkili temel yapılar olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuçlar hasta merkezli yaklaşımın ve hekime duyulan güvenin klinik süreçlerde önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamış olup; özellikle hekim–hasta iletişiminin güçlendirilmesine yönelik uygulamaların potansiyel katkılarına dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetlerinde iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerin ve hasta katılımını destekleyen yaklaşımların önem kazandığı vurgulanmaktadır.

Gelecekte yapılacak araştırmalarda boylamsal tasarımların kullanılması, objektif tedaviye uyum göstergelerinin değerlendirilmesi ve farklı hasta gruplarının incelenmesi, hasta merkezli iletişim, hekime güven ve tedaviye uyum arasındaki ilişkilerin daha kapsamlı biçimde anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

6.1 Öneriler

Bu araştırmanın bulgularına dayanarak 3 alt başlık halinde aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Klinik uygulamalara yönelik öneriler;

- Hekimlerin iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programları oluşturulmalıdır.
- Hastaların tedavi karar süreçlerine aktif katılımı sağlanmalı, soru sormaları ve görüş bildirmeleri teşvik edilmelidir.
- Hekim hasta görüşmelerinde yeterli süre ayrılmalı, aceleci yaklaşım sergilenmemelidir.
- Güven ilişkisini pekiştirmek için şeffaf, anlaşılır ve empatik bir iletişim tarzı benimsenmelidir.

- Tedavi planı, olası yan etkiler veya alternatifler konusunda dürüst ve açık iletişim, güven duygusunu pekiştireceği unutulmamalıdır.
- Hekim, tedavi seçeneklerini sade bir dille açıklayarak, hastanın karar sürecine aktif katılımını sağlamalıdır.

Sağlık sistemi ve politikalarına yönelik öneriler;

- Hekim başına düşen hasta sayısı azaltılarak daha kaliteli iletişim için uygun koşullar sağlanmalıdır.
- Dijital sağlık uygulamaları hasta hekim iletişimini destekleyecek şekilde kullanılmalıdır.
- Hasta hakları konusunda farkındalık artırılmalıdır.
- Tıp fakültelerinde ve uzmanlık eğitimlerinde hasta merkezli iletişim, empatik dinleme, güven inşası ve kültürel duyarlılık konularını içeren derslere yer verilmelidir.
- Hizmet içi eğitimlerle, aktif olarak çalışan sağlık personelinin iletişim becerileri düzenli olarak geliştirilebilir.
- Hekim ve sağlık personeli değerlendirmelerinde sadece tıbbi sonuçlar değil, hasta memnuniyeti ve iletişim kalitesi de performans kriterlerine dahil edilmelidir.
- Toplum genelinde “güven temelli sağlık iletişimini destekleyen farkındalık kampanyaları (“Sağlıkta Güven, Sağlıkta Başarı” gibi) düzenlenebilir.
- Hastaların tıbbi bilgilere kolay ulaşabildiği, hekimle çevrim içi güvenli iletişim kurabildiği sistemler oluşturulabilir (E-nabız üzerinden mesajlaşma modülü gibi).

Gelecek araştırmalara için öneriler;

- Farklı branşlarda da hasta merkezli iletişim ve güvenin tedaviye uyuma etkisi incelenmelidir.
- Uzun dönemli çalışmalar yapılarak güvenin tedaviye uyum üzerindeki sürdürülebilir etkisi araştırılmalıdır.
- Kültürel farklılıkların hasta hekim iletişimi ve güven ilişkisi üzerindeki etkileri karşılaştırılarak incelenmelidir.

➤ Hasta yakınlarının iletişim sürecindeki rolü ve bunun uyuma etkisi ayrıca değerlendirilmelidir.



