



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**KANSER HASTALARINDA HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN HASTA
KATILIMI, SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, HİZMET KALİTESİ
ALGISI VE HASTA TATMİNİ ÜZERİNE ETKİLERİ**

Cuma ÇAKMAK

Doktora Tezi

Ankara, 2023

KANSER HASTALARINDA HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN HASTA
KATILIMI, SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, HİZMET
KALİTESİ ALGISI VE HASTA TATMİNİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Cuma ÇAKMAK

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2023

KABUL VE ONAY

Cuma akmak tarafından hazırlanan ‘‘Kanser Hastalarında Hasta Merkezli İletişimin Hasta Katılımı, Sağlık İlgili Yaşam Kalitesi, Hizmet Kalitesi Algısı ve Hasta Tatmini Üzerine Etkileri’’ başlıklı bu çalışma, 29.05.2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Başkan)

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOğLU (Danışman)

Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAşAR (Üye)

Prof. Dr. Oğuz IşIK (Üye)

Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLşEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

29/05/2023

Arş. Gör. Cuma ÇAKMAK

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Özgür UğURLUOğLU** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Arş. Gör. Cuma ÇAKMAK

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının tüm süreçlerinde çok değerli bilgi ve deneyimleriyle sonsuz desteğini ve sabrını benden esirgemeyen sadece akademik anlamla değil karşılaştığım tüm problemlerde hep yanımda olan kıymetli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na;

Tez izleme komitesinde yer alarak değerli fikirlerini ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Yusuf ÇELİK ve Prof. Dr. Gülbiye Yenimahalleli YAŞAR'a;

Tezin yürütülmesi için gerekli izinleri veren Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerine ve çalışanlarına, tezin verilerinin toplandığı Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetici ve çalışanlarına;

Bir yandan işlerini yaparken diğer taraftan uzun bir veri toplama sürecinde bana anlayış gösteren Onkoloji biriminde görevli değerli hekim, hemşire ve sağlık çalışanlarına;

Dicle Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin KURT'a, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Nöromusküler Hastalıklar Uzmanı Uzm. Dr. Askeri TÜRKEN'e, Dr. Öğr. Üyesi Abidin TÜZÜN'e, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR'a, Dr. Öğr. Üyesi Hasan Giray ANKARA'ya, Dr. Öğr. Üyesi Selman Kızılkaya'ya, Dr. Murat KONCA'ya, Dr. Haşim ÇAPAR'a, Uzm. Ömer Ekinci'ye, Mehmet Aziz ÇAKMAK'a ve araştırmaya katılan tüm kanser hastalarına teşekkürü bir borç bilirim.

Bu çalışmayı kanser hastalığından yitirdiğimiz canlara ve bu hastalıkla mücadele eden tüm kanser hastalarına ithaf ediyorum.

ÖZET

ÇAKMAK, Cuma. *Kanser Hastalarında Hasta Merkezli İletişimin Hasta Katılımı, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Hizmet Kalitesi Algısı ve Hasta Tatmini Üzerine Etkileri*, Doktora Tezi, Ankara, 2023.

Hasta merkezli iletişim, hizmet sunucu ile hasta arasında gerçekleşen ve hastaların ihtiyaçlarının, bakış açılarının, bireysel deneyimlerin dikkate alındığı, hastaların bakımlarına katılmaları için fırsatlar sağlandığı ayrıca iletişim ilişkisinin güçlendirilmesini içeren bir iletişim türüdür. Kanser tedavisinde hasta merkezli iletişim hastalara; zor haberleri alma ve yaşamı tehdit eden kanserin duygusal etkisini yönetme, karmaşık tıbbi bilgileri anlama, birden fazla sağlık uzmanıyla iletişim kurma, belirsizlikle başa çıkma, sağlığı hakkında karar verme ve sağlığı geliştirici davranışları benimseme gibi çeşitli şekillerde yardımcı olmaktadır. Hasta merkezli iletişimin sağlık sonuçları üzerinde etkilerinin olduğu ve çeşitli faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. Bu çalışmada, hasta merkezli iletişimi etkileyebilecek sosyo-demografik, hastalıkla ilgili, kanser tedavisine erişim ile tedavinin kullanımı ve ilişki faktörlerinin incelenmesi ve hasta merkezli iletişimin, hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerindeki etkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırma, Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi gören 312 kanser ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin analizi için SPSS 22.0 ve AMOS 22.0 programları kullanılmıştır. Araştırma kapsamında; cinsiyet, kanser türü, kanser evresi, tedavi süresi, fiziksel ve ruhsal sağlık statüsü, kuruma başvuru sıklığı, hizmet alım şekli, hekime güven ve iletişim süresi değişkenlerinin hasta merkezli iletişim ve alt boyutları ile ilişkili olduğu ayrıca hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalite algısı ve hasta tatminini olumlu yönde etkilediği istatistiksel olarak ortaya konulmuştur. Bu çalışmada hasta merkezli iletişimin çeşitli sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediği vurgusu yapılmakta ve hizmet sunucu-hasta iletişimin geliştirilmesine yönelik öneriler sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler

Hasta Merkezli İletişim, Kanser Hastalığı, Hasta Katılımı, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Hizmet Kalite Algısı, Hasta Tatmini

ABSTRACT

ÇAKMAK, Cuma. *Effects of Patient-Centered Communication on Patient Engagement, Health Related Quality of Life, Perception of Service Quality and Patient Satisfaction in Cancer Patients*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2023.

Patient-centered communication is a type of communication between the service provider and the patient that takes into account the needs, perspectives and individual experiences of patients, provides opportunities for patients to participate in their care, and strengthens the communication relationship. Patient-centered communication in cancer treatment helps patients in various ways, such as receiving difficult news and managing the emotional impact of life-threatening cancer, understanding complex medical information, communicating with multiple healthcare professionals, coping with uncertainty, making decisions about their health, and adopting health-promoting behaviors. Patient-centered communication has effects on health outcomes and is influenced by various factors. It was aimed to examine socio-demographic, disease-related, cancer treatment access, treatment use and relationship factors that may affect patient-centered communication and to reveal the effects of patient-centered communication on patient engagement, health-related quality of life, perception of service quality and patient satisfaction. The study was conducted with 312 cancer patients who were being treated in a training and research hospital affiliated to the Ministry of Health in Diyarbakır. SPSS 22.0 and AMOS 22.0 programs were used to analyze the research data. It was statistically revealed that gender, cancer type, cancer stage, treatment duration, physical and mental health status, frequency of application to the institution, type of application, trust in the physician and communication duration variables were associated with patient-centered communication and its sub-dimensions, and patient-centered communication positively affected patient engagement, health-related quality of life, service quality perception and patient satisfaction. In this study, it is emphasized that patient-centered communication positively affects various health outcomes and suggestions for improving provider-patient communication are presented.

Keywords

Patient-Centered Communication, Cancer Disease, Patient Engagement, Health-Related Quality of Life, Perception of Service Quality, Patient Satisfaction

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: İLETİŞİM KAVRAMI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÖNEMİ.....	7
1.1. İLETİŞİM KAVRAMI VE MODELİ.....	7
1.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAVRAMI.....	9
1.3. HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ.....	12
1.4. HEKİM-HASTA İLETİŞİM MODELLERİ.....	14
1.4.1. Paternalist İletişim Modeli	14
1.4.2. Tüketici İletişim Modeli.....	16
1.4.3. İhmal Edilen veya Bırakınız Yapsınlar İletişim Modeli	16
1.4.4. Katılma Dayalı İletişim Modeli	17
1.5. KANSER HASTALARINDA İLETİŞİMİN ROLÜ.....	18
2. BÖLÜM: HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM.....	21
2.1. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM KAVRAMI VE ÖNEMİ	21
2.2. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	25
2.3. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN BİLEŞENLERİ	28
2.3.1. Bilgi Alışverişinde Bulunmak	28
2.3.2. İyileştirici İlişkileri Teşvik Etmek.....	29
2.3.3. Karar Vermek	29

2.3.4. Duygulara Cevap Vermek	30
2.3.5. Belirsizliği Yönetmek	30
2.3.6. Hasta Öz Yönetimini Etkinleştirme	30
2.4. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN SAĞLIK SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	31
2.5. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN BELİRLEYİCİLERİ.....	33
3. BÖLÜM: HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM İLE HASTA KATILIMI, SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, HİZMET KALİTESİ ALGISI VE HASTA TATMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER	38
3.1.HASTA KATILIMI.....	38
3.1.1.Hasta Katılımı Kavramı	38
3.1.2.Hasta Katılımı İle Hasta Merkezli İletişim Arasındaki İlişki.....	40
3.2. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ	42
3.2.1.Yaşam Kalitesi	42
3.2.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	44
3.2.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Hasta Merkezli İletişim İlişkisi	47
3.3.HİZMET KALİTE ALGISI	49
3.3.1.Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi.....	49
3.3.2.Hizmet Kalite Algısı ve Hasta Merkezli İletişim İlişkisi	50
3.4. HASTA TATMİNİ.....	52
3.4.1.Hasta Tatmini Kavramı	52
3.4.2.Hasta Tatmini ve Hasta Merkezli İletişim İlişkisi.....	53
4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	55
4.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	55
4.2.ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLERİ	58
4.3.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	61
4.3.1. Kanser Bakımında Hasta Merkezli İletişim (PCC-Ca-36) Ölçeği	62
4.3.2.Hasta Katılım Ölçeği	63
4.3.3.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (EQ-5D-3L) Ölçeği.....	64
4.3.4.Hizmet kalitesi algısı	65
4.3.5.Hasta Tatmini Kısa Değerlendirme Ölçeği (SAPS).....	65
4.4.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	66
4.5.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ	67

4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	69
5. BÖLÜM: BULGULAR.....	70
5.1. GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	70
5.1.1.Hasta Merkezli İletişim, Hasta Katılımı ve Hasta Tatmini Ölçeklerine İlişkin Dil Geçerliliği	70
5.1.2. Hasta Merkezli İletişim Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular.....	71
5.1.3. Hasta Katılımı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular	74
5.1.4.Hasta Tatmini Kısa Değerlendirmesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguları.....	75
5.2.TANIMLAYICI BULGULAR	77
5.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR	84
5.3.1.Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	84
5.3.2.Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	93
5.3.3.Araştırmaya Katılan Hastaların Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımı Değişkenlerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	102
5.3.4.Araştırmaya Katılan Hastaların İlişki Değişkenlerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	106
5.4.REGRESYON ANALİZLERİ.....	110
6. BÖLÜM:TARTIŞMA.....	115
6.1.TANIMLAYICI BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	115
6.2.TEK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	120
6.3. ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	137
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	151
KAYNAKÇA	164
EKLER.....	202
EK-1: ANKET FORMU	202

KISALTMALAR DİZİNİ

AMOS	: Analysis of Moment Structures (Faktör Yapılarının Analizi)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)
CMIN/DF	: Relative Chi Square Index/Degree of Freedom (Ki-Kare İstatistiğinin Serbestlik Derecesine Oranı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
HMI	: Hasta Merkezli İletişim
HRQOL	: Health-Related Quality of Life (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi)
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin (Örneklem Yeterliliği Ölçüsü)
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
Ort.	: Ortalama
PCC	: Patient Centered Communication (Hasta Merkezli İletişim)
RMSA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
S.S.	: Standart Sapma
SAPS	: The Short Assessment of Patient Satisfaction (Hasta Tatmini Kısa Değerlendirmesi Ölçeği)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
Std. Hata	: Standart Hata
TLI	: Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
VIF	: Variation Inflation Factor (Varyans Şişkinlik Katsayısı)
QOL	: Quality of Life (Yaşam Kalitesi)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hekim-Hasta İletişimin Etkili Olarak Gerçekleşmesinin Önündeki Engeller ..	14
Tablo 2. Hekim-Hasta İletişiminde Gerçekleşebilecek İletişim Modelleri.....	18
Tablo 3. Yaşam Kalitesi Boyutları.....	43
Tablo 4. Kaliteli Sağlık Hizmetinin Sahip Olması Gereken Özellikler	50
Tablo 5. Hasta Merkezli İletişim Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri.....	73
Tablo 6. Hasta Katılımı (Patient Engagement) Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri.....	75
Tablo 7. Hasta Tatmini Kısa Değerlendirmesi (SAPS) Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri.....	76
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kanser Hastalarına Yönelik Sosyo-Demografik Özellikler	77
Tablo 9. Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	78
Tablo 10. Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımı ile İlişki Özelliklerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular.....	79
Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Değişkenlere İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Katsayıları.....	83
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	84
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	85
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hastaların Medeni Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	86
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Hastaların Gelir Durumuna Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	87
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Hastaların Hanedeki Esas Geliri Kazanan Kişi Olma Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	88
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	89
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hastaların İkamet Yerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Al Boyutlarına İlişkin Skorları.....	90

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	91
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Hastaların Hizmet Sunumu Sırasında Dil Problemi Yaşama Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	92
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Hastaların Kansere Türüne Göre Hasta Merkezli İletişim Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	93
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Hastaların Kansere Evrelerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	94
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Hastaların Almış Oldukları Tedavi Türüne Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	96
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Sürelerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skoları	97
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Hastaların Komorbidite Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	98
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hastaların Cerrahi İşlem Geçirme Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	99
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	100
Tablo 28. Araştırmaya Katılan Hastaların Ruhsal Sağlık Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	101
Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviye Erişim Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	103
Tablo 30. Araştırmaya Katılan Hastaların Kuruma Başvuru Sıklığına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	104
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hastaların Kuruma Başvuru Şekline Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları	105
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlık Çalışanları İle Geçirdiği İletişim Sürelerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları.....	106
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hastaların Hekime Güvenme Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına Skorları	107
Tablo 34. Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarının Belirleyicilerine Göre Özet Analiz Sonuçları.....	109

Tablo 35. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Hasta Katılımı Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	110
Tablo 36. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	111
Tablo 37. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Hizmet Kalite Algısı Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	112
Tablo 38. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Hasta Tatmini Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	113

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Shannon ve Weaver'in Klasik İletişim Modeli.....	9
Şekil 2. Hasta Merkezli İletişim Modeli	23
Şekil 3. Hasta Merkezli İletişimin Kavramsal Çerçevesi.....	27
Şekil 4. Hasta Merkezli İletişimin Belirleyicileri	33
Şekil 5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Modeli.....	46
Şekil 6. Araştırma Modeli.....	60
Şekil 7. Hasta Merkezli İletişim Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	72
Şekil 8. Hasta Katılım Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi	75
Şekil 9. Hasta Tatmini Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	76

GİRİŞ

Kanser bakımındaki sürekli gelişme ile kanserin etiyojisi konusunda bilgi düzeyinin arttığı, yeni tedavi yöntemlerinin ve kanser bakımı sağlama modellerinin geliştirildiği görülmektedir. Ancak, tüm bu değişikliklerin merkezinde kanserli hastalar ve hizmet sunucuları bulunmaktadır. Hasta ve hizmet sunucu arasındaki dinamik ilişkiyi, özellikle iletişim ilişkisini anlamak ve bu ilişkiyi optimize etmenin yollarını geliştirmek çok sayıda araştırmanın odak noktası olmuştur (Jenerette ve Mayer, 2016). Bu araştırmaların çıkış noktası olan ve Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM)'nün 2001 yılında yayımladığı “*Kalite Uçurumunu Aşmak: 21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Sağlık Sistemi*” başlıklı raporda sağlık sisteminin yeniden tasarımında iyileştirilmesi istenen altı amaç ortaya atılmış ve tıbbi bakımın hasta merkezli olması gerektiği belirtilmiştir. IOM Raporu ile hedeflenen altı amaç; sağlık hizmetlerinin güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil bir şekilde sunulması ve bu alanlarda iyileştirme yapılmasının gerekliliğidir. Ayrıca söz konusu rapor ile tüm Amerikalıların güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil sağlık hizmeti alabilmesini sağlamak için temel bir reform ihtiyacı ortaya konulmuştur. Literatür incelendiğinde bu bileşenlerden birisi olan “hasta merkezliliğe” çokça önem atfedildiği görülmektedir. IOM hasta merkezli bakımın “*hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı, bunlara cevap verebilen ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bakım*” olarak tanımlanması gerektiğini belirtmiştir (IOM, 2011). Hasta merkezli bakım, hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında, iki yönlü bilgi paylaşımını gerektiren ve hastaların bakımlarına aktif katılımını destekleyen (aktif olarak dâhil olmak istedikleri ölçüde) güçlü bir iletişim kurulmasına dayanmaktadır (Epstein ve diğerleri, 2010). Hasta merkezli bakımın temelinde de hasta merkezli iletişim (Patient-Centered Communication-PCC) olduğu ifade edilmekte ayrıca hasta merkezli iletişim, hasta merkezli bakımın sağlanmasında birincil mekanizma olarak değerlendirilmektedir (Jenerette ve Mayer, 2016; Reeve ve diğerleri, 2017).

Hasta merkezli iletişim yaklaşımı; sorunun, tedavi amaçlarının, tedavinin ve sağlığın önündeki engellere yönelik ortak bir anlayış geliştirmek için hastayı bir bütün olarak ele

almaya yani kişinin; kişiliğini, yaşam öyküsünü ve sosyal yapısını kabul etmeye dayanmaktadır (Naughton, 2018). Hasta merkezli iletişim, hekim ve diğer hizmet sunucuları ile hasta arasındaki etkileşimin süreçleri ve sonuçları açısından tanımlanmaktadır. Ayrıca, hasta merkezli iletişimde (1) hasta perspektifini ortaya çıkarma ve anlama (örneğin; hastanın kaygıları, fikirleri, beklentileri, ihtiyaçları, duyguları), (2) hastayı içerisinde bulunduğu kendine özgü psikososyal ve kültürel çevre içinde anlama ve (3) hastanın problemleri ve hastanın değerlerine uygun tedaviler hakkında ortak bir anlayışa veya fikre ulaşma amaçlanmaktadır (Epstein ve Street, 2007). Hasta merkezli iletişim, hekimlerin ve diğer sağlık hizmeti sunucularının, hastaların gerçek isteklerini ortaya çıkarmak için iletişim becerilerine sahip olmalarını ve hem ihtiyaçlarını hem de duygusal endişelerini tanımalarını ve bunlara cevap vermelerini gerektirmektedir. Herhangi bir teknik beceri kadar iletişim de kişiye kariyeri boyunca öğretilmesi gereken karmaşık bir prosedürdür (Levinson, 2011). Hastanın hastalığa bakış açısını anlamak ve empati geliştirebilmek hasta merkezli iletişimin temel özellikleri arasında gösterilmektedir. Hastanın bakış açısını anlamak, hastanın hastalığın etkisi ve hastanın hekimden ne beklediğiyle ilgili duygularını, fikirlerini, endişelerini ve deneyimlerini keşfetmeyi gerektirir (Hashim, 2017).

Hasta merkezli iletişim, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir unsur ve yüksek kaliteli kanser bakımı için de temel bir gereklilik olarak görülmektedir (Levit ve diğerleri, 2013). Hasta merkezli iletişim, hasta merkezli kanser bakımının önemli bir parçası olmakla birlikte hasta anlayışına, tatminine, motivasyonuna, güvenine, sağlığına ve esenliğine doğrudan ve dolaylı olarak katkıda bulunmaktadır (Gattellari ve diğerleri, 2001; Street, 2013). Hasta merkezli iletişim yaklaşımı hastaların ihtiyaçlarını, bakış açılarını ve bireysel deneyimlerini dikkate almakta, hastaların bakımlarına katılmaları için fırsatlar sağlamakta ve hasta-hizmet sunucu ilişkisini güçlendirmektedir (Epstein ve Street, 2007). Hasta ve hizmet sunucu arasında kurulan etkili iletişimin, hastaların sağlık hizmetlerine katılımını önemli ölçüde artırdığı ayrıca hizmet kalitesi ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Jenerette ve Mayer, 2016). Hasta-hizmet sunucu ilişkisi hastanın tedaviye aktif katılımını gerektirmektedir (Fumagalli ve diğerleri, 2015). Kanser bakım ortamında gerçekleşen hasta merkezli iletişim, hastalara zor haberleri alma ve potansiyel olarak

yaşamı tehdit eden kanser hastalığının duygusal etkisini ele alma, karmaşık tıbbi bilgileri anlama, birden fazla sağlık uzmanıyla iletişim kurma, belirsizlikle başa çıkma, kendi durumları hakkında karar verme, sağlığına özen gösterme ve sağlığı geliştirici davranışları benimseme gibi çeşitli konularda önemli ölçüde yardımcı olmaktadır (Treiman ve diğerleri, 2017).

Hekimler, hasta merkezli bakımda önemli bir rol oynamakla birlikte bakımın başarısı hasta ile olan iletişimlerine bağlıdır. Örneğin, hasta merkezli iletişim hasta katılımını teşvik etmekte ve tıbbi kararın hastaların değerleri, tercihleri, inançları ile tutarlı olması ve hastaların karar alma süreçlerinde aktif rol almaları gerektiğini vurgulamaktadır. Hastanın iletişime katılımı hasta merkezli iletişim yaklaşımının olmazsa olmaz koşuludur. Bu nedenle, hasta merkezli iletişim, bireyle iletişimin bir özelliği olarak değil, etkileşimin bir özelliği olarak kavramsallaştırılmaktadır (Street, 2017). Hasta merkezli iletişim, hekimler, hastalar ve uygun olduğunda aileler tarafından ortaklaşa gerçekleştirilmesi gereken hedeflere odaklanmaktadır. Hasta merkezli iletişimin bazı özellikleri şu şekilde ifade edilmektedir (Street, 2017):

- Hastanın bakış açısını ortaya çıkarır (inançlar, tercihler, endişeler, ihtiyaçlar).
- Hastanın sağlık ve refahının biyo-psiko-sosyal bağlamını araştırır.
- Hekim-hasta ilişkisinde güven ve karşılıklı saygı yaratır veya ilişkiyi güçlendirir.
- Hastalık ve tedavi seçeneklerini hastanın anlayacağı şekilde ortaya koyar.
- Hastaların iletişim ve karar verme sürecine aktif olarak katılımı destekler.
- Problemin çözümünde ve eylem planlarında ortak akıl esas alır.
- Kanıta dayalı, hastanın değerleriyle tutarlı ve uygulanması mümkün olan kararlar vermeye olanak tanır.

Çalışmalar hasta merkezli iletişimin çeşitli belirleyicilerinin olduğunu gösterdiği gibi hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalite algısı, hasta tatmini gibi birçok faktörle de ilişkili olduğunu göstermektedir. Hasta-hizmet sunucu iletişimi ve hasta sonuçları arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar genellikle hasta tatminine ve tıbbi tedaviye, sağlık alışkanlıklarına ve kişisel bakıma bağlılık üzerine odaklanmıştır (Arora, 2003; Epstein ve diğerleri, 2010). Yapılan çalışmalar hasta merkezli iletişimin bir yandan sağlık hizmetlerinde meydana gelen maliyetleri ve eşitsizlikleri azaltırken diğer yandan hasta tatminini, bakım kalitesini ve sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Epstein ve diğerleri, 2010). Hasta merkezli iletişim, hastaların sağlığı geliştirme faaliyetlerine daha fazla katılım, tedavi önerilerine bağlılık, sağlık durumunda iyileşme, daha iyi yaşam kalitesi, hasta tatmini ve hizmet kalite algıları ile ilişkilendirilmiştir (Spooner ve diğerleri, 2016).