7 KAYNAKLAR

1. Sabaté E. (Editör) (2003). Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>, Erişim Tarihi: 28.05.2021
2. Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834
3. Osterberg L, & Blaschke T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353, 487–497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Ankara: TÜİK
5. Satman İ, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genç S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J. TURDEP-II Study Group. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2), 169–180
6. Arici M, Birdane, A, Güler K, Yıldız OB, Altun B, Erturk S, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz ÖH, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Grubu. (2015). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu: 2015'ten 2019'a Neler Değişti? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 43(4), 402–409.
7. Stewart M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7284), 444-445
8. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301
9. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 42(11), 1049–1055
10. Fan Q, Meng H, Wang Y. (2021). The mediating role of trust in physician and self-efficacy on medication adherence. *Journal of Health Communication*, 26(3), 161–170
11. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, Gerger H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(2), e0170988
12. Kanakubo Y, Inanaga R, Toida T, Aita T, Ukai M, Kawaji A, Toishi T, Matsunami M, Munakata Y, Suziki T, Okada T, Kurita N. (2025). Trust in physicians as a mediator between person-centered care and medication adherence: A multicenter study. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.03.12.123456>
13. Işık M. (2008). Kitle İletişim Teorilerine Giriş (3. Baskı). Eğitim Kitabevi Yayınları
14. Thomas RK. (2006). Health Communication. Springer Science & Business Media
15. Cüceloğlu D. 2016. İletişim Donanımları. İstanbul: Remzi Kitapevi
16. Dökmen Ü. 2015. Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati

17. Berry D. (2006). *Health Communication: Theory And Practice: Theory and Practice*. McGraw-Hill Education (UK)
18. Ong LML, de Haes JC JM, Hoos AM, Lammes FB. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918
19. Shannon C, Weaver W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press
20. Healthy People 2010. (2021, Aralık 10). https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm
21. Schiavo R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice*. John Wiley & Sons
22. Bernhardt JM. (2004). Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2051-2053
23. Thompson TL. (2014). *Encyclopedia of Health Communication*. SAGE Publications
24. Albrecht TL, Penner LA, Cline RJW, Eggly SS, Ruckdeschel JC (2009). Studying the process of clinical communication: Issues of context, concepts, and research directions. *Journal of Health Communication*, 14(sup1), 47-56
25. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. (2002). Enhancing Physician-Patient Communication. *Hematology*, 2002(1), 464-483
26. Ha JF, Anat DS, Longnecker N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 6
27. Hill S, Johnson M, Draper M. (2011). Partners in care – An Evidence-Informed Approach to Improving Communication with Women in a Hospital Setting. İçinde Hill (Ed.), *The Knowledgeable Patient* (ss. 173-183)
28. Fentiman IS. (2007). Communication with older breast cancer patients. *The Breast Journal*, 13(4), 406-409
29. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (8.Basım). Nobel Yayınevi
30. Roter D, Hall JA. (2006). *Doctors Talking with Patients/patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Greenwood Publishing Group
31. Dumez V, Pomey MP. (2019). From Medical Paternalism to Care Partnerships: A Logical Evolution Over Several Decades. İçinde M.-P. Pomey, J.-L. Denis, & V. Dumez (Ed.), *Patient Engagement: How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations* (ss. 9-16). Springer International Publishing
32. Haug MR, Lavin B. (1983). *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. SAGE Publications
33. Silverman J, Kurtz S, Draper J. (2016). *Skills for Communicating with Patients*. CRC Press
34. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101
35. Mead N, Bower P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087-1110

36. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US)
37. King A, Hoppe RA. (2013). "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385-393
38. Levinson W. (2011). Patient-centred communication: A sophisticated procedure. *BMJ Quality & Safety*, 20(10), 823-825
39. Epstein R, Street, R. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering* (NIH Publication No. 07-6225). National Cancer Institute
40. Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz JH., Jünger J. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 117-124
41. Hong H, Oh HJ. (2020). The effects of patient-centered communication: exploring the mediating role of trust in healthcare providers. *Health Communication*, 35(4), 502-511
42. Stewart MA. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152:1423–1433
43. Brown SJ. (1999). Patient-centered communication. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 85-104
44. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. (2013). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. CRC press
45. McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehota P, Nadler E, Arora NK, Lawrence W, Street RL. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine* (1982), 72(7), 1085-1095
46. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. (2013). The evolving concept of "patient-centeredness" in patient–physician communication research. *Social Science & Medicine*, 96, 147-153
47. American Medical Association. (2006). *Improving communication–improving care: How health care organizations can ensure effective, patient-centered communication with people from diverse populations. (An Ethnical Force Program Consensus Report.)*. American Medical Association. https://idainstitute.com/fileadmin/user_upload/documents/PCC_Resources/PCC_Definitions/AM A_Improving_Communication_Improving_Care_01.pdf
48. Cline RJW. (2003). Everyday interpersonal communication and health. İçinde T. L. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, & R. Parrot (Ed.), *Handbook of Health Communication* (ss. 285-318). Lawrence Erlbaum Associates
49. RTI International. (2016). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Instrument User Guide*. <https://www.rti.org/impact/patient-centered-communication-cancer-care-instrument>
50. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer GE. (2009). Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: Do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter? *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 12(1), 70-80