Zayıf iletişim hastayı rahatsız etmekte ve hasta-hizmet sunucu ilişkisine zarar verebilmektedir. Bunun aksine güçlü ve etkili iletişim hasta sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratabilmektedir (Thorne ve Stajduhar, 2012). Pek çok çalışmada kaliteli kanser bakımı sağlamada hasta merkezli iletişimin gerekliliğine ve önemine vurgu yapılmaktadır (Levit ve diğerleri, 2013). Hasta merkezliliğin kanser bakımındaki önemini kabul eden Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute), 2007 yılında “*Kanser Bakımında Hasta Merkezli İletişim: İyileşmeyi Teşvik Etme ve Acıyı Azaltmak (Patient-Centered Communication in Cancer Care Promoting Healing And Reducing Suffering)*” başlığıyla bu alandaki araştırmaları güçlendirmek için bir girişim başlatmıştır (Epstein ve Street, 2007). Söz konusu çalışmada kanser yükünü azaltma hedefi bağlamında hastalar/aileler ve sağlık hizmetleri sunum ekibi arasındaki iletişim sürecinin nasıl optimize edileceğini anlamanın çok önemli olduğu vurgulanmakta ayrıca hasta merkezli kanser iletişim stratejilerini geliştirmek için araştırmacılar ve uygulayıcılarla iş birliğini sürdürmek amaçlanmaktadır. Ayrıca kanser bakımında hasta merkezli iletişimi ölçmeye yönelik ileri düzey araştırma ve analizlerin yapılması önerilmektedir (Epstein ve Street, 2007).

Hasta merkezli iletişimi etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlardan ilki; kişilik, sosyal değerler, eğitim, cinsiyet, yaş, hastanın fiziksel ve ruhsal sağlığı gibi

hasta ile ilgili faktörlerdir (Kourakos ve diğerleri, 2017). Ayrıca literatürde hasta ile ilgili faktörlerin yanında sağlık sistemine (sigortalılık durumu, sağlık hizmetine erişim, bekleme süreleri vb.), hizmet sunucuya (kişilik, bilgi düzeyi vb.) ve ilişki faktörlerine (iletişim süresi, değer ve inançlar vb.) de atıflar yapılmaktadır (Epstein ve diğerleri, 2005). Çalışmalar aynı zamanda hasta merkezli iletişimin hastanın öz-yeterliliği, güçlenmesi ve etkinleştirilmesi (aktivasyonu) (O’Hair ve diğerleri, 2003) kaygının azalması ve daha iyi psikolojik uyum (Fallowfield ve diğerleri, 1994; Takayama ve diğerleri, 2001) dâhil olmak üzere diğer önemli hasta sonuçlarına (Arora, 2003; Street ve diğerleri, 2009), klinik kanıtlarla desteklenen, hasta değerleri ve tercihleri ile uyumlu kaliteli klinik kararlar (Charles ve diğerleri, 1999; Institute of Medicine, 2001) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (HRQOL) (Kaplan ve diğerleri, 1989; Lewin ve diğerleri, 2001) üzerine hem doğrudan hem de dolaylı olarak katkıda bulunduğunu göstermektedir. Etkili hasta merkezli iletişim aynı zamanda hastanın tıbbi kanıtları anlamasına yardımcı olmakta ve hastanın kişisel değer ve tercihleri göz önüne alınarak ortak kararların verilmesine destek sağlamaktadır (McCormack ve diğerleri, 2011; Thorne ve diğerleri, 2013). Hasta merkezli iletişimin bakıma erişimi iyileştirme, hasta bilgisini ve ortak anlayışı artırma, tedavi edici (terapötik) ittifakları geliştirme ve hastanın öz-yeterliliğini artırma gibi çeşitli “yollar” aracılığıyla hasta sonuçlarına olumlu katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Street ve diğerleri, 2009).

Baile ve Aaron (2005) etkili ve empatik iletişimin kanser hastalarının yaşam kalitesi ve bakımdan tatmin olma düzeylerini artırdığını tespit etmişlerdir. Ancak hasta merkezli iletişimin spesifik unsurlarının kanser bakımı bağlamında HRQOL ve diğer sağlık sonuçlarını etkileme mekanizmaları ile ilgili kanıtların sınırlı olduğu ifade edilmektedir (Epstein ve diğerleri, 2010; Street ve diğerleri, 2009).

Hasta merkezli iletişim uluslararası literatürde özellikle kanser hastaları bağlamında sıklıkla çalışma konusu edilmiştir. Ulusal literatüre bakıldığında ise; kanser hastalarında hasta merkezli iletişim düzeyi ile bu düzeyin çeşitli hasta çıktıları üzerindeki etkilerini ortaya koyan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca ulusal literatürde hasta merkezli iletişimin belirleyicilerinin neler olduğuna ilişkin çalışmalara da rastlanılmamıştır. Bu çalışmada kanser hastalarında hasta merkezli iletişimin

belirleyicilerinin ortaya konulması, hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıklı ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi ve hasta tatmini üzerine olan etkilerinin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Bu çalışma toplam yedi bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde iletişim olgusuna, iletişimin kavramsal çerçevesi ve modeline, kanser hastalarında iletişimin önemine, hekim-hasta iletişim modellerine yer verilmiştir. İkinci bölümde hasta merkezli iletişimin kavramsal çerçevesi, hasta merkezli iletişimin bileşenleri, hasta merkezli iletişimin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerinden bahsedilmektedir. Üçüncü bölümde hasta katılımı, sağlıklı ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini kavramları açıklanmış ve bu kavramların hasta merkezli iletişim ile olan ilişkisine yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmanın metodolojisine, beşinci bölümünde araştırmaya ilişkin bulgulara, altıncı bölümde elde edilen bulgulara yönelik tartışmalara, son bölümde ise elde edilen bulgulara yönelik sonuç ve önerilere yer verilmektedir.

1. BÖLÜM

İLETİŞİM KAVRAMI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÖNEMİ

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle iletişim ve sağlık iletişimi kavramlarına değinilmiştir. Ardından hekim-hasta iletişimine, hekim-hasta iletişim modellerine ve son olarak kanser hastalarında iletişimin rolüne yer verilmiştir.

1.1. İLETİŞİM KAVRAMI VE MODELİ

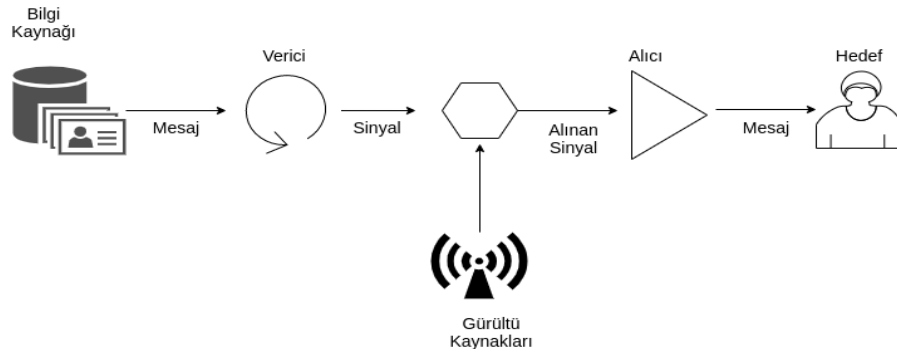
İletişim insan ile başlamaktadır. Bu sebeple iletişimin insanlık tarihi kadar eski olduğu, bir başka ifadeyle iletişim tarihinin insanlık tarihi olduğu ifade edilebilir. İletişim, disiplinler arası bir alan olduğu için farklı disiplinlerin de çalışma alanı olmuştur. Günlük yaşam pratiği içerisinde, hayatın her aşamasında gerçekleşen ilişkilerde iletişimin önemli bir rolü bulunmaktadır. İletişim, günlük yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır ve bireyin toplumsal yaşamdaki yerinin en önemli belirleyicisidir. İnsanın olduğu her yer ve ortamda iletişimin varlığını sürdürdüğü gerçeği aşikârdır. Antik çağlardan günümüze kadar iletişim varlığını sürdürmüş ancak iletişim kurma yöntem ve tekniklerinde ise değişimler meydana gelmiştir (Işık, 2008).

İletişim teriminin kökenine bakıldığında, İngilizce “communication” kelimesinin karşılığı olarak Türkçe’de kendisine yer edinmiştir. İletişim kavramının şimdiye kadar yüzlerce tanımının yapıldığı bilinmektedir. Communication kavramının kelime kökenine bakıldığında “commun” sözcüğü “ortaklaşmak”, “ortak kılmak” anlamını taşımaktadır. Genel bir ifadeyle, iletişim “*herhangi bir şeyin ya da bilginin ortaklaşa kullanılması*” anlamına gelmektedir (Işık, 2008). Encarta sözlüğüne göre iletişim şu tanımları içermektedir; 1. *Bilgi alışverişi*; konuşma, yazma, ortak bir işaret ve davranış sistemi kullanma yoluyla bireyler arasında bilgi alışverişi; 2. *Mesaj*; sözlü veya yazılı bir mesaj; 3. *İletişim eylemi*; bilgi alışverişi süreci 4. *Uyum*; karşılıklı anlayış ve sempati duygusu; 5. *Erişim*; bir erişim veya iletişim aracı, örneğin bir bağlantı kapısı (Schiavo, 2014). İletişim, bilginin başkalarına sunulduğu ve başkalarıyla paylaşıldığı bir

araçtır. İletişim, bilgi iletimi veya değişimi anlamına gelmektedir (Thomas, 2006). Daha resmi tanımla, bir kaynak ile bir veya daha fazla alıcı arasındaki bilgi aktarımıdır. En temel düzeyde iletişim, bir gönderici, bir mesaj, bir alıcı ve bir iletişim kanalı gerektirmektedir (Berry, 2006). Bir dizi ortak kural kullanarak anlamları paylaşma süreci olarak da tanımlanabilir (Northouse ve Northouse, 1998). İletişimin üç farklı temel amacı bulunmaktadır: (1) kişiler arası iyi bir ilişki yaratmak; (2) bilgi alışverişinde bulunmak; (3) ortak kararlar vermek (Ong ve diğerleri, 1995).

Bireyin yaşamını anlamlı hale getirilebilmesi, kendini doğayla ve diğer insanlar ile ilişki içerisinde görmesiyle sağlanabilmektedir. Bu ilişkiyi kurabilmenin yolu iletişimden geçmektedir. Bu noktada iletişim kurmaktan kasıt, bireyler arasında gerçekleşen her türlü bilgi, duygu ve düşünce alışverişidir (Işık, 2008).

Literatür incelendiğinde çeşitli iletişim modellerinin geliştirildiği görülmektedir. Bunlar arasında klasik olarak tanımlanan model Shannon ve Weaver Modelidir. Shannon ve Weaver (1949) bilgi işleme yaklaşımına göre bir iletişim modeli geliştirmişlerdir. Modele göre, bilgi, bir “bilgi kaynağı” tarafından alınır, daha sonra bir mesaj ile kodlanır. Mesaj bir kanal içerisindeki sinyal ile alıcıya iletilir. Alıcı sinyali çözer (yani yorumlar) ve mesajı hedefe iletir. Shannon ve Weaver Modeli’nde tanımlanan diğer kavram ise “gürültü kaynağı”dır. İletişim sırasında, ortaya çıkan sesler (gürültü vb.) mesajın anlamını değiştirebilir dolayısıyla mesajda bozulmalar meydana gelebilir. Bu model, kaynaktan hedefe bilgi akışının ana hatlarını göstermektedir (bkz. Şekil 1). Bununla birlikte, “klasik” bir iletişim modeli olarak tanınmasına rağmen, mesajın temel olarak bir yönde (kaynaktan-hedefe) aktığı görüldüğünden, genellikle sınırlı olduğu kabul edilmekte ancak iletişimin işlemsel (iki yönlü) doğası göz ardı edilmektedir (Berry, 2006; Shannon ve Weaver, 1949).



Şekil 1. Shannon ve Weaver'in Klasik İletişim Modeli

Kaynak: Shannon ve Weaver, 1949

Bilgi, çok farklı şekillerde iletilebilmektedir. Bilgi aktarımı genellikle sözlü ve/veya yazılı dil aracılığıyla yapılır ancak sözel olmayan iletişim, etkileşimlerde daha önemli bir rol oynamaktadır. İnsanların duruşu, ifadeleri ve hatta giydiği kıyafetler dahi verilen mesajlara katkıda bulunmaktadır. Algılar, niyetler, duygular, sahip olunan kimlik, kasıtlı veya kasıtsız olarak sürekli bilgi iletimi yapmaktadır. Hiçbir şey söylemeden veya yapmadan bile bir mesaj iletilebilmektedir (Berry, 2006). Sosyal yaşantının her alanında iletişim önemli bir rol oynamaktadır. Öyle ki sağlık hizmetlerinde iletişim, hem hasta-hizmet sunucu arasındaki karşılaşmalarda hem de kanıta dayalı tıp biliminde ortaya çıkabilecek iletişim boşluklarını doldurmada önemli bir rol oynamaktadır (Bensing, 2000).

1.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ KAVRAMI

Sağlık iletişimi; özel veya kâr amacı gütmeyen sektörlerde gelişen ve giderek önemi artan bir alandır. Sağlık iletişiminin multidisipliner doğası nedeniyle, bu kavrama yönelik tanımların çoğu birbirinden farklı görünmektedir. Ancak bu tanımlar analiz edildiğinde, sağlık iletişiminin temel rolünün; halk sağlığı sonuçlarını iyileştirmek, bir davranışı benimsemek ve sürdürmek için bireyleri, toplulukları, sağlık profesyonellerini, politika yapımcıları veya özel grupları etkileme, destekleme ve yetkilendirme ile politika değişiklikleri gerçekleştirebilme olduğu ifade edilmektedir

(Schiavo, 2014). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) sağlık iletişimini *“bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde önemli sağlık sorunları hakkında toplumu bilgilendirme, insanları etkileme ve onları motive etme sanatı ve tekniği”* olarak tanımlamaktadır (Healthy People, 2021). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsani Hizmetler Dairesi (United States Department of Health and Human Services), sağlık iletişiminin, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve yaşam kalitesi dâhil olmak üzere, sağlık ve esenliğin hemen hemen her yönü ile ilgili olduğunu belirtmektedir (Rimal, 2009).

Sağlık iletişimi, iletişim ve sağlık alanlarını birbirine bağlamaktadır. Sağlığı geliştirme düşüncesi ile hareket eden kişileri bireysel ve toplumsal olarak sağlıkla ilgili konularda bilgilendirmek ve etkilemek için iletişim stratejilerinin araştırılmasını ve kullanılmasını kapsamaktadır. Sağlık iletişiminin, sağlık sonuçlarında, ilgili topluluklar ve özel grupların genel sağlık durumlarında oynayabileceği rolün önemli olduğu belirtilmektedir. Sağlık iletişiminin sağlığa erişiminin yanı sıra birçok stratejik eylem alanına (kişiler arası iletişim, profesyonel tıbbi iletişim, topluluk hareketi, vatandaş katılımı, kitle iletişim araçları ve yeni medya iletişimi) ilişkin farkındalık yarattığı bilinmektedir (Schiavo, 2014). Sağlık iletişimi, sağlık ve sağlık bakımı ile ilgili olarak birey ve toplumun bilgi düzeyini ortaya çıkarmak, tutumlarını geliştirmek ve sağlığa ilişkin uygulamalar hakkında onları bilgilendirmek ve etkilemek için iletişim stratejilerinin kullanılmasını kapsamakta, iletişim ve sağlık arasındaki ara yüzü temsil etmektedir. Sağlık iletişimi, hem kişisel sağlığı hem de halk sağlığını iyileştirmek için önemli ve gerekli bir unsur olarak kabul edilmekte, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinin tüm yönlerine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Thomas, 2006). Sağlık iletişimi, kitle ve sözlü iletişim, sağlık eğitimi, pazarlama, gazetecilik, halkla ilişkiler, psikoloji, bilişim ve epidemiyoloji dâhil olmak üzere çok sayıda disiplinden yararlanmaktadır (Bernhardt, 2004). Sağlık iletişimi, farklı popülasyonlara ve gruplara ulaşmakla ilgili çok yönlü ve çok disiplinli bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır. Sağlık iletişimi; bireyleri, sağlık profesyonellerini, hastaları, politika yapımcıları, organizasyonları, özel grupları, toplulukları ve halkı etkilemek, onları iletişim sürecine dâhil etmek için sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntemlerin değişik tokuşunu yaparak toplumu geliştirme ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştirmeyi amaç edinmektedir. Ayrıca

söz konusu bireyler ve toplumda davranış değişikliği gerçekleştirmek ve gerçekleştirilen uygulama veya politikaları benimsemelerini veya sürdürmelerini sağlamak da diğer bir sağlık iletişimi amacıdır (Schiavo, 2014).

Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili bilgileri paylaşma, arama ve anlamlandırma sürecini içerir. İnsanlar tıbbi yardım aradıklarında ve buna ulaştıklarında aynı zamanda komşuları ve sevdikleriyle sağlık hakkında konuştuklarında; internet, televizyon, filmler, dergiler ve diğer araçlar aracılığıyla sağlıkla ilgili mesajlarla karşılaştıklarında sağlık iletişimine dâhil olurlar (Thompson, 2014). Genel bir ifadeyle, sağlık iletişiminin sağlıkla ilgili süreçlere dâhil olan, sağlık, hastalık ve kamusal sağlık politikasıyla ilgili, profesyonel bir hizmet sunucu, hasta veya müşteriler arasında bilgi, görüş ve duyguların iletilmesi ve değiş-tokuş süreci olduğu belirtilmektedir (Okay, 2009).

Sağlık iletişiminin sağlık hizmetinin etkili olarak sunulmasının merkezinde olduğu kabul edilmektedir. Birçok araştırmacı iletişimin, hasta bakımının merkezinde yer aldığını ve bakımda çok önemli bir rol oynadığını kabul etmektedir (Berry, 2006). Daha iyi bir iletişim, hastalığı önleme ve davranış değişikliği yaratmada önemli bir motivasyon unsuru olabilir ve tedaviye uyumda kolaylaştırıcı etki yaratabilir (Thomas, 2006).

Sağlık iletişimi üzerine gerçekleştirilen uluslararası bir konferansta, iletişim uygulamaları ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye yönelik “Toronto Uzlaşısı Bildirisi” yayımlanmıştır. Bu bildiri de sağlık iletişimine yönelik sekiz duruma vurgu yapılmıştır (Berry, 2006):

1. Tıbbi karşılaşmalarda iletişim sorunları önemli bir durum olmakla birlikte yaygın olarak görülmektedir.
2. Hasta kaygısı ve tatminsizliği; belirsizlik, yetersiz bilgi verme, açıklama eksikliği ve geri bildirim eksikliği ile ilgilidir.

3. Hekimler, genellikle hastaların almak istediği bilgilerin miktarını ve türünü yanlış algılamaktadırlar.
4. Klinik iletişimin kalitesinin artırılması olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir.
5. Hastanın yaşadığı endişeleri anlamak ve anladığını açıklamak bu endişeleri çözmese bile hastanın yaşadığı kaygıda düşüşe neden olur.
6. Hastanın yeterli bilgi alması ve tedaviye katılımı, tatmin, uyum ve tedavi sonuçlarını iyileştirir.
7. Ciddi hastalığı olan hastaların yeterli bilgi algıladıklarını düşündüklerinde psikolojik sıkıntı düzeyleri azalmaktadır.
8. Klinik iletişim, klinik uygulamada rutin olarak kullanılmaktadır ve hekimin iletişim ile ilgili teknikleri öğrenmiş olması koşuluyla, normal klinik karşılaşmalarda iletişim gerçekleştirilebilir.

1.3. HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ

Sağlık iletişimi, hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında sözlü ve sözlü olmayan mesajların değiş tokuşu sırasında ortaya çıkan dinamik, kişilerarası karşılıklı etki süreci olarak tanımlanabilir (Albrecht ve diğerleri, 2009). Hekim-hasta iletişimi, sağlık iletişimi alanında en çok araştırılan konulardan birisidir ve genellikle tıbbi muayene esnasında sözlü ve sözsüz iletişim kanalları kullanılarak hekim ve hastaların birbirleriyle nasıl iletişim kurduklarına odaklanmaktadır (Thompson, 2014). Hekim-hasta iletişimi, hekim-hasta ilişkisinin temelini oluşturan sözlü ve sözsüz etkileşimleri kapsamaktadır (Lee ve diğerleri, 2002). Etkili hekim-hasta iletişimi, tedavi edici iletişim ilişkisi kurmada önemli, merkezi ve klinik bir fonksiyondur. Aynı zamanda yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temelini oluşturmaktadır. Hasta tatminsizliğinin ve şikâyetlerinin çoğu hekim-hasta ilişkisindeki bozulmadan kaynaklanmaktadır (Ha ve

diğerleri, 2010). Hekim-hasta ilişkisi, kişilerarası en karmaşık ilişkilerden birisidir. Hekim-hasta ilişkisi eşit olmayan konulardaki insanlar arasındaki etkileşimi içermekte, hayati öneme sahip konularla ilgili olup duygusal olarak yük taşımakta ve yakın işbirliği gerektirmektedir (Ong ve diğerleri, 1995). Ayrıca hekim-hasta ilişkileri sıklıkla uzun sürelidir ve birden fazla görüşmeyi içermektedir (Ha ve diğerleri, 2010). Hekim-hasta iletişimindeki iyileşmeler, daha iyi hasta bakımı ile sonuçlanabilir ve hastaların hastalığa ve tedaviye uyum sağlamasına yardımcı olabilir. Ayrıca hekimlerin, iletişim stratejilerine yönelik bilgilere sahip olması üzerlerindeki stresi azaltabilir. Çünkü kötü haberler vermek, hastaların duygularıyla ilgilenmek veya tıbbi bilgiler son derece karmaşık olduğunda karar vermek hekimler tarafından iletişim zorlukları olarak kabul edilmektedir (Lee ve diğerleri, 2002).

İyi bir iletişimin önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. İnsanlar (hastalar, hekimler) farklı bireysel tercihlere, davranışlara ve tutumlara sahiptir. Farklı dilleri konuşmak ve farklı yaşam deneyimlerine sahip olmak veya kültürel faktörler iletişimin önünde engel unsuru olabilmektedir. İletişim, her zaman hastalar ve hekim arasındaki sosyal ve kültürel etkileşimden etkilenmektedir. İletişimin önünde, göz ardı edilen ve basit engeller dahi olabilir. Örneğin, birçok hastada zayıf görme ve işitme problemi olabilir. Bu durumlar basit görülmeyle birlikte iletişimi zorlaştırabilir (Hill ve diğerleri, 2011). Gerek hasta tarafında gerek hekim tarafında gerçekleşebilecek iletişim engelleri mevcuttur. Hekim-hasta iletişiminin etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesinin önündeki engeller; hastadan kaynaklı faktörler (Schiavo, 2014) ve hekim kaynaklı faktörler (Fentiman, 2007; Tengilimoğlu ve diğerleri, 2017) olarak iki grupta kategorize edilebilmektedir. Tablo 1’de iletişim engellerine yönelik faktörler sunulmuştur.

Tablo 1. Hekim-Hasta İletişimin Etkili Olarak Gerçekleşmesinin Önündeki Engeller

Hasta Faktörleri	Hekim Faktörleri
Eğitim düzeyi	Hekimin aşırı iş yükü
Sağlık okuryazarlığı düzeyi	Malpraktisten dolayı dava edilme korkusu
Dil bariyerleri	Fiziksel veya sözlü şiddet korkusu
Kültürel ve etnik farklılıklar	Gerçekçi olmayan hasta beklentilerini yönetememe durumu
Yaş	Hekimin yetersiz iletişim becerilerine sahip olması
Bilişsel kısıtlılıklar	Teknik ve tıbbi bir dil kullanma
Hastalıktan kaynaklı stres	Hastayı dinlememe, sorularını duymazdan gelme
Hizmet sunucu ve hasta arasındaki güç dengesizliği	Hekimin rahatsız edilmemesi gerektiği izlenimi verme
Sosyoekonomik koşullar (yaşam ve çalışma ortamı dâhil)	Viziteyi bitirmeden uzaklaşma, hastanın sözünü kesme

Kaynak: Fentiman, 2007; Schiavo, 2014; Tengilimoğlu ve diğerleri, 2017

1.4. HEKİM-HASTA İLETİŞİM MODELLERİ

Hekim-hasta iletişim modelleri farklı disiplinlerden ve kuramsal yaklaşımlardan etkilenmektedir (Schiavo, 2014). Roter ve Hall (2006), “*Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors*” isimli kitaplarında hekim-hasta iletişimine yönelik dört olası iletişim modeli öne sürmektedirler. Bunlar; Paternalist (paternalism), Tüketici (consumerism), İhmal (default veya laissez faire) ve Karşılıklılık (mutuality) şeklinde kategorize edilmiştir. Aşağıda söz konusu iletişim modelleri kısaca açıklanmaya çalışılmıştır.

1.4.1. Paternalist İletişim Modeli

Paternalist yaklaşımda hekimin rolü merkezidir. Hekim, teşhis koyar ve bakım planına karar verip bakım ekibini tek başına belirlediği hedeflere göre yönetir ve bu bakımı hastaya sunar. Sadece hastalarıyla değil, ekibindeki diğer sağlık profesyonelleriyle de

iletişim tarzı genellikle tek taraflıdır. Hekim bakımın merkezinde olan kişidir ve bu durum uzun yıllar eğitimle edindiği uzmanlıkla meşrulaştırılmaktadır (Dumez ve Pomey, 2019). Paternalist Model, yüksek hekim/düşük hasta kontrolü ile karakterize edilen bir iletişim türüdür. Hekim, hastanın yararına olduğunu düşündüğü kararlar alır; hasta tavsiye ile işbirliği ve kendisine söyleneni yapar. Belirli durumlarda, hasta bu ilişki tarzını tatmin olarak karşılamaktadır. Örneğin; ciddi şekilde bir rahatsızlığı olan ve savunmasız durumdaki hastalarda bu durum memnuniyetle karşılanabilir. Aynı zamanda bazı hastalar özellikle bu modeli tercih etmektedir. Özellikle yaşlı veya daha az eğitilmiş hastalarda bu iletişim türü daha fazla tercih edilmektedir (Haug ve Lavin, 1983). Bu iletişim modelinde hekimler, hem bilgi hem de hizmetlerle ilgili olarak gündem belirleme, hedef belirleme ve karar verme süreçlerine hâkimdir. Hekimin yükümlülüğü, hastanın “yüksek yararı”na göre hareket etmektir. Bununla birlikte, en iyi faydanın belirlenmesi, büyük ölçüde, hastanın değerlerinin ve tercihlerinin hekiminkilerle aynı olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu modelde hastanın tercihlerine bakılmaksızın hastanın çıkarları doğrultusunda hareket edildiği varsayılır ve hastanın işi, tıbbi tavsiyeye uyum sağlamak, yani kendisine söyleneni yapmaktır (Roter ve Hall, 2006). Paternalist yaklaşımda, hastaya tedavisi ile ilgili sunulan farklı seçeneklere ilişkin açık tartışmaların ortaya çıkması mümkün değildir. Bu modele getirilen en büyük eleştirilerden birisi de hekimin otoriterliği ve tıbbi karar vermede tek taraflı bir şekilde davranması ile ilgilidir. Dolayısıyla, hekimin hastası ile olan iletişiminin geliştirilmesi ve teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Silverman ve diğerleri, 2016). Son zamanlarda bu iletişim modelinin yerini yeni iletişim modellerine bıraktığı görülmektedir. Ayrıca tıp etiği, paternalist bir duruştan bilgilendirilmiş onam ile hasta özerkliğini vurgulayan ve bunları tıp etiğinde altın bir standart olarak gören bir duruşa geçmiştir. Bununla birlikte, bilgilendirilmiş onam her iki tarafın ortaya çok şey koymasını gerektirmektedir. Hekimlerin karmaşık ve potansiyel olarak tehdit edici bilgileri hasta ihtiyaçlarına göre uyarlanmış bir şekilde vermeleri, net bir tavsiyede bulunmaları ve işbirlikçi bir karar verme çerçevesini teşvik etmeleri gerektiği ifade edilmektedir (Butow, 2001).

1.4.2. Tüketici İletişim Modeli

Tüketici İletişim Modeli, iletişim sürecinin diğer bir uç noktasında yer almaktadır. Bu modelde düşük hekim/yüksek hasta kontrolü mevcuttur. Daha genç veya daha bilgili bir hasta daha iddialı bir rol üstlenebilir. Hekim, hastanın tedavisi ile ilgili araştırma veya ilaçla ilgili taleplerine katılarak basitçe işbirliği yapabilir. Bu modelde de bazı sorunlar mevcuttur. Örneğin, hastanın talepleri normal uygulamanın dışında, hastanın yararına olmayabilir veya sağlık kaynaklarının israf edilmesini gerektirebilir. Tüketici olarak hastaların, isteklerini karşılayacak birini bulana kadar hekim değiştirme tercihlerini kullanabildikleri ve hekimin gelirinin daha fazla hasta çekmeye ve daha fazla işlem yapmaya bağlı olduğu bir sağlık sisteminde, iyi tıbbi uygulamalardan fedakârlıklar gerekebilir. Bu modelde, tıpkı paternalist modelde olduğu gibi, hekim ve hasta arasındaki güven aşınır ve hekimin uzmanlık bilgisi azalarak hasta tercihleri ön plana çıkarılır (Silverman ve diğerleri, 2016). Burada hekim ve hastalar arasındaki tipik güç ilişkisi tersine çevrilmektedir. Hastalar, hekim-hasta ilişkisinin hedeflerini ve gündemini belirler ve karar verme konusunda tek başına sorumluluk alır. Hastanın bilgi ve teknik hizmet talepleri, işbirliği yapan bir hekim tarafından karşılanır. Hastanın değerleri hasta tarafından belirlenir ve hekim tarafından incelenmez. Hekim söz konusu iletişimde teknik bir rol üstelenmektedir (Haug ve Lavin, 1983).

1.4.3. İhmal Edilen veya Bırakınız Yapsınlar İletişim Modeli

İhmal Edilen veya Bırakınız Yapsınlar İletişim Modeli, kimsenin sorumluluk almadığı, hem hekimin hem de hastanın kontrolünün düşük olduğu ve ilişkinin her iki taraf için de amaçsız ve verimsiz hale geldiği bir modeli tanımlamaktadır (Silverman ve diğerleri, 2016). Zayıf bir “uyum” ile karakterize edilen, ihtiyaçlar ve koşulların değişmesine rağmen iletişim ilişkisini değiştirmede tarafların başarısız kaldığı bir iletişim modelidir. Bu model, hasta ya da hekim tarafından kontrol eksikliği ile karakterize edilmektedir. Hasta ve hekim beklentileri çeliştiğinde veya ilişkide değişiklik ihtiyacı müzakere edilemediğinde iletişim işlevsiz bir duruma gelebilmekte ve bu durum ihmal edilen iletişim olarak tanımlanmaktadır. Bu model, belirsiz veya tartışmalı ortak hedefler ve belirsiz bir hekim rolü ile karakterize edilebilir. Bu iletişim modelinde ne

hasta ne de hekim ilerlemeyi sağlayamamaktadır ayrıca tıbbi tedavinin yönünün çizilmesinde zorluk çekilmektedir. Tıbbi yönetimin en az etkili olduğu iletişim modeli olarak kavramsallaştırılmaktadır. Kötü işleyen bir ilişki, uzun süre yönsüz olarak devam edebilmekte veya herhangi bir çözüm olmaksızın sona erebilmektedir. Bu durumda hasta, beklentilerini karşılayamaması nedeniyle tedaviden tamamen vazgeçebilir. Hekim, hastanın tedaviyi terk etmesinin nedenlerinden habersiz dahi olabilir. En kötü senaryoda, hekim yanlış tedavi şikâyetiyle başarısız bir iletişim kurduğunun farkına varabilmektedir (Roter ve Hall, 2006).

1.4.4.Katılıma Dayalı İletişim Modeli

Bu modelde, her katılımcı ilişkiye nispeten eşit bir temelde güçlü yönler ve kaynaklar ile katılmaktadır. İlişkideki güç dengeli olduğu için hekim-hasta ilişkisine ilişkin hedefler, gündem ve kararlar ortaklar arasındaki müzakerelerin sonucunda oluşturulur. Hem hasta hem de hekim ortak bir girişimin parçası olmaktadırlar. Tıbbi diyalog, hasta değerlerinin açıkça ifade edildiği ve keşfedildiği bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu iletişim modelinde hekim bir danışman olarak hareket eder (Roter ve Hall, 2006). Bu modelde, hem hekim hem hasta kontrolü yüksek düzeydedir. Hastaların tercihleri aktif olarak araştırılır ve açıkça hekimlerin düşünceleriyle karşılaştırılır. Açık müzakere, iki eşit taraf arasında bir fikir paylaşımına ve karşılıklı olarak üzerinde anlaşmaya varılmış bir işbirliğine yol açmaktadır. Hastalar, hangi seçeneği tercih edebileceklerini veya belirli bir hareket tarzını neden takip edemeyebileceklerini net bir şekilde açıklayabilirler. Benzer şekilde hekimler de içerisine düştükleri ikilemleri açıkça ifade edebilir, hastanın önerisinin neden hastanın yararına olmadığını ve bunu neden yerine getiremeyebileceğini açıklayabilir. Çoğu zaman, hem hekim hem de hasta bakış açıları küçük ayarlamalar ile uyumlu hale getirilebilir; istişare sırasında potansiyel anlaşmazlıklar keşfedilir ve anında çözüme kavuşturulabilir (Silverman ve diğerleri, 2016). Ek olarak, hastaların hekimlerin otoriter rolünden ziyade eşitlikçi rolünden memnun olma olasılıklarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Batbaatar ve diğerleri, 2017).

Hekim-hasta iletişim modellerinde ifade edilen çeşitli güç ilişkilerinin ayrıntılı olarak tanımlanması Tablo 2’de sunulmuştur (Roter, 2000).

Tablo 2. Hekim-Hasta İletişiminde Gerçekleşebilecek İletişim Modelleri

Hastanın Gücü	Hekimin Gücü	
	<i>Hekim Gücü Yüksek</i>	<i>Hekim Gücü Düşük</i>
<i>Hastanın Gücü Yüksek</i>	Katılma Dayalı	Tüketici
Hedefler ve gündem	Müzakereci	Hasta belirler
Hasta değerleri	Ortaklaşa incelenir	İncelenmemiş
Hekimin rolü	Danışman	Teknik danışman
<i>Hastanın Gücü Düşük</i>	Paternalist	İhmal
Hedefler ve gündem	Hekim belirler	Belirsiz
Hasta değerleri	Varsayılan	Belirsiz
Hekimin rolü	Koruyucu	Belirsiz

Kaynak: Roter, 2000.

1.5. KANSER HASTALARINDA İLETİŞİMİN ROLÜ

Hizmet sunucuların kanser hastalarıyla iletişim kurarken karşılaştıkları sorunlar üzerine çok az araştırma yapılmıştır. Kanser hastaları ve aileleri ile iletişimde meydana gelen eksikliklerin belirlenmesi ve bu eksikliklerin altında yatan nedenlerin anlaşılması önem arz etmektedir (Maguire, 1999). Çünkü kanser tedavisi, hastalar, sağlık çalışanları ve aile üyeleri için bir dizi karmaşık iletişim sorununu da beraberinde getirmektedir (Northouse ve Northouse, 2008).

Kanser karmaşık bir hastalık olmakla birlikte her hastanın; kanser türüne, hastalığın teşhis edildiği aşamaya, tedavi seçeneklerinin varlığına ve hastanın tedaviye verdiği fiziksel tepkilere bağlı olarak farklı deneyimler yaşamaları mümkündür. Kanser hastalarını; teşhis, tedavi ve hayatta kalma süreçlerine etkin bir şekilde dâhil etmek, hizmet sunucularının “farklı bireylerin kanser deneyimlerini çevreleyen psikolojik ve sosyo-duygusal sorunları” ele alan stratejileri anlamalarını ve her hastaya özel etkili iletişim kullanmalarını gerektirmektedir (Kreps, 2003). Hastaların endişe düzeyi, daha sonra psikolojik sıkıntı, kaygı ve depresyon yaşamalarının habercisi olabilmektedir

(Maguire, 1999). Yapılan bazı araştırmalarda; endişe düzeyi yüksek hastaların tanıdan sonraki altı ayda duygusal sıkıntı yaşadıkları görülürken bazı hataların ise tanıdan sonraki 4 ila 8 hafta içerisinde yaşadıkları endişelerin anksiyeteye yol açtığı ortaya konulmuştur (Parle, 1996; Weisman ve Worden, 1997; Stewart ve diğerleri, 1988). Hastaların endişelerinin ortaya çıkarılması, yaşayacakları psikolojik sorunların önüne geçilebilmesi ve kanser hastalarının iletişim ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için hasta merkezli iletişimin tıbbi karşılaşmalarda kullanılmasının oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Maguire, 1999). Maguire (1999) kanser hastalarını tedavi eden sağlık profesyonellerinin temel görevinin kanser hastalarının fiziksel, sosyal, psikolojik veya ruhsal yönden temel endişelerini belirlemek ve mümkünse bunları çözmeye çalışmak olduğunu belirtmekte ve bunun da ancak hasta merkezli iletişim yaklaşımı ile yapılabileceğini vurgulamaktadır.

Kanser hastalarıyla iletişim kurarken, hekimler genellikle kötü haberleri iletmek, hastaları rahatsız edici prosedürlere hazırlamak, tedavi seçeneklerini araştırmak, hastayı klinik araştırmalara dâhil etmek, prognozu tartışmak veya iyileştirici tedaviden destekleyici bakım tedavisine geçmek gibi zor konularla karşı karşıya kalırlar (Eide ve diğerleri, 2003). Kanser hastalarıyla iletişim, sağlık bakım ortamında gerçekleşen diğer iletişim türleriyle pek çok ortak yöne sahip olmasına rağmen, kanser bakımının kendine has özellikleri bu konuda yürütülecek araştırmaları önemli kılmaktadır. Kanser hastalarıyla iletişimi etkileyen ayırt edici özellikler arasında; hastalığın hem yaşamı tehdit edici hem de potansiyel olarak tedavi edilebilir olması; bakımın çok sayıda hekimi ve çoklu tedavi yöntemlerini (oral ve intravenöz ilaçlar, radyasyon ve cerrahi gibi) içermesi; tedaviden sonra genellikle uzun bir belirsizlik dönemi olması ve hastayı tedavi eden sağlık ekibinin zaman içinde değişmesi gibi faktörler yer almaktadır (Epstein ve Street, 2007). Kanser tedavisi zahmetli olmakla birlikte uzun süreli de olabilmektedir. Kanser hastaları tedavilerini tamamladıktan sonra uzun s reler boyunca düzenli olarak takip edilmektedir. Tedaviden sonra birçok hasta olası bir nüks belirsizliği ile yaşamaktadır (Eide ve diğerleri, 2003). Kanser bakımı sırasında iletişim, uzun bir süre boyunca birden çok hekimin katılımı, hastalığın duygusal ve psikolojik etkisi, karmaşık ve potansiyel olarak toksik tedavilerin kullanımı ve hastalığın ilerlemesi ve tedavinin etkisi ile ilgili belirsizlikler nedeniyle özellikle karmaşıktır

(Arora ve diğeri, 2007). Bu denli yoğun bir etkileşimin olduğu kanser hastalarında iletişim önemli bir unsur olarak görülmektedir.

Çoğu kanser hastası teşhislerini, prognozlarını, olası tedavilerini ve ilgili yan etkilerini bilmek istemektedirler. Dezavantajlı durumda olanlar örneğin; yaşlılar, kötü prognoza sahip olanlar veya yoksul bölgelerden gelenler bunları bilmek istemeyebilirler. Hastaların istekleri ile hekimlerin kötü haberi verme biçimleri arasında bir tutarsızlık bulunabilmektedir. Hekimler, hastaların sıkıntılarını ve endişelerini doğrudan sormayabilirler, hastanın psikolojik ve sosyal yönlerini araştırmayabilirler veya hastaların bilgi ihtiyaçlarını bireysel olarak belirleme davranışı göstermeyebilirler. Bunun yerine, hastaya bilgi vermenin klasik ve rutin yolunu tercih edebilmektedirler. Dolayısıyla hastayı odağa almayan klasik iletişim biçimi hekimin hastasının endişeleriyle ilgilenmeme, hastanın söylediklerini özümseyememe ve hastaya verilen bilgilerin yetersiz olarak algılanması riskini artırmaktadır. Bu durum hastada kaygı ve depresyon riskini artırabilmekte, hastalığı ile mücadele etme ve başa çıkmaya çalışmasına engel olabilmektedir (Maguire, 1999). İfade edilenin aksine etkili hasta merkezli iletişim, kanser hastalığını önlemeyi teşvik edebilir, kanserin tespiti ve teşhisi noktasında bilgilendirici olabilir, kanser tedavisine rehberlik edebilir, kanser hastalığından başarılı bir şekilde kurtulmayı destekleyebilir (Kreps, 2003). Tarama, teşhis, tedavi ve hayatta kalma dâhil olmak üzere kanser hastasının hastalığının her aşamasında iletişimin önemli bir rolü bulunmaktadır. Hizmet sunucuların tedavi dışında önemli bir rolü de mesajların, hastanın ihtiyaç ve tercihleriyle uyumlu olmasını sağlamak olmalıdır (Politis ve Street, 2011). Hastaların deneyimlerini dikkate almadan gerçekleştirilen iletişim olumsuz sonuçlar doğurabilir. Kanser hastalarına yönelik gerçekleştirilen bir araştırma, sağlık profesyonellerinin hastalar ve aileleriyle iyi iletişim kurmaları gerektiğini ancak kanser hastalarının iletişim ihtiyaçlarının ise nadiren karşılandığını göstermektedir (Essig ve diğeri, 2016).

2.BÖLÜM

HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM

Bu bölümde hasta merkezli iletişim kavramı ve modeline, hasta merkezli iletişimin önemine, hasta merkezli iletişimin kavramsal çerçevesine, hasta merkezli iletişim bileşenlerine değinilmiş ardından hasta merkezli iletişimin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerine ve son olarak hasta merkezli iletişimin belirleyicilerine yer verilmiştir.

2.1. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM KAVRAMI VE ÖNEMİ

Hasta merkezli iletişim, hasta merkezli bakımın önemli bir unsuru olarak giderek artan oranda ilgi görmektedir (Krupat ve diğerleri, 2000). Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM), hasta merkezli bakımı *“bireysel olarak hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve bunlara yanıt veren aynı zamanda hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bakım”* olarak tanımlamıştır. Bu tanım, mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek için hekimlerin ve hastaların birlikte çalışmasının önemini vurgulamaktadır (Barry ve Edgman-Levitan, 2012). Hasta merkezli iletişim ise hekim ve hasta arasındaki iletişimde hastanın ihtiyaçlarına, inançlarına, değerlerine ve tercihlerine saygı duymayı ve bunlara yanıt vermeyi içermektedir (Barry ve Edgman-Levitan, 2012).

Hasta merkezli iletişim, hastaların bakış açılarına odaklanmak ve onları ilişkiler örüntüsüne dâhil etmek, hastaların değerlerini, ihtiyaçlarını, tercihlerini ve inançlarını belirlemek, bunları dikkate almak ve hastaların kendi bakımlarına katılımını teşvik etmekle ilgilidir (Wynia ve Matiasek, 2006). Sağlık hizmetlerinin sunulmasında, tıbbi teşhis ve tedavide karmaşık teknolojiler birincil araç olarak görülmekte iken iletişim ilişkisinde hekim ve hastanın bilgi alışverişinde bulunması hizmetin sunulmasında birincil araç olarak görülmektedir (Street, 1991). Hekimler, hastalar ve hasta merkezliliği destekleyen diğer sağlık profesyonelleri arasında gerçekleşen iletişim

olarak tanımlanan hasta merkezli iletişim şunları içermektedir (Epstein ve diğerleri, 2005):

(1) Hastanın bakış açısını ortaya çıkarmak ve anlamak (hastanın endişeleri, fikirleri, beklentileri, ihtiyaçları, duyguları vb.).

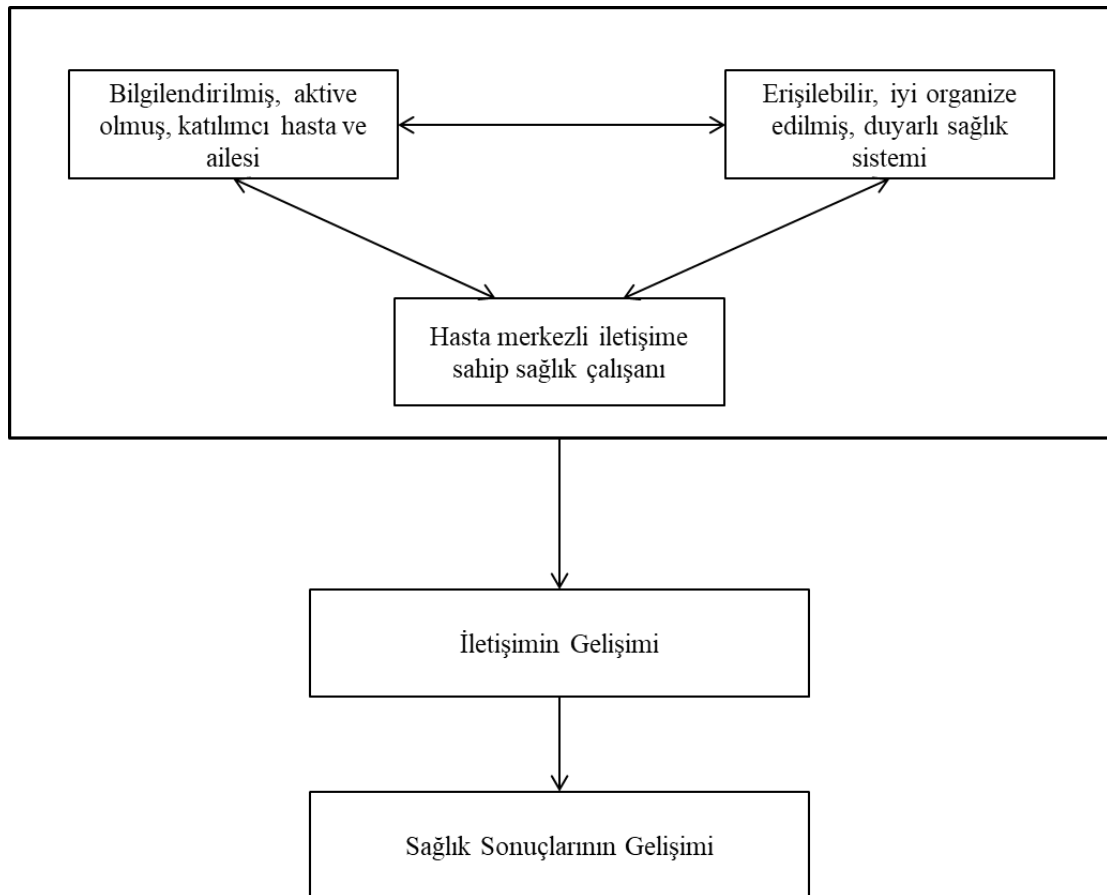
(2) Hastayı kendine özgü psikososyal bağlamı içinde anlamak.

(3) Hastanın sorunu ve tedavisine yönelik ortak anlayışı hasta değerleriyle uyumlu olarak belirlemek.