51. Blanch-Hartigan D, Chawla N, Beckjord EI, Forsythe LP, de Moor JS, Hesse BW, Arora NK. (2015). Cancer survivors' receipt of treatment summaries and implications for patient-centered communication and quality of care. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1274-1279
52. Wang J. (2016). Examining The Relationship Among Patient-Centered Communication, Patient Engagement, and Patient's Perception of Quality of Care in the General U.S. Adult Population. *Theses and Dissertations*
53. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine* (1982), 61(7), 1516-1528
54. Bertakis KD, Azari R. (2011). Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 46-52
55. Blanch-Hartigan D, Chawla N, Moser RP, Finney Rutten LJ, Hesse BW, Arora NK. (2016). Trends in cancer survivors' experience of patient-centered communication: Results from the Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 10(6), 1067-1077
56. Hall JA, Roter DL. (1995). Patient gender and communication with physicians: Results of a community-based study. *Womens Health* 1995(1),77–95
57. Bertakis KD, Frank P, Epstein RM. (2009). Patient-centered communication in primary care: Physician and patient gender and gender concordance. *Journal Womens Health*, 18(4), 539-545
58. Tsimtsiou Z, Kirana PS, Hatzichristou D. (2014). Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: a cross-sectional study in Greece. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 391-395
59. Ok H, Marks R, Allegrante JP. (2008). Perceptions of health care provider communication activity among American cancer survivors and adults without cancer histories: An analysis of the 2003 Health Information Trends Survey (HINTS) Data. *Journal of health communication*, 13(7), 637-653
60. Street Jr RL. (1991). Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science & Medicine*, 32(5), 541-548
61. Waitzkin H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 81-101
62. Aelbrecht K, Hanssens L, Detollenaere J, Willems S, Deveugele M, Pype P. (2019). Determinants of physician–patient communication: The role of language, education and ethnicity. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 776-781
63. Calo WA, Ortiz AP, Colon V, Krasny S, Tortolero-Luna G. (2014). Factors Associated with perceived patient-provider communication quality among Puerto Ricans. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 25(2), 491-502
64. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139-146

65. Pozzar RA, Xiong N, Hong F, Wright AA, Goff BA, Underhill-Blazey ML, Tulsy JA, Hammer MJ, Berry D L. (2021). Perceived patient-centered communication, quality of life, and symptom burden in individuals with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 163(2), 408-418
66. Rutten LJF, Augustson E, Wanke K. (2006). Factors associated with patients' perceptions of health care providers' communication behavior. *Journal of Health Communication*, 11 Suppl 1, 135-146
67. Tsimtsiou Z, Kirana PS, Hatzichristou D. (2014). Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: a cross-sectional study in Greece. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 391-395
68. Treiman K, McCormack L, Wagner L, Roach N, Moultrie R, Sanoff H, Bann C, Street RL, Ashok M, Reeve BB. (2018). Factors affecting the communication experiences of newly diagnosed colorectal cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1585-1593
69. Umezawa S, Fujimori M, Matsushima E, Kinoshita H, Uchitomi Y. (2015). Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer*, 121(23), 4240-4249
70. Ayanian JZ, Zaslavsky AM, Arora NK, Kahn KL, Malin JL, Ganz PA, van Ryn M, Hornbrook MC, Kiefe CI, He Y, Urmie JM, Weeks JC, Harrington DP. (2010). Patients' experiences with care for lung cancer and colorectal cancer: Findings from the cancer care outcomes research and surveillance consortium. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(27), 4154-4161
71. Osborn R, Squires D. (2012). International perspectives on patient engagement: results from the 2011 Commonwealth Fund Survey. *The Journal Of Ambulatory Care Management*, 35(2), 118-128
72. Street Jr RL, Liu L, Farber NJ, Chen Y, Calvitti A, Zuest D, Gabuzda MT, Bell K, Gray B, Rick S, Ashfaq S, Agha Z. (2014). Provider interaction with the electronic health record: the effects on patient-centered communication in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 315-319
73. Gopichandran V, Sakthivel K. (2021). Doctor-patient communication and trust in doctors during COVID 19 times—A cross sectional study in Chennai, India. *Plos One*, 16(6), e0253497
74. Wynia, M, Matiassek J. (2006). Promising Practices For Patient-Centered Communication With Vulnerable Populations: Examples From Eight Hospitals
75. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 351-354
76. Derin N, Demirel ET. (2011). Hasta görüşlerine göre oluşan kurum üni ile hasta tutum ve davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 209, 213- 216
77. Alparslan AM. (2010). Örgütsel Sessizlik İklimi ve İşgören Sessizlik Davranışları Arasındaki Etkileşim: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Öğretim Elemanları Üzerinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 27-28