(4) Hastaları istedikleri ölçüde seçimlere dâhil ederek güç ve sorumluluğu paylaşımlarına yardımcı olmak.

Hasta merkezlilik (patient-centredness), hasta merkezli bakım (patient-centered care) ve hasta merkezli iletişim (patient-centred communication) terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır (Epstein ve diğerleri, 2005). Kısaca bu kavramları açıklamak gerekirse; hasta merkezlilik, hasta bakımında paternalist yaklaşımdan uzaklaşmayı savunmaktadır (Epstein ve diğerleri, 1993). Hasta merkezlilikte, sağlık hizmeti sunucularının hastaların hastalıkla ilgili fikirlerini, beklentilerini ve duygularını anlamalarının ve psiko-sosyal bağlamlarını ele almalarının önemi vurgulanmaktadır (Epstein ve diğerleri, 2007). Hasta merkezli bakım önemli sağlık kararlarının alınması gerektiğinde bu kararlara hastaların aktif katılımının sağlanması ile ilgilidir (Barry ve Edgman-Levitan, 2012). Hasta merkezli bakım terimi, kişilerarası davranışlar, teknik müdahaleler ve sağlık sistemi yenilikleri dâhil olmak üzere hasta merkezliliğe ilişkin eylemleri ifade etmektedir (Epstein ve diğerleri, 2005). Diğer yandan hasta merkezli iletişime bakıldığında, hasta merkezli iletişimi kavramsallaştırmanın veya ölçmenin evrensel olarak kabul edilmiş bir yolu olmamasına rağmen (Cegala ve Post, 2009), yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin merkezi ve temel bir bileşeni olarak görülmektedir (Institute of Medicine, 2001). Hasta merkezli iletişim, sağlık kuruluşları, finansman kuruluşları ve akreditasyon kuruluşları tarafından yüksek kaliteli bakımın bir bileşeni

olarak kabul edilmektedir. Hasta merkezli iletişim, çok çeşitli davranış ve nitelikleri kapsamakta ve çok yönlü bir yapı sergilemektedir (Epstein ve diğerleri, 2005). Hasta merkezli iletişim yaklaşımı; hastaların ihtiyaçlarını, bakış açılarını ve bireysel deneyimlerini dikkate alır, hastaların bakımlarına katılmaları için fırsatlar sağlar ve hasta-hekim ilişkisini güçlendirir (Epstein ve Street, 2007). Hasta merkezli iletişim çerçevesine bakıldığında iyi organize edilmiş sağlık sistemi, bilgilendirilmiş ve katılımcı hasta ve ailesi ile iletişim becerilerine sahip sağlık çalışanlarının birbirini etkilediği görülmektedir. Bu durum iletişimin gelişmesine ve daha sonra ise olumlu sağlık sonuçlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Şekil 2’de bu hasta merkezli iletişim ayrıntılı olarak gösterilmektedir.



Şekil 2. Hasta Merkezli İletişim Modeli

Kaynak: Epstein ve Street, 2007

Hekim ve hasta arasındaki iletişim, sağlık hizmetlerine yönelik araştırmalarda giderek artan bir ilgi görmektedir. Gerçekleştirilen tanımlayıcı ve deneysel araştırmalar ile tıbbi konsültasyonlar sırasında gerçekleşen iletişim sürecine ışık tutmaya çalışılmaktadır (Ong ve diğerleri, 1995).

Klinik ortamında ortaklık ve müzakere yöntemi ile iletişim eylemini gerçekleştirmek iletişim sürecinin ayrılmaz özelliklerindedir (Stewart ve diğerleri, 2000). Hekim-hasta ilişkisine yönelik görüşler, hekimler ve hastalar arasında gerçekleşen tıbbi görüşmenin organize edilmesi ve iletişimin yönü üzerinde kontrolün hekimler lehine olduğunu kabul etmektedir. Hasta merkezli iletişimin unsurlarından birisi, hekimleri, glerinin bir kısmından vazgeçmeye, sorumluluk ve karar vermeyi hastalarla paylaşmaya teşvik etmektedir (Mead ve Bower, 2000). Sağlık hizmeti sunucularının iletişimsel davranışları, hastaların duygularını düzenlemeye, tıbbi bilgilerin anlaşılmasına, hastaların ihtiyaçlarının, algılarının ve beklentilerinin daha iyi tanımlanmasına olanak tanımaktadır.

Kanser hastalarında hasta merkezli iletişim bakımın temel bir unsuru olarak görülmekte, hatta kanser bakımının temel köşe taşı olarak değerlendirilmektedir (Baile ve Aaron, 2005). Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından hazırlanan “*Kansere Karşı Başarıyı Hızlandırma (Accelerating Success against Cancer)*” isimli raporda da vurgulandığı üzere hasta-hizmet sunucusu iletişimi, kanser riskinin azaltılması ve hastaların sağlığı iyileştirici yaşam tarzlarına uygun davranışlar göstermesinde kritik bir rol oynamaktadır. İletişim, kanser riski taşıyan bir kişinin uygun tarama programına dāhil olması olasılığını artırmaktadır. Ayrıca uygun farmakoterapilerin kullanılıp kullanılmadığını ve kritik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin etkili bir Şekilde gerçekleştirip gerçekleşmediğinin belirlenmesinde önem arz etmektedir (Epstein ve Street, 2007). Kanser bakım uzmanları etkili hekim-hasta iletişiminin önemini kabul etmekte ve kanser tedavisinde hastalar ile gerçekleştirilen iletişim deneyimlerinin izlenmesinin önemini vurgulamaktadırlar (Street ve diğerleri, 2016). Bu konuda tıbbi ve bilimsel araştırmalar yapan uzmanlar arasında kanser nleme ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen tanı ve tedavideki keşiflerin faydasını en üst düzeye çıkarma konusunda hasta merkezli iletişimin önemli olduğuna ve hasta merkezli iletişimin de bu kapsamda

değerlendirilmesi gerektiğine dair genel bir görüş hâkimdir. Özellikle bireyselleştirilmiş tıbbın ortaya çıktığı günümüzde kanser hastalarında hasta merkezli iletişimin giderek daha önemli olduğu belirtilmektedir. Hekim-hasta iletişim araştırmaları geleneksel olarak hasta tatmini, anlayış ve uyum gibi sonuçlara odaklanmış olsa da, hekim-hasta iletişiminin sağlık davranışlarını ve hastalık sonuçlarını nasıl etkilediğine dair bilginin artırılması gerektiği de vurgulanmaktadır (Epstein ve Street, 2007).

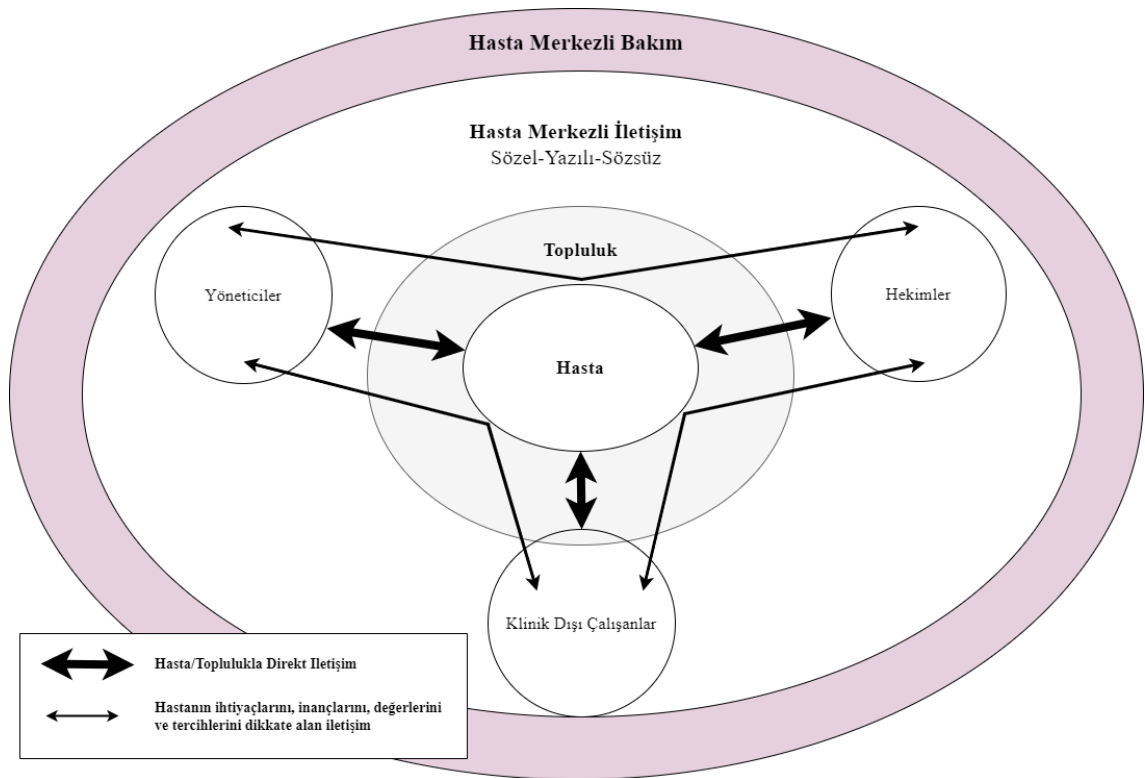
2.2.HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Hasta merkezli iletişim kavramının gelişim evrelerine bakıldığında; 1951 yılında Carl Rogers tarafından yayımlanan kitapta “müşteri merkezli tedavi” 1962 yılında hemşirelik araştırmacıları tarafından “hasta merkezlilik”, 1970 yıllarda “hasta merkezli tıp” şeklinde ifade edildiği, daha sonra “hasta merkezli iletişim” kavramının geçen yıllar içerisinde bir iletişim stratejisi olarak kullanıldığı ve hasta merkezli iletişim ve iletişim davranışlarının süreç içerisinde gelişme gösterdiği görülmüştür (Brown, 1999). İlerleyen süreçte hekim-hasta etkileşimi üzerine gerçekleştirilen sağlık iletişimi araştırmalarında hasta merkezli iletişim ideal bir tıbbi görüşme tarzı olarak ortaya atılmıştır (Stewart ve diğerleri, 2013). Hasta merkezliliği değerlendirmenin en sorunlu yönlerinden biri, hasta merkezli bakımın gerçekleştirildiği birincil araç olan hasta merkezli iletişimin kavramsallaştırılması ve ölçülmesi ile ilgidir (McCormark ve diğerleri, 2011). Hasta merkezliliğin kapsayıcı bir tanımının olmaması ve ölçümündeki zorluklar hasta merkezli iletişim kavramına yönelik daha çok araştırma yapılmasına ve böylelikle kavramın gelişimine önemli katkılar sunmuş ve süreç içerisinde hasta merkezli iletişim, geleneksel tıbbi yaklaşımın hasta görüşlerini içerecek ve hekim-hasta ortaklığını teşvik edecek şekilde paternalist bir ilişkiden karşılıklı bir iletişim ilişkisine geçişi kolaylaştırdığı için kabul edilmiştir (Ishikawa ve diğerleri, 2013). Hasta merkezli iletişim ile ilgili araştırma yapan ve kavramın gelişmesine önemli katkıda bulunan araştırmacılar hasta merkezli iletişim davranışının altı temel bileşen ile ölçülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu doğrultuda altı temel bileşen şu şekilde ifade edilmektedir:

İyileştirici ilişkileri geliştirmek bileşeni, karşılıklı güven, uyum, anlayışın yanı sıra hasta ve hizmet sunucunun birbirlerinin rolleri ve beklentileri hakkında anlaşmalarının önemini vurgular. *Bilgi alışverişi bileşeni*, hastaların bilgi gereksinimlerinin farkına varmanın, klinik bilgileri hasta ve temsilcilerine açıklamanın, bilgi alışverişinin içerik ve sürecini kabul etmenin önemini vurgular. *Duygulara yanıt verme bileşeni*, sağlık çalışanlarının hastaların duygusal sıkıntılarını ortaya çıkarmasını gerektirir. Empati ve destekle hastanın duygularının anlaşıldığını vurgular. *Belirsizliği yönetme bileşeni*, hastalara ve ailelere belirsizliğin üstesinden etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olacak bilgi, destek ve bilişsel stratejiler sağlayarak belirsizliğin yönetilebileceğini vurgular. *Karar verme bileşeni*, hasta ve ailesinin bilgi alışverişi ve karar verme sürecinde müzakerelere aktif katılımının dikkate alınmasını içerir. *Kendi kendini yönetme bileşeni*, hastayı sağlık sistemi içinde yönlendirmek; hasta özerkliğini desteklemek ve hastaya rehberlik ederek beceri ve kaynaklara erişim sağlanmasını gerektirmektedir (Epstein ve Street, 2007).

Hasta merkezli iletişim doğası gereği farklı şekillerde gerçekleşebilmektedir. Hasta merkezli iletişim, sözlü ve sözlü olmayan davranışlarla karakterize edilmektedir (Stewart, 2001; Epstein ve diğerleri, 2005). Amerikan Tabipler Birliği, hasta merkezli olabilecek farklı iletişim biçimlerinin var olduğunu, hastaların; sağlık çalışanları, klinik dışı personel ve yöneticiler dâhil olmak üzere sağlık sistemi ile etkileşimlerinde hasta merkezli iletişimin yaşanabileceğine değinmektedir. Ayrıca iletişimin sözlü ve sözsüz yanlarını da vurgulamaktadır. Örneğin, hastalar isterlerse hekimlere e-posta gönderme, hemşirelik bakımı ve çağrı merkezleri ile etkin bir şekilde etkileşim kurma ve geri dönüş telefonları alma olanağına sahip olabilirler. Bir sağlık kuruluşunun hastaya yönelik tabelaları, randevu hatırlatıcıları ve hasta eğitim materyalleri gibi yazılı iletişim türlerinin de hastaların ihtiyaçlarını karşıladığı, hastaların anlayabileceği şekilde yazıldığı ölçüde hasta merkezli olabileceği belirtilmektedir. Örgütsel bakış açısıyla, hasta merkezli iletişim, iletişimin hastaların iletişim ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sistemsel düzeyde düzenlenmesini gerektirmektedir. Bu nedenle, kuruluşlarda hasta merkezli iletişimin kolaylaştırılması, kuruluş tarafından sağlık hizmeti verilen hasta popülasyonlarının iletişim ihtiyaçlarına ve tercihlerine yanıt veren politika ve uygulamaların geliştirilmesi önerilmektedir (AMA, 2006).

İletişime yönelik geliştirilen ölçüm araçları, hasta merkezlik unsurlarından yararlansa da, çoğu ölçüm aracı hasta merkezli iletişimi kapsamlı bir şekilde değerlendirmemektedir (McCormark ve diğerleri, 2011). Şekil 3’te hasta merkezli iletişimin kavramsal çerçevesi kapsamlı bir şekilde ortaya konulmaktadır. Hasta-hizmet sunucu iletişimi, hem aracılı (örneğin, e-posta veya tercüman yardımıyla) hem de kişilerarası ilişkiler bağlamında, planlı ve kendiliğinden iletilen mesajlar ile sözlü, yazılı veya sözlü olmayan türler olmak üzere birçok farklı biçimde gerçekleşebilmektedir (Cline, 2003). Benzer şekilde Amerikan Tabipler Birliğinin (2006) ortaya koyduğu kavramsal çerçevede de belirttiği üzere hasta merkezli iletişim; sözlü, yazılı ve sözsüz bir şekilde gerçekleşebilir. Hastalar; hekim, hekim dışı diğer sağlık çalışanları, hastane yöneticileri ile doğrudan iletişim kurabilirler. Ayrıca hastanın ihtiyaçları, değeri, inancı ve tercihlerini de dikkate alan bir iletişim tarzı kurulabilmektedir.



Şekil 3. Hasta Merkezli İletişimin Kavramsal Çerçevesi

Kaynak: American Medical Association, 2006

2.3.HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN BİLEŞENLERİ

Epstein ve Street (2007) tarafından hasta merkezli iletişim ve bileşenlerine yönelik önerilen kavramsal çerçeve, sağlık iletişimi literatüründe geniş çapta kabul görmüştür. Bu çerçevedeki altı temel bileşen temel olarak kanser bakımına odaklanmış olsa da, bu bileşenler herhangi bir hasta-hizmet sunucu etkileşimi için de geçerlidir. Epstein ve Street (2007) tarafından ifade edilen hasta merkezli iletişimin altı temel bileşeni; bilgi alışverişinde bulunma, iyileştirici ilişkileri teşvik etme, karar verme, duygulara cevap verme, belirsizliği yönetme ve hasta öz yönetimini etkinleştirmedir.

2.3.1.Bilgi Alışverişinde Bulunmak

Hastalığın nedeni, tanısı, tedavisi, prognozu, psikososyal yönleri gibi alanlarla ilgili soruları sorma olanağı sağlayarak hastanın bilgi gereksinimlerini karşılama bu bileşen kapsamında değerlendirilmektedir (Epstein ve Street, 2007). Tıbbi açıdan bakıldığında, hekimlerin doğru tanı ve tedavi planını oluşturabilmeleri için bilgiye ihtiyaçları vardır. Hasta ise, hekime giderken iki ihtiyacının karşılanmasını istemektedir. Bunlar, bilme ve anlama ihtiyacı (ne olduğunu, ağrının nereden geldiğini bilmek) ile bilindiğini ve anlaşıldığını hissetme ihtiyacıdır (hekimin onu kabul ettiğini ve ciddiye aldığını bilmek). Hekim ve hastaların her ikisi de bilgi verme ve bilgi arama davranışı sergilemektedir. Hastalar semptomları hakkında bilgi vermelidir ve hekimler aktif olarak ilgili bilgileri araştırmalıdır. Tanı ve tedavi planı oluşturulduktan sonra, hekimler bu bilgileri hastalarına açıklayıcı bir şekilde sunmalıdır. Hastaların "bilme ve anlama ihtiyacı", söylenenler hakkında ek bilgi aramaya yol açabilir (Ong ve diğerleri, 1995). Özetle, bilgi alışverişinde bulunmak hastaların bilgi ihtiyaçlarını değerlendirmek ve anlamak, karşılıklı bilgi paylaşımını kolaylaştırmak ve ortak bir anlayışa ulaşmak için gerçekleştirilen bir iletişimdir (RTI International, 2016).

2.3.2. İyileştirici İlişkileri Teşvik Etmek

Hastalar, hekimler ve sosyal bilimciler, hekim-hasta ilişkisi konusunda farklı görüşlere sahip olabilirler. Bazıları tarafından bu ilişki optimal tıbbi bakım için bir ön koşul olarak ele alınmakta ve eşitlikçi bir ilişki yaratmak başlı başına bir hedef olarak görülmektedir (Ong ve diğerleri, 1995). Karşılıklı anlayışa, güvene ve yakınlığa dayalı hekim-hasta ilişkisini geliştirmek iyileştirici ilişkileri teşvik etmede önemli bir unsur olarak görülmektedir. Hasta merkezli kanser bakımı, güven ve uyum ile karakterize edilen hasta/aile-hekim ilişkilerini gerektirir. Ayrıca, tüm taraflar birbirlerinin rolleri ve sorumlulukları konusunda karşılıklı anlayışa sahip olmalıdır. Hekimler, hastaların ve ailelerin klinik ortamdaki iletişime aktif olarak katılım olasılığını en üst düzeye çıkarmaya çalıştıklarında ilişkileri daha da güçlenecektir. Böylelikle hekimlerin bu tür ilişkileri teşvik etmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Epstein ve Street, 2007). Bu bileşen kapsamında; roller ve sorumluluklar hakkında güven, uyum, bağlılık ve karşılıklı anlayış oluşturularak iletişim gerçekleştirilir (RTI International, 2016).

2.3.3. Karar Vermek

Hasta merkezli iletişimin bir diğer bileşeni de hekimlerin ve hastaların tedavi konusunda birlikte karar vermelerini sağlamaktır. Karar verme, kanser bakım sürecinin tüm aşamalarında önemli olan ve iletişime dayalı bir görevdir. Hastaları, ihtiyaçlarına, değerlerine ve tercihlerine göre sağlık ve bakımla ilgili kararlar almaya dâhil etmek ve böylelikle yüksek kalitede sağlık hizmeti sunabilmek bu kapsamda değerlendirilmektedir (Ong ve diğerleri, 1995). Hastanın karar verme sürecine katılım konusundaki tercihlerini anlamak, verilecek bir karar olduğunda hastalara bilgi vermek ve kararların en iyi bilimsel kanıtlara dayanması ile kararların hastanın değer ve tercihlerini yansıtması bu bileşen kapsamında değerlendirilebilir (RTI International, 2016).

2.3.4. Duygulara Cevap Vermek

Duygulara cevap verme bileşeni, hastaların duygularını ortaya çıkarmak, kabul etmek ve anlamak ile bu duyguları meşrulaştırmak, doğrulamak, empati ve destekle yanıt vermek ile ilgilidir (RTI International, 2016). Kanser tehdidi, teşhisi ve tedavisi, hastalarda korku, üzüntü, öfke, kaygı ve depresyonu içeren bir dizi duyguyu ortaya çıkarır. Hastanın duygularını tanıma ve bunlara yanıt verme bu kapsamda değerlendirilmektedir (Epstein ve Street, 2007).

2.3.5. Belirsizliği Yönetmek

Belirsizliğin yönetimi bilgi alışverişi ve karar verme süreçlerinden ayrılmaktadır. Çünkü bilgi, duygusal destek ve hekim ile hastalar arasındaki karşılıklı anlayış her zaman belirsizliğin azaltılması anlamına gelmemektedir. Belirsizlik, kanser tedavisinde özellikle önemlidir. Çünkü kanserin sonuçları genellikle tanı zamanına oldukça yakın (örneğin, beş yıl içinde) ortaya çıkar ve pek çok kanser türü genellikle tedavi edilebilirdir. Aksine, diyabet, amfizem ve koroner arter hastalığı gibi diğer hastalık türleri daha uzun süreli seyirlere sahiptir. Hastaların hastalık, tedavi ve iyileşme konusundaki belirsizliklerle baş etmelerine yardımcı olmak bu kapsamda değerlendirilmektedir (Epstein ve Street, 2007). Belirsizlikleri ve bazı belirsizliklerin azaltılamayacağını kabul eden ve hastalara bilgi ve destek sağlayarak belirsizliği yönetmelerine yardımcı olan bir iletişim bu bileşen kapsamında değerlendirilebilir (RTI International, 2016).

2.3.6. Hasta Öz Yönetimini Etkinleştirme

Kanser bakımında hasta merkezli iletişimin altıncı bileşeni, hastanın öz yöntemini etkinleştirme ile ilgilidir. Hastaların sağlıkla ilgili sorunları çözme yeteneklerini geliştirmelerine ve sağlıklarını iyileştirmek için harekete geçmelerine yardımcı olma bu kapsamda değerlendirilmektedir. Bu bileşen bilgi alışverişinden farklı olarak öneriler

('yapmalı' iletişimi), talimat ('nasıl yapılır' iletişimi) ve savunuculuğu ('yapabilir' iletişimi) içermektedir (Epstein ve Street, 2007).

Epstein ve Street (2007)'e göre, bu altı bileşen birbirinden bağımsız değildir ve hiyerarşik bir ilişki göstermezler. Bu bileşenler önemli sağlık sonuçlarını etkileyebilecek iletişimi üretmek için birbiri ile örtüşerek etkileşime girerler. Örneğin, ilk tedaviden sonra beş yıl boyunca tamoksifen alması tavsiye edilen meme kanserli bir kadının durumu düşünüldüğünde, bu tavsiyeyi yerine getirme olasılığını en üst düzeye çıkarmak için birkaç faktörün birlikte çalışması gereklidir. Hasta klinik ekibine güvenmeli, yan etkiler hakkında bilgi sahibi olmalı, korku ve kaygısını yönetmenin yollarını bilmeli, herhangi bir tedavi önerisindeki belirsizlikleri anlamalı, tamoksifen alma kararına katılmış olmalı ve ilacını almayı unutmamalıdır. Bu bileşenler arasındaki etkileşimler karmaşık ve tekrarlı olabilir. Örneğin, yüksek kaliteli bilgi sağlayan hekimler daha güvenilir olabilir ve bu da hasta kaygısını azaltabilir. Tersine, aşırı endişeli hastalar bilgiyi özümsemekte güçlük çekebilir ve bu da güveni etkileyebilir.

2.4. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN SAĞLIK SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Sağlık sektöründe yaşanan önemli gelişmelerden birisi iletişimin birey ve toplum sağlığını belirlemede oynayabileceği rolün "keşfi" olmuştur. Etkili iletişim, (a) akut ve kronik hastalıkların sağlık sonuçlarını iyileştirebilir, (b) bakımda ırksal, etnik, hastalığa özgü ve sosyo-ekonomik faktörlerin etkisini azaltabilir ve (c) hastalığı önleme ve sağlığı geliştirmenin etkinliğini iyileştirebilir (Thomas, 2006). İletişim, sağlık hizmetlerinin önemli temellerinden biridir. Her sağlık hizmeti etkileşimi, randevu almaktan ve bir muayene için kayıt yaptırmaktan semptomları tanımlamaya, tedavilerin risklerini ve yararlarını tartışmaya ve bakım talimatlarını anlamaya kadar etkili iletişime bağlıdır. İyi iletişim, gelişmiş hasta tatmini, tıbbi tavsiyelere bağlılık ve iyi sağlık sonuçları ile bağlantılıdır (Wynia ve Matiasek, 2006).

Yıllar boyunca, birçok araştırmacı hekimlerin iletişim davranışları ile hastanın sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemiştir (Wang, 2016). İyi bir hekim-hasta iletişimi,

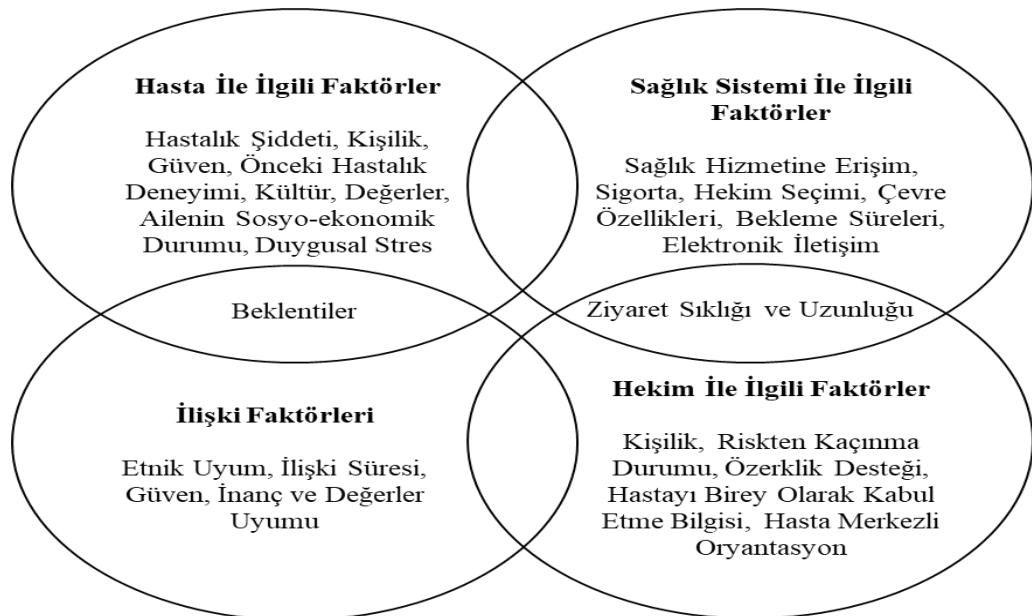
hastaların bakım belirsizliği ile başa çıkma düzeylerini ve bakımdan tatminlerini artırma, bilgilendirilmiş onam ve bakımla işbirliğini geliştirme, malpraktis davası olasılığını ve sağlık çalışanlarının tükenmişliğini azaltma potansiyeli nedeniyle önemlidir (Brédart ve diğerleri, 2005). Hekim-hasta iletişimin etkinliğinin tatmin, tedaviye uyum, hastalık bilgisi, hastalıkla başa çıkma, yaşam kalitesi/sağlık durumu, psikiyatrik morbidite (anksiyete, depresyon), iyileşme gibi sık kullanılan bazı hasta sonuçları üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (Ong ve diğerleri, 1995). Etkili hasta merkezli iletişim, hekim-hasta arasında güçlü bir ilişki kurmayı sağlayabilir ve hastanın karar verme sürecine katılımını motive edebilir. Aynı zamanda hastanın güçlendirilmesini ve tedaviye uyumu sağlayabilir. Böylelikle, bakım kalitesinin iyileşmesine yol açabilir (Epstein ve Street, 2007).

Sağlık sonuçları, hekimin hastalar ve hasta toplulukları ile hastalık önleme, semptomlar, tedavi planları ve seçenekleri, riskler ve faydalar, ilaç talimatları ve diğer ilgili konular hakkında ne kadar iyi iletişim kurduğundan güçlü bir şekilde etkilenir. Etkili sağlık iletişimi halk sağlığının temel bir unsuru ve sağlık hizmeti kalitesinin temel bir bileşeni olarak tanımlanmaktadır (Wynia ve Matiassek, 2006). Sağlık hizmetlerinde beklenen ve ulaşılan kalite arasındaki büyük fark, hekim ile hastalar ve aileleri arasındaki etkisiz iletişimden kaynaklanabilir (Institute of Medicine, 2001).

Hasta merkezli iletişim halk sağlığını geliştirmek için önemli bir araç haline gelmiştir. Hasta merkezli iletişim ilkeleri günümüzde genellikle sağlık sorunlarının tanımlanması, sağlık planlarının ve ürünlerinin pazarlanması, hastaları tıbbi bakım veya tedavi seçenekleri konusunda eğitmek ve tüketicileri sağlık hizmeti kalitesi sorunları hakkında eğitmek dâhil olmak üzere çeşitli hastalık önleme ve kontrol stratejileri için kullanılmaktadır. Bununla birlikte, yeni teknolojilerin ve internet tabanlı medyanın mevcudiyeti, sağlık bilgilerine erişimi genişletmekte ve erişim eşitliği, bilginin doğruluğu ve bu yeni araçların etkin kullanımı hakkında soruları gündeme getirmektedir (Thomas, 2006).

2.5. HASTA MERKEZLİ İLETİŞİMİN BELİRLEYİCİLERİ

Hasta-hizmet sunucu iletişimini anlamak, sağlık sisteminin, sağlık hizmetlerini ne kadar iyi sunduğunu ölçen politikaların geliştirilmesi için gerekli bir unsur olarak görülmektedir. Hem bireysel uygulama düzeyinde hem de ulusal düzeyde sağlık sistemlerini iyileştirmeye yönelik politikalar tasarlamak ve iletişim eşitsizliklerini azaltmak için iletişimin belirleyicilerinin neler olduğunun ortaya konulması gereklidir (DeVoe ve diğerleri, 2009). Çalışmalar hasta merkezli iletişimi etkileyen farklı faktörlerin olduğunu göstermektedir. Örneğin bazı çalışmalarda hasta merkezli iletişimin belirleyicileri kapsamında hastaya ilişkin temel demografik (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ırk/etnik köken, sigorta durumu ve hane halkı geliri) ve klinik özellikler (genel sağlık durumu, olağan bir bakım kaynağına sahip olup olmadıkları, hekim ziyaret sıklığı, kanser türü ve kanser teşhisinden bu yana geçen süre) gibi değişkenler incelenmiştir (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016; Wang, 2016). Epstein ve diğerleri (2005) hasta merkezli iletişimin belirleyicilerini kapsamlı bir şekilde ortaya koyarak hasta ile ilgili faktörler, sağlık sistemi ile ilgili faktörler, hekim ile ilgili faktörler ve ilişki faktörleri olmak üzere dört kategori altında incelemişlerdir (bknz. Şekil 4).



Şekil 4. Hasta Merkezli İletişimin Belirleyicileri

Kaynak: Epstein ve diğerleri, 2005

Hasta merkezli iletişimin belirleyicilerinden olan hastalıkla ilgili sosyo-demografik faktörler incelendiğinde, özellikle hasta cinsiyetinin hekim-hasta etkileşimini etkilediği bir dizi çalışmada gösterilmiştir (Bertakis ve Azari, 2011). Örneğin, DeVoe ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada erkek hastaların kadınlara göre hizmet sunucularıyla daha iyi iletişimde buldukları tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada, kadın hastaların hasta merkezli iletişimin belirsizliği yönetme alt boyutuna ilişkin algılarının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016). Kadın hastalar genellikle erkek hastalara göre daha fazla soru sormakta, daha fazla bilgi almakta, daha fazla danışmanlık ve önleyici hizmet almakta ve tedaviye daha katılımcı bir davranış sergilemektedirler (Hall ve Roter, 1995; Bertakis ve diğerleri, 2009).

Yaş açısından incelendiğinde; çeşitli çalışmalarla yaş değişkeninin hasta merkezli iletişimin belirleyicileri arasında olduğu tespit edilmiştir (Tsimtsiou ve diğerleri, 2014). DeVoe ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşlı hastaların olumlu iletişimde bulunma olasılıklarının genç hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada, 65 yaş üstü hastaların genç hastalara kıyasla hasta merkezli iletişim kurma olasılıklarının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Wang, 2016).

Eğitim değişkeni hasta merkezli iletişimin önemli bir diğer belirleyicisidir. Çeşitli araştırmalarda eğitimin hasta merkezli iletişimin belirleyicileri arasında olduğu tespit edilmiştir (Tsimtsiou, 2014). Ok ve diğerleri (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, eğitim değişkeninin hasta merkezli iletişimle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Daha eğitilmiş hastalar daha aktif iletişim kurmakta, daha fazla soru sormakta ve hastalıkları hakkında daha fazla fikir sahibi olmaktadır. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip hastalar, hekimleri ile aralarında daha az kültürel mesafeye (benzer bir geçmişe sahip olmaları nedeniyle) sahip olmalarından dolayı hekimle etkileşimde bulunmakta daha az zorluk yaşamaktadırlar (Street, 1991). Hekimler genellikle eğitim ve gelir düzeyi düşük hastalarla daha az bilgilendirici iletişim kurmaktadır. Bu durumun bu hastaların sağlıkları hakkında bilgi edinme konusundaki ilgisizlikleri veya bu bilgileri anlamamalarından kaynaklandığı ifade edilmektedir (Waitzkin,1985). Düşük eğitim

düzeyine sahip hastalar iki önemli dezavantaja sahiptir. Birincisi daha pasif iletişim tarzlarına sahip olmaları iken ikincisi hekimlerin onların bilgi, istek ve ihtiyaçlarını yanlış algılamalarıdır (Street, 1991).

Dil engeli hasta merkezli iletişimde önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Yapılan bir çalışmada etnik kökenin hasta merkezli iletişim üzerine bir etkisi bulunmazken, hastaların dil yetersizliklerinin ve eğitim düzeylerinin hasta merkezli iletişim üzerinde önemli anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Daha düşük dil yeterliliğine sahip hastaların hekimleriyle daha olumsuz etkileşimler yaşama olasılığının yüksek olduğu ayrıca özellikle göçmenlerin hasta-hekim etkileşimi konusunda daha dezavantajlı bir konumda buldukları ifade edilmektedir (Aelbrecht ve diğerleri, 2019).

Çeşitli çalışmalarda, gelir değişkeninin hasta merkezli iletişimin önemli bir belirleyicisi olduğu tespit edilirken (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016), çalışma durumu açısından hastaların hasta merkezli iletişimlerinin değerlendirildiği çalışmalarda, çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre daha düşük hasta merkezli iletişim düzeylerine sahip olduğu ortaya konulmuştur (Calo ve diğerleri, 2014).

İkametgâh önemli bir başka hasta merkezli iletişim belirleyicisidir. Daha düşük bir sosyal sınıftan veya bölgeden gelen hastalar, hekimleri ile iletişimde kendilerini genellikle bir kısır döngü içinde bulmaktadırlar. Bu hastaların iletişimi ve eylemleri daha az soru sorarak, daha az fikir sunarak, duygularını daha az ifade ederek ve karar verme konusunda daha az aktif olarak ortaya çıkmaktadır (Willems ve diğerleri, 2005).

Literatürde sosyo-demografik faktörlerin hasta merkezli iletişimin belirleyicisi olup olmadığına yönelik farklı çalışma sonuçlarının olduğu görülmektedir. Örneğin Pozzar ve diğerleri (2021) hastanın eğitim, yaş, çalışma durumu, gelir, sigorta durumu, tanıda geçen süre, tedavi alma durumlarının hasta merkezli iletişimi etkileyebileceğini ortaya koymuş iken Rutten ve diğerleri (2006) sosyo-demografik faktörler ile hasta merkezli iletişim arasında herhangi bir ilişki tespit edememiştir.

Hastalıkla ilgili faktörler (kanser türü, kanser evresi, tedavi türü, komorbidite varlığı, cerrahi işlem, fiziksel sağlık statüsü, ruhsal sağlık statüsü) hasta merkezli iletişimin bir diğer yordayıcısı olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, bir çalışmada; sağlık durumunun hasta merkezli iletişimin belirleyicileri arasında olduğu tespit edilmiştir (Tsimtsiou, 2014). Sağlık durumu kötü olan hastalar sağlık durumu daha iyi olan hastalara göre iletişim eylemini gerçekleştirme konusunda zorluk çekebilmektedir. Literatürdeki diğer bazı çalışmalar incelendiğinde de sağlık statüsü (fiziksel ve ruhsal sağlık statüsü) hasta merkezli iletişimin belirleyicileri olarak gösterilmiştir (Wang, 2016; Rutten ve diğerleri, 2016; Treiman ve diğerleri, 2018). ABD’de hasta merkezli iletişimin kanser türüne göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelendiği bir çalışmada kanser türü hasta merkezli iletişimin bir belirleyicisi olarak tespit edilmiştir (Treiman ve diğerleri, 2018). Japonya’da gerçekleştirilen bir çalışmada ileri evre kanser hastalarının hasta merkezli iletişim puanlarının diğer evre kanser hastalarına göre düşük olduğu tespit edilmiş ve hasta merkezli iletişimin bir belirleyicisi olarak ortaya konulmuştur (Umezawa ve diğerleri, 2015). ABD’de kanser hastaları ile gerçekleştirilen bir çalışmada tedavi türü (kemoterapi-radyo terapi vs.) ile hasta merkezli iletişim arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Ayanian ve diğerleri, 2010). Ayrıca, cerrahi işlem geçirme durumu da hasta merkezli iletişimin bir diğer belirleyicisi olarak araştırmacılar tarafından ortaya konulmuştur (Treiman ve diğerleri, 2018).

Kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin faktörler de literatürde (erişim, başvuru sıklığı, sigorta durumu, personel nezaketi) hasta merkezli iletişimin belirleyicileri olarak ortaya konulmaktadır. Örneğin bazı çalışmalarda, sağlık sigortasına sahip olma ve bakıma erişim hasta- hizmet sunucu iletişiminin önemli belirleyicileri olarak bulunmuştur (Osborn ve Squires, 2012; Rutten ve diğerleri, 2006). Sağlık sigortası olmayan ve hizmet sunucuya erişim problemi olan hastalarda hasta merkezli iletişim düzeyleri daha düşük olabilir (Ok ve diğerleri, 2008). Sağlık kurumunu daha az ziyaret eden hastaların da hasta merkezli iletişim algıları daha düşük olabilir (Street ve diğerleri, 2014). DeVeo ve diğerleri (2009), sağlık sigortasına ve olağan bir bakım kaynağına sahip olmanın, olumlu iletişim algılarının önemli belirleyicileri olduğunu tespit etmiştir.

Literatürde ilişki faktörleri kapsamında; iletişim, güven, inanç ve değer uyumu, hasta özerkliği ve mahremiyeti değişkenleri hasta merkezli iletişimin belirleyicileri olarak tespit edilmiştir. Hekim-hasta iletişiminin kanser bakımında iyileşmeye ve acının azalmasına katkıda bulunduğu ve sağlığı doğrudan etkilediği ortaya konulmuştur (Epstein ve Street, 2007). İletişimin hastanın güvenini zedeleyebileceği dolayısıyla iletişim önünde de büyük bir engel olduğu belirtilmektedir (Gopichandran ve Sakthivel, 2021). Hasta-hizmet sunucu iletişimi, sağlık hizmeti sunumunun temel bir bileşeni olmasına rağmen, kanserli hastalar ile gerçekleştirilen ve iletişimin kalitesini ve çeşitli değişkenler ile olan ilişkisini ölçmeye yönelik az sayıda çalışma yapıldığı dikkat çekmektedir.

3. BÖLÜM

HASTA MERKEZLİ İLETİŞİM İLE HASTA KATILIMI, SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ, HİZMET KALİTESİ ALGISI VE HASTA TATMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Bu bölümde hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalite algısı ve hasta tatmini kavramlarına değinilmiş, ardından bu kavramların hasta merkezli iletişim ile olan ilişkisine yer verilmiştir.

3.1.HASTA KATILIMI

Bu başlıkta öncelikle hasta katılımının tanımı ve kavramsal çerçevesine ardından hasta katılımı ve hasta merkezli iletişim arasındaki ilişkiye değinilmiştir.

3.1.1.Hasta Katılımı Kavramı

Günümüzün gelişen sağlık bakım ortamında, hastalar tıbbi bakımlarıyla ilgili kararlara dâhil olmaları beklenen tüketiciler olarak görülmektedir. Tüm hastalar tıbbi bakımlarının kontrolünü ele almak istemeyecek olsa da, endişelerinin, isteklerinin ve değerlerinin bakımlarıyla ilgili kararlara dâhil edilmesi kendileri için önem arz etmektedir (Guadagnoli ve Ward, 1998). Sağlık hizmeti kullanıcıları giderek daha duyarlı, açık ve şeffaf sağlık sistemleri talep etmekte ve hizmet sunucuların kendilerini karar verme sürecine dâhil etmelerini beklemektedirler (WHO, 2016).

Hasta merkezli iletişim ve hasta katılımı kavramları, ideal hekim-hasta ilişkisine ilişkin mevcut görüşlerin merkezinde yer almaktadır. Buna rağmen, hekim ve hasta etkileşimi açısından bu kavramları araştırmaya çok az ilgi gösterilmiştir (Cegala ve Post, 2009). Ancak, bazı gelişmeler ve yapılan çalışmalar özellikle Batı ülkelerinde, kanser hastalarında tedavi kararlarına katılıma yönelik bir eğilimin olduğu kanıtlamıştır

(Jenkins ve diğeri, 2001). Hasta merkezli iletişime benzer şekilde, hasta katılımı kavramının evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı bulunmamaktadır. Bazı bilim insanları, hasta katılımını, seçenekler sunma ve hasta merkezli bir iletişim tarzına girme gibi hekim davranışları açısından tanımlamaktadırlar (Guadagnoli ve Ward, 1998). Hasta katılımına ilişkin dar ve geniş kapsamlı görüşlerin olduğu görülmektedir. Dar kapsamlı bazı görüşlere göre, hasta katılımı, hastanın tıbbi karar verme sürecine dâhil olması olarak tanımlanabilirken; geniş kapsamlı görüşlere göre ise hastanın sağlığı ile ilgili tedavi arayışlarından çeşitli hastalıklar hakkında bilgi aramaya kadar daha kapsayıcı bir tanımının olduğu belirtilmektedir. Hastaların sağlık hizmetlerine katılmaları için pek çok uygun yol olmasına rağmen, en temel yollardan birinin hekim-hasta iletişimi olduğu belirtilmektedir (Cahill, 1996 ve 1998).

Hasta katılımı, sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası ve insan merkezli, güvenli sağlık hizmeti sunumunun kritik bir bileşeni olarak daha fazla önem kazanmaktadır. Bakım sürecine katılım sağlamış hastalar, bakım seçenekleri hakkında bilinçli kararlar verebilirler. Buna ek olarak, kaynaklar hastaların öncelikleriyle uyumlu hale getirilirse daha iyi kullanılabilir ve bu durum dünya çapında sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için kritik öneme sahiptir (WHO, 2016). Genel olarak yapılan değerlendirmeler dikkate alındığında, hasta katılımı; bilgi arama (örneğin, soru sorma, elde edilen bilgilerin doğruluğunu kontrol etme), bilgi sağlama (örneğin semptomlar, tıbbi geçmiş, psikososyal konular hakkında ayrıntılı bilgi sunma), kendi düşüncelerini dile getirme (örneğin, tercihleri veya görüşlerini belirtme) ve endişeleri ifade etme (örneğin, duygusal durumları ifade etme) şeklinde tanımlanabilmektedir (Cegala ve Post, 2009).

Hasta katılımı, *“bireylerin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden en fazla faydayı elde etmek için yapmaları gereken eylemler”* olarak tanımlanmaktadır (Holmes Rovner ve diğeri, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, hasta katılımı terimini, *“hastaların, ailelerin, bakıcıların ve sağlık hizmeti sunucularının; sağlık hizmeti sunucularının güvenliğini, sağlık hizmeti sunumu, kalitesi ve insan merkezliliğini artırmak ve hastaların kendi bakımlarına aktif katılımını kolaylaştırmak ve desteklemek için kapasitelerini geliştirmek şeklinde tanımlamaktadır”* (WHO, 2016). Bir diğer tanım ise hekim ile hasta arasındaki ilişkideki iletişime odaklanarak *“sağlık ve sağlık hizmetlerine hasta ve*

toplum katılımını teşvik etmek, desteklemek ve hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık kararları üzerindeki etkilerini güçlendirmek olarak tanımlamaktadır” (Coulter, 2011). Katılım, uyum (itaat) ile eş anlamlı değildir. Uyum, bir bireyin bir sağlık hizmeti sunucusunun direktifine uyması anlamına gelmektedir. Katılım ise bir kişinin hastalığı önlemek, yönetmek ve iyileştirmek için önemli bilgileri ve profesyonel tavsiyeleri kendi ihtiyaçları, tercihleri ve yetenekleriyle uyumlu hale getirdiği bir sürece dâhil olması anlamına gelmektedir (Center for Advancing Health, 2010).

“Hasta katılımı (patient engagement)” terimi bazen “hasta güçlendirme (patient empowerment)”, “hasta ortaklığı (patient partnership)” ve “hasta aktivasyonu (patient activation)” kavramları yerine kullanılmaktadır. Terimler birbirleri ile bağlantılı olmakla birlikte, eş anlamlı değildir ve ayrı ayrı ortaya çıkabilirler. Hasta güçlendirme genellikle kapasite ile ilgilidir. Hastalar kendilerini güçlendirilmiş hissedebilir, hizmet sunucuları ile etkileşimleri sonucu güçlenebilir veya sağlığı geliştirmek için harekete geçebilirler. Dolayısıyla bu durumlar hasta katılımına yol açabilir (Rozenblum ve diğerleri, 2015). “Hasta ortaklığı”, sağlık hizmetlerinde örgütsel veya sistem düzeyinde kararları şekillendirmede hastaların aktif katılımı anlamına gelmektedir (Velji ve diğerleri, 2017). “Hasta aktivasyonu”, bir hastanın kendi sağlık ve bakımını yönetme konusundaki bilgi, beceri, yetenek ve istekliliğini ifade etmektedir. “Hasta katılımı”, aktivasyonu artırmak, önleyici bakım almak veya düzenli egzersiz yapmak gibi pozitif hasta davranışlarını teşvik eden daha geniş bir kavramdır. Hasta katılımı, daha iyi sağlık sonuçları, daha iyi hasta bakımı ve daha düşük maliyetler olarak tanımlanan “üçlü amaca” ulaşmak için önemli bir stratejidir (James, 2013). Hasta katılım süreci, birey ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkili iletişimle başlamaktadır. Verimli bir fikir ve strateji alışverişi, kişisel hesap verebilirliğe ve karar verme sürecine katılıma yol açar ve bu da klinik bakım sonuçlarında iyileşmelere neden olabilir (Bourbeau, 2020).