78. Gök SG. (2011). Örgütsel Güven ile Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Saptanmasına Yönelik Ampirik Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1, 3-7, 21
79. Çalkaya HA. (2009). Müşteri Memnuniyeti-Müşteri Bağlılığı Etkileşimi ve İlgili Değişkenlerin Etkisi Üzerine Bir Model Önerisi-GSM Sektörü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 11-12, 18, 22, 36, 38
80. Tunçay A. (2009). Güven ve Tükenmişlik İlişkisi: Ankara'daki Hastanelerde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 28, 50-52
81. Özbek MF. (2006). Çalışma İlişkilerinde Güven: Yönetim Politikaları, Güven ve Bağlılık İlişkisi Konusunda Bir Türkiye ve Kazakistan Uygulaması, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 49-50, 55-56, 63, 93-96
82. Artuğer S. (2011). Sık Uçan Yolcu Programlarının Müşteri Bağlılığı Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, 15-16, 18-19, 22-23
83. Tengilimoğlu D. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Ankara: Siyasal Kitabevi
84. Yeşiloğlu HH. (2020). Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Güven. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi SBE
85. Ertong G. (2011). "Niklas Luhmann'ın Sosyal Sistemler Kuramı ve Güven Tartışmaları Bağlamında Sağlık Sistemi". Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, 3-26
86. Mechanic D. (1996). "Changing Medical Organization and the Erosion of Trust". The Millbank Quarterly, Vol. 74, No. 2, 171-189
87. Karsavuran S, Kaya S, Akturan S. (2011). Hasta-hekim iletişimde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14(2), 194, 197
88. Oğuz NY. (1995). Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 3(2-3), 62-64
89. Öztürk G, Öymen G. (2013). "Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Stratejik Önemi: Türkiye'de Kalp Sağlığı ile İlgili Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlar Üzerine Bir Değerlendirme", Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı.3, (109-132)
90. Şencan N, Uyar M. (2014). "Hasta Hakları Bağlamında Direkt Tüketicilere İlaç Reklamları Üzerine Kalitatif Bir Çalışma", Marmara Pharmaceutical Journal, Cilt.18, Sayı.3, (164-176)
91. Türkdoğan O. (2006). Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul
92. Bektaş G. (2011). "Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi", (Ed) Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, Sağlık Yönetimi, Beşir Kitabevi, İstanbul, (186-235)
93. Gezergün A, Şahin B, Tengilimoğlu D, Demir C, Bayer E. (2006). "Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği", Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt.6, Sayı.1, (129-144)

94. Piette JD, Heisler M, Krein SK, Eve A. (2005) "The Role of Patient-Physician Trust in Moderating Medication Nonadherence Due to Cost Pressures", *Archives of Internal Medicine*, Vol.165, No.15, (1749-1755)
95. Gray M. (2002). *The Resourceful Patient*, Rosetta Press, Oxford
96. Anderson L, Dedrick RF. (1990). Development of the Trust in Physician Scale: A Measure to Assess Interpersonal Trust in Patient Physician Relationships. *Psychological Reports* 67:1091–100
97. Mechanic D. (1998). The Functions and Limitations of Trust in the Provision of Medical Care, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23 (4): 660-86
98. Goold SD. (2002). Trust, Distrust and Trustworthiness. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 79-81
99. Gopichandran V, Chetlapalli SK. (2013). Factors influencing trust in doctors: A community segmentation strategy for quality improvement in healthcare, *BMJ Open*.2013;3(12):4115
100. Uludağ A. (2011). *Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
101. Williams HW. (2012). *The Trust in Health Care Organizations by Health Sciences Students*, Doctoral Project, Health Administration in the College of Health Professions, The faculty of the Medical University of South Carolina.
102. Mechanic D, Meyer S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine*, 51: 657-668
103. Jacobs EA, Rolle I, Ferrans CE, Whitaker EE, Warnecke RB. (2006). Understanding African Americans' Views of the Trustworthiness of Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 642-7
104. McMurphy S. (2013). Trust, distrust, and trustworthiness in argumentation: Virtues and fallacies, *OSSA Conference Archive*. 113, erişim: <http://scholar.uwindsor.ca/ossaarchive/OSSA10>
105. Akkaş E. (2012). *Vekalet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta
106. Atilla G, Oksay A, Erdem R. (2012). *Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma*, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2, 43:23-37
107. Çelik N, Bedük A. (2014) *Vekalet Teorisi Yaklaşımı ile İşlem Maliyeti Arasındaki İlişki*, *Sakarya İktisat Dergisi*, 43-67
108. Williams RJ. (2006). *Dünya Hekimler Birliği: Tıp Etiği El kitabı*. (Çev: M. Murat Civaner), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
109. Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. (1999). Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. *The Stanford trust study physicians*. *Med Care*;37:510–7
110. Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A. (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review*, 59, 293-318