3.1.2.Hasta Katılımı İle Hasta Merkezli İletişim Arasındaki İlişki

Hasta katılımı, bireysel sağlığı iyileştirerek toplum sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunmakta ayrıca hastaları kendi tıbbi bakımlarına dâhil etmeye teşvik etmektedir

(Singh ve diğeri, 2019). Etkili hasta merkezli iletişim, hasta katılımını optimize etmek için esas bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Ruben ve diğeri, 2020). Sağlık hizmeti sunucuları ile iyi, proaktif ve net iletişim kurulması hasta katılımına olanak sunmakta ve böylelikle hastaların tedavilerine dâhil olmasını sağlamaktadır (Coulter, 2012).

Hasta-hizmet sunucusu iletişiminin kalitesinin hem hastanın sağlık arama davranışları hem de hastanın sağlık sonuçları üzerinde etkisi olduğu kabul edilmektedir. Hizmet sunucunun sözel ve sözel olmayan iletişimi hasta katılım davranışı üzerinde etkiler yaratmaktadır. Örneğin, hastalar sadece hizmet sunucusunun söylediklerinden değil sözel olmayan davranışlarla bu bilgiyi nasıl sunduklarından etkilenmektedir. Hizmet sunucunun hastayı göz teması kurarak selamlaması, elini sıkması, gülümsemesi ve ona ismi ile hitap etmesi gibi basit iletişim eylemleri hastanın tedaviye katılımını, tedavi etkileşiminin geri kalan kısımlarının da faydalı bir şekilde sürdürebilmesini etkileyebilmektedir (Ruben ve diğeri, 2020).

Hasta katılımını artırmak için gerçekleştirilen hasta merkezli iletişim çeşitli şekillerde gerçekleştirilebilir. Örgütsel (bilgi iletişim teknolojisinin kullanımı, sağlık ortamının türü, sağlık profesyonellerinin rolü ve tutumu), ilişkisel (hastalar, hasta ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişim) ve bireysel (davranışsal, duygusal ve bilişsel) iletişim yöntemleri ile hasta katılımı sağlanabilir (Barello ve diğeri, 2012).

Etkili hasta merkezli iletişim becerilerinin hastaları tedaviye en iyi şekilde dâhil etmek ve hasta katılımını teşvik eden iletişimi geliştirmek için hizmet sunucularının iletişim becerilerinin değerlendirilmesinin gerekli olduğu bilinmektedir. Hizmet sunucusunun iletişim becerilerini değerlendirmeye yönelik üç yaklaşım mevcuttur. Bunlar; hizmet sunucunun diğer hizmet sunucusunun iletişim becerilerini değerlendirmesi yaklaşımı, hastanın hizmet sunucusu iletişimini değerlendirmesi ve hasta merkezli iletişimi nesnel olarak ölçmeye yönelik yaklaşım şeklindedir (Ruben ve diğeri, 2020).

3.2. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ

Bu başlıkta öncelikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tanımı ve kavramsal çerçevesine ardından sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hasta merkezli iletişim arasındaki ilişkiye değinilmiştir.

3.2.1.Yaşam Kalitesi

"Yaşam kalitesi (Quality of Life)" teriminin, bireysel tatminden "normal" bir yaşam sürme yeteneğine kadar değişen çeşitli anlamları bulunmaktadır (Bowling, 1995). Farklı disiplinler tarafından yaşam kalitesine yönelik farklı tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. Yaşam kalitesi ilk olarak 1970'lerde tıpla ilgili bir kavram olarak tanıtılmıştır. Takip eden yıllarda, spesifik tıbbi müdahalelere maruz kalan farklı hasta gruplarında QOL'yi ölçmeye yönelik çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiş ve bilimsel yayınlar üretilmiştir (Tobiasz-Adamczyk, 2013). QOL, araştırmalar üzerinde önemli bir etki yaratan karmaşık bir kavramdır ve genellikle sağlık durumu, işlevler, davranışlar, yaşam doyumu, algılar ve semptomlar dâhil olmak üzere farklı fiziksel ve psikososyal değişkenleri tanımlamak için kullanılmaktadır (Fink, 2009).

Yaşam kalitesi, sosyal işlevsellik ile algılanan bir kavram olmakla beraber fiziksel ve zihinsel iyilik hali olarak da ölçülebilmektedir. Bu kapsamda bireyin normal hayatında ilişki halinde olduğu çevre ve bireylerle sosyal işlevsellik açısından aktif olması, hareket eylemlerini gerçekleştirebilecek bir fiziksel iyilik halinde olması bireyin yaşam kalitesinin düzeyini gösterebilmektedir (Rubin ve Peyrot, 1999).

Bowling'e göre, QOL, tıbbi hizmetlerin kalitesiyle ilgili herhangi bir ölçümün son noktası olarak ifade edilmektedir. Hasta perspektifinden sağlık durumunun öznel bir ölçüsünü göstermekte ve tedaviden veya tedavi sonuçlarından tatmin olma derecesini belirtmektedir (Bowling, 2014). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) Grubu tarafından geliştirilen QOL tanımına literatürde sıklıkla atıfta bulunmaktadır. DSÖ'nün geliştirmiş olduğu bu tanıma göre QOL, *"bireyin içinde yaşadığı kültür ve*

değer sistemleri bağlamında kişisel hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algısıdır” (WHO, 1995). Genel olarak, “QOL” terimi, “bireyin genel refahı ile ilgili çok çeşitli bireysel deneyimleri ifade eder” (Revicki ve diğerleri, 2000). Bazı araştırmacılar ise insan ihtiyaçlarının yaşam kalitesinin temelleri olduğunu ve yaşam kalitesinin bu ihtiyaçlardan (fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, evlilik ve yapısal) tatmin olma derecesi olduğunu savunmaktadır (Hörnquist, 1982). Yaşam kalitesi, bir kişinin zihinsel ve fiziksel refahının günlük yaşamında kendini nasıl gösterdiğini yansıtır (Nicolson ve Anderson, 2003). Yapılan tanımlar, yaşam kalitesinin öznel olduğu, yaşamın hem olumlu hem de olumsuz yönlerini içerdiği ve çok boyutlu olduğu görüşünü ortaya koymaktadır (WHO, 1995). QOL'yi tanımlamanın karmaşıklığına rağmen, QOL'nin çok boyutlu bir kavram olduğu konusunda literatürde bir fikir birliği mevcuttur (Bowling, 2005). QOL, bir bireyin sağlık durumunun karmaşık bir ölçümünü ifade etmekle birlikte bu ölçüm şu durumları içermektedir: Fiziksel sağlık; duygusal durum; hayatta bağımsızlık; kişinin çevreye bağımlılık düzeyi; kişinin çevresiyle ilişkisi ve bireysel inançlar ve kanaatler (WHO, 1995).

WHOQOL grup tarafından yaşam kalitesinin boyutları Tablo 3'te sunulduğu şekilde tanımlanmıştır (Skevington, 1999).

Tablo 3. Yaşam Kalitesi Boyutları

Ağrı ve rahatsızlık	Enerji ve yorgunluk, cinsel aktivite, uyku ve dinlenme ve duygusal işlev
Olumlu hisler	Düşünme, öğrenme, hafıza ve konsantrasyon; öz saygı; bedensel görüntü ve görünüm; negatif hisler
Hareket	Günlük yaşam aktiviteleri; tıbbi malzeme ve tıbbi yardıma bağlılık; medikal olmayan malzemelere bağlılık; iletişim kapasitesi; çalışma kapasitesi
Sosyal ilişkiler	Pratik sosyal destek ve diğer sosyal destek ilişkilerine katılım; sosyal katılım
Fiziksel emniyet ve güvenlik	Ev çevresi; iş tatmini; finansal kaynaklar; sağlık ve sosyal bakım (erişebilirlik ve kalite); yeni bilgi ve beceri kazanma bilgisi; rekreasyon ve boş zaman etkinliklerine katılım ve fırsatlar; fiziksel çevre; sağlık kuruluşlarına toplu ulaşım
Maneviyat	Din ve kişisel inançlar

Kaynak: Skevington, 1999

Çağdaş sağlık hizmeti araştırmalarında, QOL terimi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (HRQOL-Health Related Quality of Life) ve fonksiyonel yeterlik gibi farklı ancak ilgili kavramların birbiri ile ilişkilendirilip ve birbirinin yerine kullanıldığı sıklıkla görölmektedir (Al-Raji ve Al Salmi, 2020). Bu bağlamda aşağıda bu kavramlar arasındaki ilişkilere ve tanımlamalara değinilmektir.

3.2.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

DSÖ'nün fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklindeki “sağlık” tanımı, dar (hastalık temelli) bir odaktan ziyade sağlığın anlamının sınırlarını genişletmiştir (Holmes, 2005). Yine de, algılanan sağlık durumundan ne kadar farklı olduğu konusunda çok az fikir birliği vardır. “Sağlık” terimi genellikle, bireysel olarak iyi bir yaşam kalitesi düzeyine işaret edebilen hastalık ve rahatsızlıkların olmaması durumu olarak adlandırılmaktadır. Sağlık durumu ölçümlerinin çoğu, sağlığı QOL için bir temel olarak kabul etmiştir (Hall ve diğerleri, 2011). Pozitif sağlık kavramının, hastalığın veya hatta sakatlığın olmamasından daha fazlası olduğu, tam işlevsellik, zihin ve beden verimliliği ve sosyal uyum ile ilgili olduğu konusunda geniş bir fikir birliği vardır (Kaasa ve Loge, 2003; Krethong ve diğerleri, 2008). Hekimler ve sosyal bilimciler arasında, tıbbi müdahalelerin sonuçlarını değerlendirirken yaşam kalitesi değerlendirmelerinin yapılması gerektiği konusu bu bağlamda irdelenmektedir (Bowling, 2005).

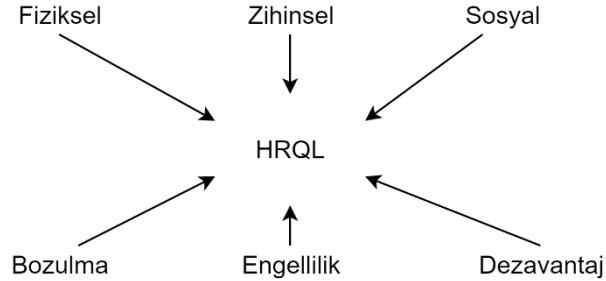
HRQOL kavramı, tıpkı yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi tanımlanması güç bir kavramdır (Bowling, 2005). HRQOL'yi tanımlamak zordur ancak hastalık veya tedavinin varlığıyla ilişkili veya bunlardan etkilenen, bireyin kendisiyle ilgili algıladığı iyi oluşun yönleri olarak düşünölebilir (Ebrahim, 1995). Yaşam alanlarının çoğunluğu sağlıkla ilgili olduğundan, “HRQOL” terimi, sağlıkla ilgili sorunları genel yaşam kalitesi sorunlarından ayırmak ve belirtmek için kullanılmaktadır. HRQOL terimi, öncelikle bir bireyin fiziksel ve zihinsel sağlık durumunu etkileyen sağlık alanlarını ölçmeye yardımcı olmak için psikoloji ve sosyoloji araştırmacıları tarafından geliştirilmiştir (Cella ve diğerleri, 2005). “HRQOL, hastalık, yaralanma ve tedaviden etkilenen bozulmalar, işlevsel durumlar, algılar ve sosyal yönlerden değiştirilen yaşam

süresine verilen değer” şeklinde tanımlanmaktadır (Patrick ve Ericson, 1993). HRQOL, bir hastalığın veya tedavinin etkilerini hastanın bakış açısıyla ölçer. Sağlık uzmanları, nesnel fiziksel ölçümlerdeki değişikliklerle daha fazla ilgilenirse de, hastalar semptomlardaki, fiziksel işlevdeki ve sosyal rollerdeki değişikliklerle daha fazla ilgilenme eğilimindedir (Thompson ve Yu, 2003). HRQOL, bireyin yaşamıyla ilgili iyilik ve tatmin düzeyini ve bunun hastalık, kaza ve tedavilerden nasıl etkilendiğini yani hastanın bakış açısını ifade eder (Lovatt, 1992). Bu nedenle HRQOL'nin, ayrı ayrı yorumlanabilen farklı bileşenler ile ölçülebilmesi daha uygundur (Crosby ve diğerleri, 2003). HRQOL'nin ölçülebilen potansiyel boyutları arasında fonksiyonel yetenek, sağlık durumu, semptomlar ve somatik durum, psikolojik iyilik, sosyal destek ve yaşam doyumu, moral, bağımsızlık, yaşam üzerinde kontrol, başa çıkma yer almaktadır (Bowling, 1995). Bu durum klinik açıdan, hastalığın ortaya çıkmasından ve/veya teşhisinden sonra bu, tüm boyutların bireyin “sağlık durumundan” etkilenebileceği anlamına gelir. Dolayısıyla bu ilişki çok boyutludur. Yani, iyi sağlık biyolojik, psikolojik ve sosyal refahın bir sonucudur. Sözü edilen alanlardan herhangi birinde meydana gelebilecek bir rahatsızlık, hastalıkla sonuçlanır, diğer refah alanlarını ve HRQOL'yi etkiler (Klocek ve Kalina Kawecka, 2013).

HRQOL tanımı, olumlu refahın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerinin yanı sıra hastalık, tedavi ve sakatlığın olumsuz etkilerini de içermektedir. Hastaların, “ideal” olarak algıladıkları ile karşılaştırıldığında, mevcut işlevsellik düzeylerine ve bundan tatmin olma durumlarına ilişkin değerlendirmelerini ifade eder. HRQOL, yaşamın “sağlığı” etkileyebilecek veya ondan etkilenebilecek yönlerini geniş ölçüde kapsar (Klocek ve Kalina Kawecka, 2013). HRQOL, sağlık ve tedaviye bağlı semptomlardaki değişikliklerin kişinin iyilik halinin boyutlarını nasıl etkilediği ile belirlenir (Huber ve diğerleri, 2010). Bu nedenle HRQOL, fiziksel, zihinsel, sosyal ve rol işleyişi ile ilgili yönleri içeren ve ayrı ayrı yorumlanabilen farklı bileşenler kullanılarak ölçülebilen bir kavramdır (Crosby ve diğerleri, 2003).

HRQOL, tipik olarak fiziksel, işlevsel, sosyal ve duygusal refah olmak üzere dört geniş kategoriyi içeren çok boyutlu bir yapıdadır (Cella ve Tulskey, 1993). Şekil 5'teki

modelde de görüldüğü üzere, HRQOL, fiziksel, zihinsel, sosyal, engellilik, bozulma ve dezavantaj boyutlarının unsurlarını içeren şemsiye bir kavramdır (Ebrahim, 1995).



Şekil 5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Modeli

Kaynak: Ebrahim, 1995.

Hem QOL hem de HRQOL kavramları, hastaların yaşamla ilgili kendi tatmin düzeylerini temsil eder ve hastaların günlük yaşamları üzerindeki fiziksel, zihinsel ve sosyal etkilerini nasıl algıladıklarından etkilenebilir (Griva ve diğerleri, 2009). İlk başta, HRQOL bir patoloji ve bağımlılık modeline dayalı olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu nedenle, azalan fiziksel ve psikolojik çevikliğin yanı sıra kişinin sosyal rol ve işlevlerini yardımsız bir şekilde yerine getirmeye yönelik ölçümlere odaklanmıştır. Günümüzde, HRQOL daha “pozitif” ölçümlere odaklanmıştır. Bu tür ölçümler, hastanın farklı yaşam durumlarında (tedavi edilemeyen bir kronik hastalık veya sakatlık durumunda bile) işlev görme yeteneğini yansıtır. Hastaların HRQOL'sini ölçmek, belirli kriterlerin kabul edilmesine bağlıdır. İlk olarak, kronik hastalıklar genellikle uzun süreli, sürekli ve zaman zaman zaman zaman kişinin yaşamın farklı alanlarında işlev görme yeteneğindeki değişikliklere dinamik uyum sağlamayı gerektirir. İkinci olarak, kronik hastalıklar aynı zamanda hastanın ailesinin, yakın çevresinin ve toplumun da kronik hastalığı olan bir bireyle yaşamayı benimsemesini gerektirir. Son olarak, hastalığın sonuçları davranış değişiklikleri ve sosyal rollerin yerine getirilmesini gerektirir (Tobiasz-Adamczyk, 2013). Bu nedenle, QOL ve HRQOL'yi değerlendirmek, hastaların bireyselleştirilmiş sağlık deneyimlerini yakalayabilen ölçümleri kullanmak, sağlık sonuçları değerlendirmesinin hayati ve sıklıkla gerekli bir parçası haline gelir (Burckhardt ve Anderson, 2003).

Konuya kanser hastaları özelinde yaklaşıldığında, günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler ve yeni tıbbi tedavilerle kanser tanısında mortalite ve morbiditeyi azaltacak, yaşam süresini artıracak yeni yöntemlerin geliştirildiği görülmektedir. Bu sebeple kanser hastalığıyla yaşamaya çalışacak hastaların tanı ve tedavi süreci boyunca yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik yapılan araştırmalar önem kazanmaktadır. Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisine yönelik seçenekleri tartarken, hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları, verilen bir tedavinin hem yaşama katacağı yılların sayısını hem de eklenen bu yıllarda yaşam kalitesini bilmekle ilgilenmektedir (Eton ve Lepore, 2002).

Kanserin teşhis edilme süreci büyük bir zorluk ile gerçekleşmekte ve bireyin hayatında önemli bir stres kaynağı olabilmektedir. Ayrıca, hayatta kalmak birçokları için zor olabilmektedir. Hayatta kalanlar, sosyal ağlarını ve sosyal rollerini yeniden yapılandırmada potansiyel zorluklarla karşı karşıya kaldıkları için hayatlarında yeni bir normal bulma gibi zorlu bir görevle karşı karşıya kalabilmektedirler. Ayrıca sosyal izolasyon, azalan mesleki işlevsellik ve/veya finansal baskı ile karşılaşabilmektedirler. Bu baskılar, kişinin yüksek stres durumlarıyla etkili bir şekilde başa çıkma veya kaynakları harekete geçirme yeteneğinde zorluklar ortaya çıkarabilmektedir. Bu durumun sonucunda ise kişinin yaşam kalitesi düşebilmektedir. Sosyal işlevsellik, hayatta kalanlar arasında HRQOL sonuçlarında önemli bir rol oynamaktadır (Walt, 2016). Kanserin etkisi genellikle nüks riski, hayatta kalma olasılığı gibi klinik açıdan tahmin edilebilmektedir. Ancak kanserin bir kişinin işlevselliği ve refahı üzerindeki etkileri tam olarak tespit edilememektedir. Bu nedenle, kanser yükünü daha iyi anlamının ve kanser tedavilerinin etkilerini değerlendirmenin bir yolu olarak HRQOL'yi değerlendirmeye artan bir ilgi mevcuttur (Reeve ve diğerleri, 2009).

3.2.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Hasta Merkezli İletişim İlişkisi

Hekim ve hasta arasındaki iletişimin hasta sonuçları üzerindeki etkisi yaşamı tehdit eden kanser gibi hastalıklar söz konusu olduğunda daha da önem kazanmaktadır. Gerçekleştirilen araştırmalar hekimlerin iletişimsel davranışlarının kısa vadeli hasta sonuçları (hasta tatmini ve uyum niyeti), orta vadeli hasta sonuçları (tedaviye bağlılık

gibi) ve uzun vadeli hasta sonuçları (yaşam kalitesi, sağlık statüsü, iyileşme gibi) üzerinde ciddi etkilerinin olabileceğini göstermektedir (Ong ve diğerleri, 2000). Hekim-hasta iletişiminin iyi olması hastaların bakımları ile başa çıkmalarına ve tatminlerinde artışa, bilgilendirilmiş onam ve bakımla işbirliğine, yaşam kalitelerinde iyileşmelere neden olmakta ve malpraktis davası olasılığından kaynaklanan sağlık çalışanlarında tükenmişliği azaltmaktadır (Bredart, 2005). HRQOL'nin iyileştirilmesi, palyatif tedavinin önemli bir hedefidir ancak palyatif tedavi sırasında HRQOL konularına ilişkin hekim-hasta iletişimi hakkında çok az şey bilinmektedir (Detmar ve diğerleri 2001).

HRQOL, mevcut tedavi seçenekleri arasından seçim yapmada ve bu tür tedavilerin zaman içindeki etkilerinin izlenmesinde merkezi bir öneme sahip olabilir. Optimal palyatif kanser tedavisinin temel koşulu, hekimlerin hastalarıyla etkili bir şekilde iletişim kurarak hastaların fiziksel ve psikososyal sağlık durumlarının mümkün olduğunca net bir şekilde ortaya konulmasıdır (Detmar ve diğerleri 2001).Yapılan çalışmalar iletişim ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Örneğin gerçekleştirilen bir araştırmada iletişim sürecinin ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi üzerinde etkisi olup olmadığı incelenmiştir. Hastaların ameliyattan 2 yıl sonra, tedavi öncesine kıyasla yaşam kalitelerinde bir iyileşme olduğu ve yaşam kalitesi ile iletişim kalitesi arasında bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (Catt, 2018). Kanser hastaları üzerinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada, kanser hastalarının genellikle teşhisler, prognozlar ve tedavi seçenekleri hakkında yeterince bilgilendirilmediği, yetersiz iletişimin hastaların tercihlerini, endişelerini ve ihtiyaçlarını yeterince karşılamayan ve sonrasında hastaların yaşam kalitesini etkileyen sağlık hizmeti kararlarına yol açabileceği ortaya konulmuştur. Söz konusu çalışmada iletişim davranışları ile hasta yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Alhofaian ve diğerleri, 2021). Ong ve diğerleri (2000) de benzer olarak onkoloji konsültasyonu sırasında hekim-hasta iletişiminin hastaların yaşam kalitesi ve tatmini ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Kanser hastaları üzerinde yürütülen bir başka çalışmada, hizmet sunucusu ile iletişimi yüksek seviyede olan hastaların yaşam kalitesinin sosyal refah ve fonksiyonel refah boyutlarından elde ettikleri ortalamaların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Strayhorn, 2021).

3.3.HİZMET KALİTE ALGISI

Bu başlıkta sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin tanımına ve ne ifade ettiğine ardından hizmet kalite algısı ile hasta merkezli iletişim arasındaki ilişkiye değinilmiştir.

3.3.1.Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesinde son derece önemli bir rol oynamaktadır. Modern hayatın yüksek yaşam ve kültürel standartları ile teknolojik ve tıbbi gelişmelerin bir sonucu olarak daha iyi sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmakta ve bu durum ise sağlık hizmetine olan talebi artırmaktadır (Krassadaki ve Grigoroudis, 2018). Yaşam kalitesinin artırılmasına paralel olarak hizmet kalitesi yüksek sağlık hizmeti sunulmasında ciddi anlamda çaba harcanmaktadır. Donabedian (1988) bakım kalitesinin algılanabilen ancak ölçülemeyen bir tür gizem olarak düşünüldüğünü belirtmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin kesin olarak tanımlanamayacak veya nesnel olarak ölçülemeyecek kadar soyut ve belirsiz bir kavram olduğuna inanılmaktadır. Ancak sezgisel olarak tanımlanabileceği ifade edilmektedir. Benzer şekilde, farklı kişilerin kaliteyi nasıl algıladıkları konusunda da farklılıkların olabileceği ileri sürülmektedir. Sonuç olarak, herkesin kabul edeceği bir kalite tanımı veya ölçüsü olamayacağı iddia edilmektedir (Donabedian, 2002).

Hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerinde kalitenin farklı tanımlarının yapıldığı görülmektedir. Parasuraman ve diğerleri (1985), pazarlama perspektifi ile hizmet kalitesini, *“tüketicilerin beklentileri arasında algılanan ve sağlık hizmetlerinde fiilen gerçekleştirilen bir farklılık”* olarak tanımlamaktadır. Crosby (1978) ise sağlık hizmetleri kalitesini gereksinimlere uygunluk olarak tanımlamıştır. Donebedian yüksek kaliteli hizmeti *“hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet”* olarak tanımlamaktadır (Donabedian, 1980). 1984 yılında Amerikan Tabipler Birliği, yüksek kaliteli bakımı *“kalitenin ve/veya yaşam süresinin iyileştirilmesine veya sürdürülmesine sürekli olarak katkıda bulunan bakım”* olarak tanımlamaktadır (Council on Medical Service, 1986). Araştırmalar, “sağlık

hizmeti kalitesi” teriminin geniş bir kullanımının olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmeti kalitesi; (1) etkili, (2) güvenli, (3) mükemmellik kültürü ve (4) arzu edilen sonuçları veren niteliklere sahip olmalıdır (Allen-Duck ve diğerleri, 2017). Sıklıkla atıf alan bir diğer tanım ise Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından yapılmıştır. Amerikan Tıp Enstitüsü sağlık hizmetleri kalitesini, “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve güncel profesyonel bilgi ile tutarlı olma derecesi” olarak tanımlamaktadır (Institute of Medicine, 1990). Kalitenin temel bazı özelliklere sahip olması gerektiği belirtilmektedir. Tablo 4’te kaliteli sağlık hizmetinin özelliklerine ilişkin tanımlar verilmektedir (Mendoza ve diğerleri, 2001).

Tablo 4. Kaliteli Sağlık Hizmetinin Sahip Olması Gereken Özellikler

Kalite Özelliği	Tanımı
Etkili	Bilimsel bilgiye dayalı olarak sağlık hizmeti sunmak, hizmetin yetersiz ve aşırı kullanılmamasını engelleyen sağlık hizmeti sunmak.
Hasta merkezli	Bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı, bunlara yanıt veren ve hasta değerlerinin tüm klinik kararları yönlendirmesini sağlayan sağlık hizmeti.
Zamanında	Hem hizmeti sunan hem de hizmetten faydalananlar için gereksiz beklemelerden kaçınılan ve zarar verici gecikmelerin olmadığı sağlık hizmeti.
Etkin	İsraftan, özellikle ekipman, malzeme, fikir ve enerji israfından kaçınma.
Hakkaniyetli	Cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum veya sosyoekonomik durum gibi kişisel özelliklere atfedilebilen farklılıklar olmadan sunulan sağlık hizmeti.
Güvenli	Hasta güvenliğini dikkate alan ve hizmet sunumundan kaynaklı zarar görmeyi engelleyen sağlık hizmeti.
İlişki	Hastalar ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile anlamlı ve tedavi edici etkileşimlerde bulunma.

Kaynak: Mendoza ve diğerleri, 2001.

3.3.2.Hizmet Kalite Algısı ve Hasta Merkezli İletişim İlişkisi

Sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık otoriteleri tarafından ortaya atılan kalite kavramları önemli ölçüde farklılaşsa bile hastaların kalite algıları sağlık hizmeti kalitesinin değerlendirilmesinde giderek daha önemli hale gelmektedir (Calnan, 1988). Araştırmacılar, yöneticiler, sağlık hizmeti sunucuları ve politika yapımcılar, bakımın kalitesini değerlendirmede hastaların bakış açlarına odaklanmaya başlamıştır (Abrams ve diğerleri, 2011). Amerikan Tıp Enstitüsü’nün “bireylere ve topluma sunulan sağlık

hizmetlerinin, arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve güncel profesyonel bilgi ile tutarlı olma derecesi” şeklindeki kalite tanımına iki açıdan bakılabilir. Bunlardan birincisi hasta algısı ile ilgili iken diğeri hizmetin teknik veya profesyonel boyutu ile ilgili değerlendirmeleri içermektedir (Zaslavsky ve diğeri, 2000). Kalitenin teknik boyutu teşhisle ve prosedürle ilişkili yönü ifade ederken fonksiyonel yön hizmetlerin hastalara sunulma şekli ile ilgilidir (Narang, 2010).

Sağlık hizmetlerin iyileştirilmesi için yalnızca daha iyi teknik kaliteye değil, aynı zamanda bakım süreci boyunca daha iyi kabul edilebilirliğe ve hasta merkezliliğe de ihtiyaç duyulmaktadır. Kalite algısı, birbirine bağlı olan toplum, sağlık sistemi ve bireysel faktörler tarafından şekillendirilmektedir. Ayrıca, bakımın kalitesi, bakımın sağlandığı topluluklar ve toplumlardaki sosyal normlar, ilişkiler, değerler ve güven irdelenmeden tam olarak anlaşılamayacaktır (Hanefeld ve diğeri, 2017). Daha hasta merkezli bir sağlık sistemi için beklentiler arttığından hastaların sağlık hizmeti kalitesine ilişkin algılarını tanımlamak, ölçmek ve bu algıları neyin harekete geçirdiğini tam olarak anlamak gittikçe önemli bir unsur haline gelmektedir (Sofaer ve Firminger, 2005).

Algılanan bakım kalitesi, bakım kalitesinin giderek daha önemli bir ölçüsü olarak görülmektedir. Ayrıca algılanan bakım kalitesi kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve hekime güven gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (Litzelman ve diğeri, 2016). Literatürde algılanan bakım kalitesinde hasta-hizmet sunucusu iletişiminin önemi vurgulamaktadır (Seccareccia ve diğeri, 2015). Mendoza ve diğeri (2011) hekimlerin hastalarla olan iletişimlerinin kaliteli sağlık bakımının temel bir unsuru olduğunu belirtmekte, ayrıca Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından geliştirilen ve altı kalite unsuru olarak ifade edilen hizmetin; güvenli, zamanında, etkin, verimli, hakkaniyete uygun ve hasta merkezli olması gibi unsurlarının yanında kalitenin önemli bir belirleyicisi olarak iletişimin de yedinci unsur olarak değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Kanser hastalarında daha az algılanan bakım kalitesinin belirleyicileri olarak; kötü psikososyal faktörler, karşılanmayan tedavi ihtiyaçları ve düşük hekim güveni gösterilmektedir (Bickell ve diğeri, 2012). Hekimler üzerinde yürütülen bir araştırmada, çalışmaya katılan hekimlerin yarısı, hekim ve hastalar arasındaki anlamlı

iletişimin yüksek kaliteli bakıma katkıda bulunduğu yorumunda bulunmuştur (Mendoza ve diğerleri, 2011). Kanser hastaları ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada, hizmet sunucuları ve hastalar arasında gerçekleştirilen kişilerarası ilişkilerin hastaların sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin de bakım kalitesine yönelik algılarından kaynaklandığı ortaya konulmuştur (Asare ve diğerleri, 2020).

3.4. HASTA TATMİNİ

Bu başlıkta hasta tatmininin kavramsal çerçevesine ardından hasta tatmini ile hasta merkezli iletişim arasındaki ilişkiye değinilmiştir.

3.4.1.Hasta Tatmini Kavramı

Hasta tatmini, yöneticiler, hizmet sunucular ve tüketiciler tarafından giderek artan bir ilgi görmektedir. Bu ilginin önemli bir nedeni de, hasta tatmininin sağlık hizmeti sunumunun temel amaçlarından birisi olmasıdır. Hasta tatmininin çeşitli sağlık ve hastalık davranışlarıyla nedensellik ilişkisi olduğu ve hizmet sunum ortamında hastalarının rolünün arttığı belirtilmektedir. Tatmin olmuş hastanın hekimin talimatlarına uyacağına ve gelecekteki randevularına geleceğine inanılmakta, dolayısıyla hasta tatmininin sadık hasta profilinin oluşturulmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Linder-Pelz, 1982). Hasta tatmini ile ilgili olarak genel kabul görmüş bir tanım oluşturulamamasına rağmen, literatür incelendiğinde söz konusu kavram ile ilgili olarak çok yönlü çalışmaların yapıldığı görülmektedir.

Linder-Pelz (1982) hasta tatminini *“sağlık hizmetlerinin farklı boyutlarına ilişkin olumlu değerlendirmeler”* olarak tanımlanmaktadır (değerlendirme; klinik ziyaret, tedavi, sağlık hizmeti ortamı veya planı veya genel olarak sağlık hizmeti sistemini kapsayabilmektedir). Bir diğer tanıma göre ise, hasta tatmini, *“hastanın hastanedeki tüm deneyimlerinin bir özeti”* olarak tanımlanmaktadır (Press, 2006). Bir başka tanıma göre, hasta tatmini, *“sağlanan bakımın hastanın ihtiyaç ve beklentilerini karşılayıp karşılamadığını yansıtan sağlık sonuçları ve sağlık sistemine olan güven ile birlikte*

hastanın bakım deneyimlerinin bir sonuç ölçüsü” olarak tanımlanmaktadır (Kruk ve diğerlerinin, 2018). Tarantino (2004) ise hasta tatminini, “tedavi sürecinde hastanın deneyimleriyle beklentilerin eşleşmesi” olarak tanımlamaktadır.

Hasta tatmini ile ilgili olarak farklı bakış açılarıyla yapılan araştırmaların mevcut olması, bu kavrama yönelik farklı tanımların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hastanın sunulan sağlık hizmetindeki yerinin belirlenmesi, sunulan sağlık hizmetinin yapısı, sağlık hizmetinin sunulduğu toplumun yapısı gibi kriterlerin kılavuz olarak alınması, çok yönlü bir tanım oluşturmaya yardımcı olabilmektedir.

Öte yandan hasta tatmini sağlık hizmetlerinin kalitesi ile de ilişkilendirilmekte ve hasta tatmini hastanın almış olduğu sağlık hizmetinin kalitesinin ölçümünde başvurulan sonuç şeklinde belirtilmektedir. Tatmin ile ilişkili faktörler arasında; tıbbi bakımın erişilebilirliği, sağlık kuruluşlarının organizasyon yapısı, tedavi süresi, hekimlere yönelik algılanan yeterlilik, hekim-hasta iletişimi ve iletişimin sürekliliği, hekimlerin davranışları, hekimlerin kontrolü ve diğer hastalar yer almaktadır (Lochman, 1983).

Sunulan sağlık hizmetinin çok yönlü olması, hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin ayrı ayrı uzmanlaşması, sağlık tesisinde kullanılan medikal görüntüleme ve sağlık teknolojisi gibi unsurların sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve dolayısıyla hizmet alan hastaların tatminini doğrudan etkilemektedir.

3.4.2.Hasta Tatmini ve Hasta Merkezli İletişim İlişkisi

Onkolojide hekim ve hastalar arasındaki iletişimi geliştirmeye yönelik girişimlerin etkinliğini değerlendiren bazı araştırmalar, hasta tatminini sağlık sonuçları ile ilgili bir özellik olarak belirlemişler ve kanser hastaları ile hekimleri arasındaki etkileşimi iyileştirme girişimlerin hasta tatmini üzerinde olumlu yönde bir etkisi olduğunu ortaya koymuşlardır (Bredart, 2005). Son yıllarda hasta deneyimini geliştirmeye yönelik artan vurgu hekimlerden hastaların tatminini artırmaya yönelik hasta merkezli iletişim davranışlarını geliştirmelerini beklemektedir (Finefrock ve diğerleri, 2018).

Hekim-hasta iletişiminin hasta tatminini etkileyip etkilemediği konusunda birçok çalışma gerçekleştirilmiştir (Williams ve diğerleri, 1988). Finefrock ve diğerleri (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırmada hekim-hasta iletişim düzeyinin yüksek hasta tatmini düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Kanser hastaları ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, hekimlerin iletişim davranışlarının hastaların tatminini etkilediği belirlenmiştir (Mallinger ve diğerleri, 2005). Bir diğer çalışmada hekimlerin iletişim davranışlarının hastaların genel tatmin düzeylerini önemli ölçüde ve olumlu yönde etkilediği ortaya konulmuştur (Clever ve diğerleri, 2008). Bir başka çalışmada da hekim-hasta iletişimi ile hasta tatmini arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve hastaların hastane bakımından genel tatmin düzeylerinin hastaların hekimlerinin iletişim davranışlarına ilişkin değerlendirmeleriyle ilgili olduğu ortaya konulmuştur (Clever ve diğerleri, 2008). Bir başka çalışmada iletişim etkinliğinin hasta tatminini ile olumlu yönde bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (Versluijs ve diğerleri, 2021). Kadın kanser hastaları ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada hastalığı hakkında hekimlerine soru sorabilen ve iletişim kurabilen kadınların almış olduğu hizmetten tatmin olma olasılığının, soru soramayan ve iletişim kurmayan kadınlara kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Thind ve diğerleri, 2011).

4. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde; öncelikle araştırma amaçlarının neler olduğuna ve araştırmanın önemine, daha sonra araştırma kapsamında geliştirilen modele ve bu doğrultuda oluşturulan hipotezlere yer verilmektedir. Sonrasında, araştırmada veri toplamada kullanılan yönteme ilişkin detaylara, araştırmanın evren ve örnekleme ve araştırmada toplanan verilerin analizinde kullanılan yöntemlere değinilmektedir. Son olarak da, araştırmanın sahip olduğu sınırlılıklar ortaya konulmaktadır.

4.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

İnsan hayatının ayrılmaz bir parçası olan iletişim, günlük yaşam pratiği içerisinde insanların temas kurarak yaşamlarını sürdürmelerine, toplumsal yapı içerisindeki rollerini yerine getirmelerine ve toplumdaki konumlarının belirlenmesine yardımcı olmaktadır. İletişim hayatın her alanında kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta ve hizmet sunucu arasında iletişim gerçekleşmekte ayrıca sözlü, sözsüz, yazılı, elektronik ve benzeri birçok iletişim yöntemi de kullanılmaktadır. Literatür kısmında da belirtildiği üzere Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından hasta bakımının hasta merkezli olması gerektiği ifade edilmektedir. Hasta merkezli bakımın temelinde hastayı odağa alan, hastanın beklentilerini, endişelerini, fikir ve düşüncelerini dikkate alan hastaları tedaviye katılmaları konusunda cesaretlendiren, hasta ve hizmet sunucu arasında güven yaratmayı esas alan, hasta değerlerinin klinik kararlara kılavuz edildiği hasta merkezli iletişimin olduğu belirtilmektedir.

Sağlık sektörü paydaşları, hasta merkezli bakımı geniş ölçüde savunmakla birlikte hasta merkezli bakımın ne olduğu ve nasıl başarıldığı konusunda çok az fikir birliği bulunmaktadır (Cegala ve Post, 2009). Hasta merkezliliği değerlendirmenin en güç yönlerinden birisi hasta merkezli bakımın gerçekleştirildiği birincil araç olan hasta merkezli iletişimin kavramsallaştırılması ve ölçülmesidir (McCormack ve diğerleri,

2011). Hekim-hasta arasında özellikle kanser hastaları özelinde iletişimin güçlü bir şekilde kurulması gerektiği belirtilmekte ve kanser hastalarında iletişimi anlayabilmek için ise iletişimin amaçlarının, hekim-hasta iletişiminin analizinin, tıbbi karşılaşmalarda gerçekleştirilen iletişim davranışlarının ve iletişimin hasta sonuçları üzerindeki etkilerinin incelenmesinin önem arz ettiği belirtilmektedir (Ong ve diğerleri, 1995).

Hasta merkezli iletişimin kanser bakım kalitesini ve sonuçlarını iyileştirmedeki önemi göz önüne alındığında, kanser hastalığı ile ilgili sağlık hizmeti alırken hastaların iletişim deneyimlerinin sistematik olarak değerlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca, hastalar ve aileleri için göze çarpan sorunları kapsayan, kanser tedavisinin farklı aşamalarına göre uyarlanabilen, hastalara en az yük getiren, hasta ve ailesinin bakış açısına göre temel iletişim hedeflerinin yerine getirilip getirilmediğini değerlendiren önlemlere gereksinim duyulduğu ifade edilmektedir (Sepucha ve diğerleri, 2004).

Hasta merkezli iletişim, kaliteli kanser bakımı için kritik öneme sahiptir. Etkili iletişim, hastaların ve aile üyelerinin kanserle başa çıkmalarına, bilinçli kararlar vermelerine ve bakımlarını etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir. Optimal ve etkili bir şekilde gerçekleştirilemeyen iletişim, bakım kesintilerine, tedavinin reddine ve farklı türde hataların gelişmesine ayrıca hekim-hasta ilişkisinde ciddi anlamda bozulmalara neden olabilmektedir (Mazor ve diğerleri, 2013).

Hasta merkezli iletişim kanser hastalarının potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kaldığı, uzun süreli belirsizlikler yaşadığı ve genellikle birden çok hizmet sunucu ve tedavi yöntemini içeren karmaşık bakımı yönetmek zorunda kaldığı kanser bakım sürecinde kritik öneme sahiptir (McCormack ve diğerleri, 2011). Hasta merkezli iletişime gerek uluslararası önemin atfedilmesi gerekse bu konuda ulusal düzeyde bir çalışmanın olmaması bu çalışmanın çıkış noktası olmuştur. Bu çalışma özellikle kanser bakımında hasta merkezli iletişime odaklanmış olsa da hasta merkezli iletişimin tüm sağlık hizmetleriyle ilgili olması gerektiği ifade edilebilir. Ayrıca kanser bakımı bağlamında, hasta merkezli iletişimin, hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı, hasta tatmini ve diğer sağlık sonuçları üzerindeki

etkilerini inceleyen sınırlı araştırmaların olması (Street ve diğerleri, 2009) bu çalışmanın bir diğer önemli gerekçesini oluşturmaktadır.

Yapılan tüm bu açıklamalar sonucunda bu çalışmada özellikle kanser hastalığı bağlamında hasta merkezli iletişimin kavramsal çerçevesinin çizilmesi, hasta ve sağlık hizmetleri açısından öneminin ve belirleyicilerinin detaylı bir şekilde incelenmesi ayrıca hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalite algısı ve hasta tatmini değişkenleri ile arasındaki ilişkilerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Ayrıca hekim-hasta arasındaki iletişimin geliştirilmesi ve sağlık sektöründe hasta merkezli iletişimin teşvik edilmesine yönelik vurgu yapılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda tez çalışmasının amaçları şu şekilde ifade edilebilir:

- *İlk amaç*, hasta merkezli iletişim düzeyi ile belirleyicilerinin neler olduğunu ve hasta merkezli iletişim düzeyinin sosyo-demografik özelliklere, hastalıkla ilgili, tedaviye erişim ve tedavinin kullanımı ile ilgili değişkenlere ve ilişki faktörlerine göre istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır.
- *İkinci amaç*, hasta merkezli iletişimin hasta katılımına olan etkisini ortaya koymaktır.
- *Üçüncü amaç*, hasta merkezli iletişimin hastaların sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır.
- *Dördüncü amaç*, hasta merkezli iletişimin hastaların almış oldukları sağlık hizmetlerine yönelik algılarına olan etkisini ortaya koymaktır.
- *Beşinci amaç*, hasta merkezli iletişimin hasta tatmini üzerine olan etkilerini ortaya koymaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda gerçekleştirilen tez çalışması ulusal yazında hasta merkezli iletişimi odağa alarak, kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeyini, kanser hastalarında hasta merkezli iletişimin belirleyicilerini ve hasta merkezli iletişimin sağlık sonuçları olan hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerine etkilerini araştıran ilk çalışmalardan birisi olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Ayrıca çalışmadan

elde edilen sonuçların, kanser hastaları, aileleri, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık politikacıları ve sağlık otoriteleri ile pek çok paydaş için çeşitli öneriler ortaya koyması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

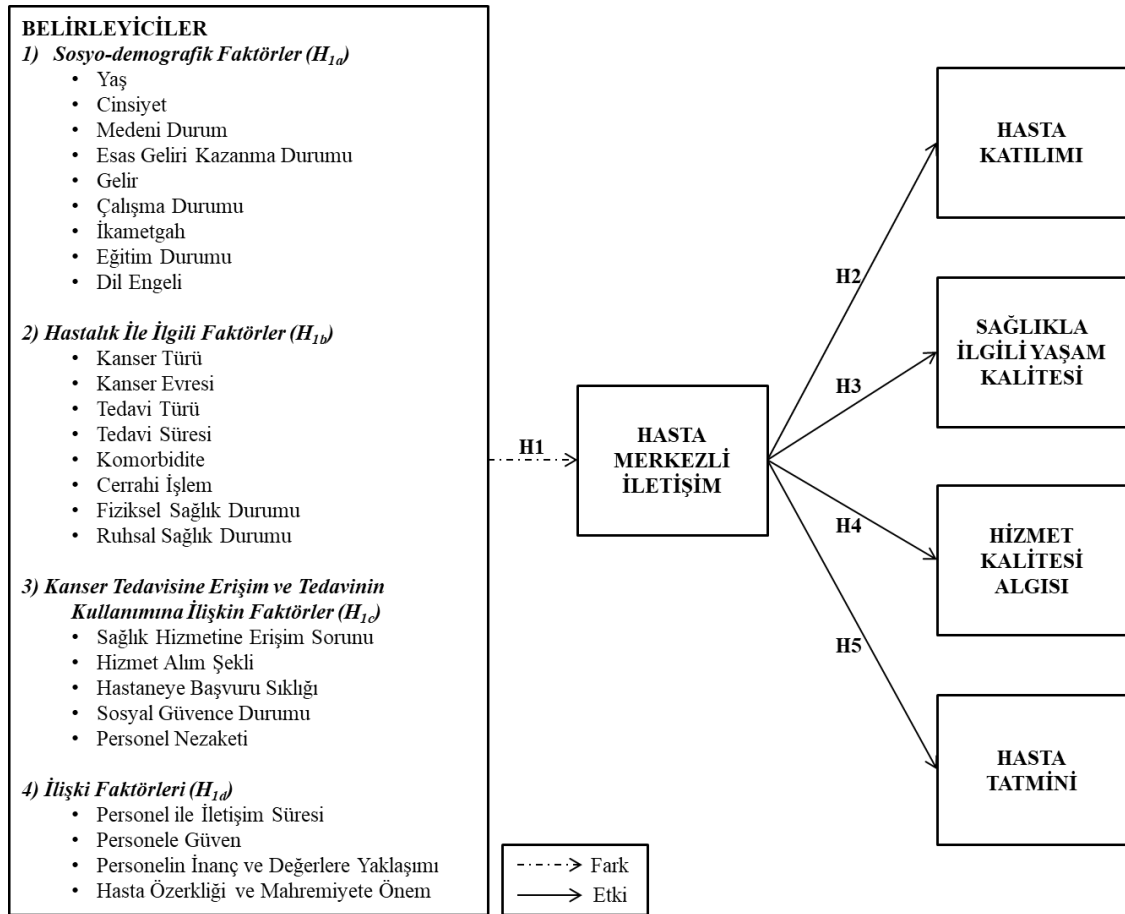
4.2.ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLERİ

Literatür incelendiğinde hasta merkezli iletişimin bazı belirleyicilere göre farklılaşabileceği belirtilmektedir. Hastaya ilişkin temel sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ırk/etnik köken, sigorta durumu ve hanehalkı geliri) ve klinik özellikler (genel sağlık durumu, olağan bir bakım kaynağına sahip olup olmadıkları, hekim ziyaret sıklığı, kanser türü ve kanser teşhisinden bu yana geçen süre) gibi değişkenler bu kapsamda değerlendirilmektedir (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016; Wang, 2016). Bu doğrultuda hasta merkezli iletişim ile ilişkili olduğu düşünülen yaş (Hall ve Roter, 1995; DeVoe ve diğerleri, 2009; Arora ve diğerleri, 2011; Tsimtsiou ve diğerleri, 2014; Wang, 2016; Treiman ve diğerleri, 2018; Pozzar ve diğerleri, 2021), cinsiyet (Ok ve diğerleri, 2008; DeVoe ve diğerleri, 2009; Bertakis ve diğerleri, 2009; Bertakis ve Azari, 2011; Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016;), medeni durum (Robards, 2012; Mazor ve diğerleri, 2013), ikametgâh (Willems ve diğerleri, 2005; Wallace ve diğerleri, 2008; Pozzar ve diğerleri, 2021), eğitim (Street, 1991; Ok ve diğerleri, 2008; Tsimtsiou, 2014; Treiman ve diğerleri, 2018; Pozzar ve diğerleri, 2021), gelir (Waitzkin,1985; Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016; Gopichandran ve Sakthivel, 2021; Pozzar ve diğerleri, 2021), çalışma durumu (Calo ve diğerleri, 2014; Gopichandran ve Sakthivel, 2021; Pozzar ve diğerleri, 2021), dil engeli (Aelbrecht ve diğerleri, 2019; Al Shamsi ve diğerleri, 2020; Abolahalaka ve Yeşil, 2021) gibi sosyo-demografik faktörler; kanser türü (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016; Wang, 2016), kanser evresi (Treiman ve diğerleri, 2018), tedavi türü (Ayaniyan ve diğerleri, 2010; Treiman ve diğerleri, 2018), teşhiste geçen süre (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016; Pozzar ve diğerleri, 2021), tedavi alma durumları (Pozzar ve diğerleri, 2021), tedavi süresi (Chawla ve diğerleri, 2016), komorbidite (Epstein ve diğerleri, 2005), cerrahi işlem (Treiman ve diğerleri, 2018), sağlık statüsü (Tsimtsiou, 2014; Chawla, 2016; Wang, 2016) gibi hastalıkla ilgili faktörler; tedaviye erişim (Rutten ve diğerleri, 2006; Ok ve diğerleri, 2008; Osborn ve Squires, 2012), kuruma başvuru sıklığı (Street ve diğerleri,

2014; Chawla, 2016), sigorta durumu (Ok ve diğeri, 2008; DeVeo ve diğeri, 2009; Pozzar ve diğeri, 2021) gibi kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin faktörler; iletişim süresi, güven (Gopichandran ve Sakthivel, 2021) gibi ilişki faktörleri hasta merkezli iletişimin belirleyicileri başlığı adı altında modele dâhil edilmiştir.