111. Hall MA, Dugan E, Zheng BY, Mishra A. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milband Quarterly*, 79(4), 613-639
112. Turla A, Karaarslan B, Kocakaya M, Pekşen Y, (2005) Hastalara Yeterince Aydınlatma Yapılıp- Yapılmadığı ve Onam Alınması Durumunun Saptanması, *Türkiye Klinikleri J Foren Med*, 2:33-38
113. Fukuyama F. (2005). Güven/Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması, (Çev. A. Buğdaycı), İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları
114. Müezzinoğlu T. (2005), Yaşam Kalitesi, Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması. Erişim Adresi: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_8598/25-29.pdf(Erişim tarihi: 01.03.2021)
115. Demirbaş N, Kutlu R. (2020). Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 269-280
116. WHO. (2001). Erişim: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.
117. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. (2009). Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119(23), 3028-3035
118. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. (2003). Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 6(1), 5- 11
119. Touchette DR, Shapiro NL. (2008). Medication compliance, adherence, and persistence: current status of behavioral and educational interventions to improve outcomes. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy*, 14(6), 2-10
120. Demirkol ME, Tamam L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 85 – 93
121. Wood B. (2012). Medication adherence: The real problem when treating chronic conditions. *US Pharmist*, 37(94), 3-6
122. Erkoç Y, Yardım N. (Eds) (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. Ankara: Anıl Matbaası
123. Hacıhasanoğlu AR. (2015). Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11),151-159
124. Tuncer M, Khorshid L. (2018). Böbrek nakli hastalarında immünoşüpresan tedaviye uyum ve hemşirenin sorumlulukları diyaliz ve transplantasyon. *Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13), 26-31
125. Kara B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: Çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, (49), 132-136
126. Mete HE. (2008). Kronik hastalık ve depresyon, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 3-18
127. Jimmy B, Jose J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice, *Oman Medical Journal*, 26(3), 155-159
128. Borataş S, Kılıç HF. (2018). Evaluation of medication adherence in hypertensive patients and influential factors. *Pak J Med Sci*, 34(4), 959-963

129. Soykan A. (2013). İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 9-10
130. Sidani S, Epstein D, Miranda J. (2006). Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 116-118
131. Atıcı E. (2007). Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33(2), 91-96
132. Tülek Z. (2016). Multipl Skleroz ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 2(2), 26-36
133. Taşkaya S. (2014). Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. (Yayımlanmamış Doktora Tezi).Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
134. Vatansever Ö, Ünsar S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 66-74
135. Stewart M. The validity of an interview to assess a patient's drug taking. *Am J Prev Med*. 1987;3(2):95-100
136. Cramer JA. Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimens. *Drugs*. 1995;49(3):321-327
137. Çakmak C, Uğurluoğlu Ö. (2022). Hasta Merkezli İletişim ve Hizmet Kalitesi İlişkisi: Hizmet Sunucuya Güvenin Aracı Etkisi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(23), 93-108.
138. Hong H. (2020). Patient-centered communication, patient trust, and patient satisfaction: A cross-sectional study. *Health Communication*, 35(6), 664–671
139. Liu PL, Tsai YH, Hsu CF. (2021). Patient-centered communication and trust in physicians: The mediating role of patient participation. *Journal of Health Communication*, 26(3), 161–170
140. Lerch MF, Madathumchalil J, Cueni J, Kühne S, Jaks R, Woźniak H. (2024). Factors associated with patient trust in physicians: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 450
141. Zeng J, Wang L, Zhang Y. (2024). Doctor–patient communication and its impact on medication adherence: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 117, 1–10
142. Haas JW. (2022). Effect of patient-centered communication on likelihood to take medication. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 1956–1963
143. Sharkiya, SH. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review, *BMC Health Serv Res* 23 , 886.
144. Handra S, Ward P, Mohammadnezhad M. (2018). Factors associated with patient satisfaction in outpatient department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, a mixed method study. *Front Public Health*. 2019;7:183.
145. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. (2018). Trust and communication in a doctor- patient relationship: A literature review. *J Health Commun [Internet]*. [cited 2023 Mar 16]; 03(03).

8 EKLER

EK 1 Anket

ANKET FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu anket formu Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yürütülmekte olan “Hasta Merkezli İletişim ve Hekime Güvenin Tedaviye Uyuma Etkisi” başlıklı doktora tez çalışması için yapılmaktadır. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, geçmiş oluşum dileklerimi sunarım.

Mustafa Kemal BOZ

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

Lütfen size uygun cevabı seçiniz.

1. Demografik Bilgiler.

a. Cinsiyetiniz.

() Kadın () Erkek

b. Yaş kategoriniz.

() 20'nin altında () 20-29 () 30-39
() 40-49 () 50-59 () 60 ve üzeri

c. Eğitim durumunuz.

() İlköğretim () Lise () Ön lisans
() Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

d. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

() Evet () Hayır

EK 1 Anket (devam)

e. Şu anki rahatsızlığınız dışında farklı bir rahatsızlığınız bulunuyor mu?

() Evet () Hayır

f. Şu anki rahatsızlığınızın tedavisi için farklı bir kuruma/doktora başvurunuz oldu mu?

() Evet () Hayır

g. Cevabınız “Evet” ise; tedavinize neden bu kurum/doktor ile devam etmek istemediniz?

() Maddi sebepler () Randevu alamama () Güvenin sarsılması

() Doktorun ilgisizliği/memnuniyetsizlik () Kalabalık olması () İletişim sorunları

() Hastanenin teknik yetersizliği () Ulaşım sorunları () Diğer

2. Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyerek belirtiniz (x).

Hasta Merkezli İletişim	Hiçbir zaman	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Doktorunuz; sağlığınız veya sağlık bakımınızla ilgili belirsizlik duygularıyla başa çıkmanızda size ne sıklıkla yardımcı oldu?				
2. Doktorunuz; sizinle ne sıklıkla yeterince zaman geçirdi?				
3. Doktorunuz; olayları size ne sıklıkla anlayabileceğiniz şekilde açıkladı?				
4. Doktorunuz; sağlığınıza dikkat etmeniz için yapmanız gereken şeyleri anladığınızdan ne sıklıkla emin oldu?				
5. Doktorunuz; sağlığınızla ilgili kararlara sizi ne sıklıkla dâhil etti?				
6. Doktorunuz; his ve duygularınıza yönelik ihtiyaç duyduğunuz dikkati size ne sıklıkla verdi?				
7. Doktorunuz; size ne sıklıkla sağlıkla ilgili tüm sorularınızı sorma şansı verdi?				

EK 1 Anket (devam)

3. Lütfen aşağıdaki ifadeleri en sık hizmet aldığınız hekime göre sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyerek cevaplayınız (x).

Hekime Güven	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
8. Doktorum bazen tıbbi gereksinimlerimden çok, bana neyin uygun olduğuna önem verir.					
9. Doktorum fazlasıyla kapsamlı inceler ve dikkatlidir.					
10. Doktorumun verdiği tıbbi kararlara tamamen güvenirim.					
11. Doktorum hastalığım ile ilgili muhtemel tedavi seçenekleri konusunda yüzde yüz dürüst davranır.					
12. Doktoruma tamamen güvenirim.					
Tedaviye Uyum	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
13. Hasta olduğumda doktorumun önerdiği tüm ilaçları alırım.					
14. Kronik hastalıklarda veya sağlığımı korumak için doktorumun önerdiği tüm ilaçları alırım.					
15. Doktorumun söylediklerine harfiyen uyarım (evde dinlenmek, diyetle uymak gibi).					
16. Doktorumun önerdiği programa göre gerekirse doktora tekrar giderim (kontrol veya takip için).					
17. Doktorum tarafından önerilen test ve tahlilleri yaptırırım.					

EK 2 Etik Kurul Onayı



9 ÖZGEÇMİŞ