Literatürde birçok belirleyicisinin olduğu ifade edilen hasta merkezli iletişimin kısa, orta ve uzun vadede sağlık sonuçları üzerinde etkileri bulunmaktadır. Hasta merkezli iletişimin hasta katılımı (Ong ve diğeri, 2000; Bredart ve diğeri, 2005; Coulter, 2012; Barelllo ve diğeri, 2012; Flickinger ve diğeri, 2013; Ruben ve diğeri, 2020;), sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Kaplan ve diğeri, 1989; Ong ve diğeri, 2000; Detmar ve diğeri 2001; Bredart, 2005; Catt, 2018; Alhofaian ve diğeri, 2021; Strayhorn, 2021), hizmet kalitesi algısı (Mendoza ve diğeri, 2011; Zafar ve diğeri, 2015; Seccareccia ve diğeri, 2015; Litzelman ve diğeri, 2016; Asare ve diğeri, 2020), hasta tatmini (Williams ve diğeri, 1988; Bredart, 2005; Mallinger ve diğeri, 2005; Clever ve diğeri, 2008; Thind ve diğeri, 2011; Jiang, 2017; Finefrock ve diğeri, 2018; Versluijs ve diğeri, 2021) gibi sağlık sonuçları üzerinde etkilerinin olduğu belirtilmektedir.

Söz konusu amaçlar doğrultusunda geliştirilen araştırma modeli Şekil 6'da yer almaktadır. Ardından ise araştırma kapsamında geliştirilen hipotezlere yer verilmektedir. Söz konusu modele göre hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinin sosyo-demografik, hastalıkla ilgili, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımı ile ilgili ve ilişki faktörlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak, hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerine etkilerini belirlemek amaçlanmaktadır.



Şekil 6. Araştırma Modeli

H₁: Kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeyi ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri

H_{1a}: Sosyo-demografik faktörlere,

H_{1b}: Hastalıkla ilgili faktörlere,

H_{1c}: Kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımı ile ilgili faktörlere,

H_{1d}: İlişki faktörlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H₂: Kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeyi alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri hasta katılımı düzeylerini etkiler.

H₃: Kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeyi alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkiler.

H₄: Kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeyi alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri hizmet kalite algıları düzeyini etkiler.

H₅: Kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeyi alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeleri hasta tatmin düzeylerini etkiler.

4.3.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma kapsamında veri toplama yöntemi olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu Ek 1’de sunulmuştur. Anket formu uluslararası literatür taranarak oluşturulmuştur. Anket uygulamasına geçilmeden önce her katılımcıdan gönüllü katılım sağladıklarına dair onam formu alınmıştır.

Altı bölümden oluşan anket formu araştırmacı tarafından pandemi kurallarına (maske-mesafe-hijyen) yüksek düzeyde riayet edilerek yüz yüze ve her bir katılımcı ile 25-30 dakika civarında görüşme sağlanarak doldurulmuştur. Katılımcıların araştırmanın herhangi bir sürecinde araştırmadan kendi istekleri ile ayrılacakları hatırlatılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine, hastalık ile ilgili faktörlere, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin faktörlere ve ilişki faktörlerine yönelik 27 soru bulunmaktadır.

Anketin ikinci bölümünde, kanser hastalarının iletişim düzeylerini ölçmeye yönelik “Kanser Bakımında Hasta Merkezli İletişim (PCC-Ca-36) Ölçeği”, üçüncü bölümünde hastaların tedaviye katılımını ölçmeye yönelik “Hasta Katılım Ölçeği”, dördüncü bölümünde hizmet kalitesi algısını ölçmeye yönelik “Hizmet kalitesi algısı Sorusu”

beşinci bölümde hastaların tatmin düzeyini ölçmeye yönelik “Hasta Tatmini Kısa Değerlendirmesi Ölçeği” altıncı ve son bölümde ise hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmeye yönelik “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (EQ-5D-3L) Ölçeği” kullanılmıştır. Söz konusu ölçeklere yönelik detaylı bilgiler aşağıda sırasıyla açıklanmaktadır.

4.3.1. Kanser Bakımında Hasta Merkezli İletişim (PCC-Ca-36) Ölçeği

Hasta merkezli iletişim, yüksek kaliteli, hasta merkezli bakım sağlamak için gerekli bir unsurdur. Sağlık profesyonellerinin hastalarıyla ne kadar iyi iletişim kurduğunu tutarlı ve doğru bir şekilde ölçebilmek için standart ölçümlere ihtiyaç vardır. Bu ihtiyacı karşılamak için RTI International ve North Carolina Üniversitesi, kapsamlı, kamuya açık bir ölçüm aracı geliştirmiştir. Kanser Bakımında Hasta Merkezli İletişim (Patient-Centered Communication in Cancer Care- PCC-Ca) ölçeğinin hem uzun (36 madde) hem de kısa (6 madde) formu mevcuttur ve puanlanması oldukça kolaydır. Bu ölçeğin amacı, PCC'yi şu altı temel boyutta değerlendirmektir: (1) bilgi paylaşımı, (2) doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler, (3) karar verme, (4) duygulara önem verme (5) kendi kendine ilgilenme (6) belirsizliği yönetme (RTI International, 2016). Bu alt boyutlara ilişkin ayrıntılı açıklamalar literatür kısmında sunulmuştur.

Bu çalışma kapsamında Kanser Bakımında Hasta Merkezli İletişim ölçeğinin 36 soru ve 6 boyuttan oluşan uzun formu olan “Patient-Centered Communication in Cancer Care- PCC-Ca-36” formu kullanılmıştır. Ölçeğin kullanılmasına yönelik RTI International’dan gerekli izinler alınmıştır.

Ölçeğin boyutlar bazında ve genel ölçek bazında ortalaması alınarak hesaplama yapılabilmektedir. Bilgi paylaşımı boyutu; 1a, 1b,1c,1d ve 2 numaralı sorulardan, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler boyutu; 3, 4a, 4b,4c,4d, 5 ve 6 numaralı sorulardan, karar verme boyutu; 7, 8a, 8b, 9a ve 9b numaralı sorulardan, duygulara önem verme boyutu; 10, 11a,11b, 11c, 11d ve 12 numaralı sorulardan, kendi kendine ilgilenme boyutu; 13, 14a, 14b, 14c, 14d ve 15 numaralı sorulardan, belirsizliği yönetme

boyutu ise 16, 17a, 17b, 17c, 17d ve 18 numaralı sorulardan oluşmaktadır (RTI International, 2016).

PCC-Ca-36 ölçeğinde yer alan her madde bir soru kökünden ve beş yanıt seçeneğinden oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri 5’li Likert (örneğin, 1 = Hiçbir Zaman, 5 = Her Zaman) tarzındadır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar daha iyi bir iletişimi temsil etmektedir. Ölçekte ters puanlanan madde yoktur. Bazı maddelerde altıncı bir “geçerli/uygun değil (does not apply)” seçeneği bulunmaktadır. Bu yanıt puanlanmaz. PCC-Ca-36 ölçümü, altı hasta merkezli iletişim alt boyutu ve genel hasta merkezli iletişim için puanlar sağlamaktadır. PCC-Ca-36 ölçüsünde, her bir hasta merkezli iletişim alt boyutu için puanlar, her bir alt boyut içindeki madde yanıtlarının ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Genel hasta merkezli iletişim puanı tüm maddelerin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır (RTI International, 2016).

4.3.2.Hasta Katılım Ölçeği

Sağlık Bilgileri Ulusal Eğilimler Araştırması (Health Informations National Trends Survey- HINTS) düzenli olarak Amerikan halkının kanser ve sağlıkla ilgili bilgisi, bu konudaki tutumları ve bilgileri kullanımı hakkında ulusal düzeyde veriler toplamaktadır. HINTS verileri, hızla gelişen sağlık iletişimi ve sağlık bilgi teknolojisi alanlarındaki değişiklikleri izlemek ve farklı popülasyonlar arasında daha etkili sağlık iletişimi stratejileri oluşturmak için kullanılmaktadır (National Cancer Institute, 2014). Ulusal Kanseri Enstitüsü oluşturmuş olduğu soru formları birçok farklı konuda ölçümler gerçekleştirmektedir. Bu soru formlarından birisi de hastaların katılımını ölçmeye yönelik oluşturulan anket sorularıdır.

HINTS tarafından geliştirilen Hasta Katılımı Ölçeği; 6 sorudan oluşmaktadır ve 4’lü (1=Hiçbir Zaman, 4= Her Zaman) Likert tarzındadır. Ölçekte ters puanlanması gereken soru bulunmamaktadır. Yüksek puanlar yüksek düzeyde hasta katılım düzeyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kullanıma yönelik Ulusal Kanseri Enstitüsü’nden gerekli izinler alınmıştır.

4.3.3.Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (EQ-5D-3L) Ölçeği

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D)' nin 3 seviyeli versiyonu (EQ-5D-3L), 1990 yılında EuroQol Grubu tarafından geliştirilerek literatüre kazandırılmıştır. Bu çalışma kapsamında EuroQol Grup tarafından Türkçe uyarlaması yapılan form kullanılmıştır. EQ-5D-3L esas olarak EQ-5D tanımlayıcı sistem ve EQ görsel analog ölçeği (EQ VAS) olmak üzere 2 sayfadan oluşmaktadır. EQ-5D-3L, hareket edebilme, kendi kendine bakabilme, olağan işler, ağrı/rahatsızlık, endişe/moral bozukluğu alt boyutlarından oluşmaktadır. Beş boyuttan oluşan ölçeğin 3 seviyesi vardır. Bunlar; problem yok, bazı problemler var ve aşırı problem var şeklindedir. Hastadan beş boyutun her biri için en uygun ifadeyi işaretleyerek belirtmesi istenmektedir. Bu karar, o boyut için seçilen düzeyi ifade eden 1 basamaklı bir sayı ile sonuçlanmaktadır. Beş boyutun rakamları, hastanın sağlık durumunu tanımlayan 5 basamaklı bir sayı halinde birleştirilebilir (EuroQol Grup, 2022). Elde edilen bu 5 basamaklı sayı daha sonra yine EuroQol Grup tarafından geliştirilen EQ-5D index calculator programına aktarılarak her hasta için 0 ile 1 arasında bir yaşam kalitesi değeri elde edilmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta EuroQol Grup tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeklerine yönelik (örneğin, EQ-5D-5L) uygun excel makrosunu bulup kullanmak ve yine araştırmanın yapıldığı ülke hangisi ise o ülkeyi seçmek, excel makrosunda o ülke için geliştirilmiş skorlar yok ise söz konusu ülke ile benzer sosyo-ekonomik özelliklere sahip ülke seçimine gidilerek hesaplama yapmaktır. EQ-5D index calculator programında Türkiye seçeneği mevcut değildir. Dolayısıyla Türkiye ile benzer özellikler sergilediği için ulusal literatürdeki pek çok çalışma (Yiğit ve Erdem, 2015; Arslan ve diğerleri, 2020; Tugay Yangı, 2022) ile benzer şekilde bu çalışmada da Almanya'nın skorları kullanılmıştır.

Ölçeğin ikinci aşamasında ise görsel analog mevcuttur. EQ VAS, hastanın kendi puanladığı sağlık durumunu dikey bir görsel analog skalada kaydeder ve burada uç noktalar "hayal edilebilecek en iyi sağlık durumu" ve "hayal edilebilecek en kötü sağlık durumu" olarak etiketlenir. VAS, hastanın kendi kişisel yargısını yansıtan sağlık sonucunun nicel bir ölçüsü olarak kullanılabilir. VAS skoru ile istatistiksel olarak elde edilen skorların karşılaştırması yapılmaktadır. Böylelikle elde edilen skorlar

arasında bir paralellik olup olmadığı teyit edilmeye çalışılmaktadır (EuroQol Grup, 2022).

4.3.4.Hizmet kalitesi algısı

Hizmet kalitesi algısı tek bir soru (*“Kanser tanısı konulduktan sonra, hastalığınızla ilgili aldığımız sağlık hizmeti kalitesini nasıl değerlendirirsiniz”*) ile ölçülmüştür. Hizmet kalitesi algısını ölçmeye yönelik soru 4’lü Likert (1=Yetersiz, 2=İyi, 3=Çok iyi, 4=Mükemmel) türündedir. Çeşitli araştırmacılar (Hasan ve diğerleri, 2013; Roder-DeWan, 2019; Hong ve Oh, 2020) tarafından kullanılan bu sorudan elde edilen yüksek puanlar hizmet kalitesi algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

4.3.5.Hasta Tatmini Kısa Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

Hasta Tatmini Kısa Değerlendirme Ölçeği (The Short Assessment of Patient Satisfaction-SAPS), hastaların tedavilerinden tatminlerini değerlendirmek için kullanılabilecek kısa ve güvenilir bir ölçektir. SAPS, tedavi tatmini, tedavi sonuçlarının açıklanması, hekim bakımı, tıbbi karar verme sürecine katılım, hekimin saygısı, hekimle geçirilen zaman ve hastane/klinik bakımından tatmini içeren hasta tatmininin temel alanlarını değerlendirmektedir. SAPS, Avustralya Hükümeti Sağlık ve Yaşlanma Departmanı'nın desteğiyle klinik ortamlarda doğrulanmıştır (Centre for Health Service Development, 2015).

Ölçek 7 sorudan oluşmaktadır. Sorular 0 ile 4 arasında puanlanan 5’li Likert türündedir (0=Hiç memnun değil-5=Çok Memnun). Kısa bir ölçüm aracı olmakla birlikte kullanımı ve puanlaması kolaydır. Ölçekteki 1, 3, 5 ve 7 numaralı sorular ters puanlanmaktadır (Centre for Health Service Development, 2015). Ölçekten alınan puanlar arttıkça hastaların tatmin düzeyleri artmaktadır.

4.4.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Kesitsel bir araştırma tasarımıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın evrenini 1 Ağustos 2021-30 Nisan 2022 tarihleri arasında Diyarbakır ili Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayakta ve yatarak tedavi gören kanser hastaları oluşturmaktadır. 2010 yılında açılan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 101 poliklinik ile hizmet sunulmakta ve yoğun bakım üniteleri ile ayaktan tedavi üniteleri (acil servis, onkoloji ve günlük tedavi merkezi ile hemodiyaliz ünitesi ve diğer hizmetler) ile toplam 1150 yatakla hizmet verilmektedir. Hastanede laminer akımlı 13 ameliyat salonu bulunmaktadır. Hastanede tüm branşlarda, uzman hekim ve sağlık çalışanı kadrosu ile kesintisiz hizmet sunulmaktadır. Ayrıca hastanenin Bağlar Semt Polikliniği ve Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek binaları mevcuttur. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanede 591 hekim, 2096 diğer sağlık personeli, 145 idari personel, 28 eczacı ve 1366 teknik veya yardımcı hizmetler sınıfına mensup personel çalışmaktadır.

Hastanede sunulan onkoloji hizmetlerine bakıldığında 2 radyasyon onkolojisi, 1 cerrahi onkoloji, 3 medikal onkoloji, 2 hematoloji poliklinik odasının mevcut olduğu ve radyasyon, cerrahi, medikal onkolojide 3'er hekim ile hematolojide 2 hekimin çalıştığı gözlemlenmiştir.

Araştırmanın söz konusu hastanede yürütülebilmesi için öncelikle Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ardından Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. İlgili izin yazıları EK-2 ve EK-3'te yer almaktadır.

Araştırma örneğine; hastanede ayakta ve yatarak tedavi gören, en az 18 yaşında, en az 2 aydır kanser tedavisi gören, fiziksel ve bilişsel durumu ankete cevap vermeye uygun, tanı farkı gözetilmeksizin tüm kanser hastaları dâhil edilmiştir. Hastaların en az 2 aydır tedavi görüyor olması hasta ve hizmet sunucu arasında iletişimin başlaması için yeterli bir süre olarak düşünüldüğünden bu çalışma kapsamında bir kriter olarak kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında örneklem seçimi yoluna gidilmeyerek söz konusu tarihlerde SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi gören tüm kanser hastalarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında hastane ziyaret edilerek görevli sağlık çalışanlarından yukarıda ifade edilen kriterleri taşıyan hastaların mevcut olup olmadığı sorulmuştur. Daha sonra bu hastalar mevcut ise kendilerine çalışmanın amacından bahsedilerek gönüllü bir şekilde araştırmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Araştırmaya katılmak isteyen hastalara gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Belirtilen tarihler arasında bazı hastaların terminal dönem içerisinde olması, bazı hastaların çalışmaya katılmak istememeleri, bazı hastaların ise cevap verebilecek durumda olmamaları gibi nedenlerden dolayı araştırma kriterlerine uygun olduğu bilgisi edinilen 350 hastadan 312'sinden yanıt alınmıştır. Bu çalışma için herhangi bir kurumdan maddi destek alınmamıştır ayrıca araştırmaya katılan hastalara da hiçbir finansal ödeme yapılmamış olup tüm hastaların çalışmaya gönüllü olarak katılımı sağlamıştır.

4.5.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırma kapsamında elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 ve AMOS (Analysis of Moment Structures) 22.0 paket programları aracılığıyla analiz edilmiştir. Öncelikle çalışma kapsamında Kanser Hastalarında Hasta Merkezli İletişim Ölçeği, Hasta Katılımı Ölçeği ve Hasta Tatmini Kısa Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Hizmet Kalitesi Algısını ölçmeye yönelik tek bir sorunun kullanılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının yapılmış ve pek çok çalışmada kullanılmış olması (Saygılı, 2017; Ergen, 2021; Seyfioğlu ve Başdaş, 2021) nedeniyle geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmamıştır. Geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılan ölçekler İngilizce olarak geliştirildikleri için öncelikle dil geçerliliği çalışmaları yapılmıştır. Ardından ölçeklerin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), güvenirlik analizleri için ise Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Araştırmanın modelinde de belirtildiği üzere, kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri, hastalıkları, sağlık sistemi ve ilişki faktörlerine yönelik özelliklerini ortaya koymaya yönelik tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler

kapsamında frekans ve yüzdeler verilmiş ve ölçüklere ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri sunulmuştur.

Araştırmanın değişkenleri olan hasta merkezli iletişim, hasta katılımı, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatminine yönelik verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) ölçülerinden yararlanılmıştır. Literatürde çarpıklık ve basıklık ölçüleri için farklı görüşler bulunmakla birlikte (Matore ve Khairani, 2020), bu çalışmada Garson (2012), ile Hahs-Vaughn ve Lomax (2020)'nin normal dağılım için kabul edilebilir sınırlar olarak belirttiği -2 ile +2 aralığı benimsenmiştir. Bu çalışmada; hasta merkezli iletişim için çarpıklık değeri -0,517, basıklık değeri ise -0,588, hasta katılımı için çarpıklık değeri -1,064, basıklık değeri ise -0,387, hizmet kalitesi algısı için çarpıklık değeri -0,125 basıklık değeri ise -0,6432, hasta tatmini için çarpıklık değeri -0,569 basıklık değeri ise -0,007 olarak tespit edildiği değişkenlerin normal dağılım gösterdiği ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit edebilmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Standart t testi) ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplarda, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için Post-hoc testlerinden birisi olan Scheffe testinden faydalanılmıştır. Daha sonra hasta merkezli iletişim ve diğer değişkenler arasında ilişki olup olmadığını ve ilişkilerin kuvveti ile yönünü belirlemek için Pearson Korelasyon Analizi'ne başvurulmuştur.

Son olarak hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, hasta tatmini, hizmet kalitesi algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini ortaya koymak amacıyla çok değişkenli regresyon analizleri yapılmıştır. Doğrusal regresyon modellerinde çoklu bağlantı ve otokorelasyonun olup olmadığını tespit etmek için ise Durbin Watson Katsayısı ile Varyans Şişkinlik Katsayısı (Variance Inflation Factor-VIF) hesaplanmıştır. Yapılan tüm istatistiksel testlerde alfa düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu alıŐma, Diyarbakır'da faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayakta ve yatarak kanser tedavisi alan hastalar üzerinde yürütülmüştür. Dolayısıyla araştırma sonuçları; sadece bu hastaneden ayakta ve yatarak tedavi alan hastaları kapsamakta olup, başka hastanelerde (kamu, özel ve niversite) ayakta ve/veya yatarak tedavi alan hastalara genellenemez.

Bu araştırma yürütülürken spesifik bir kanser türü seçilmemiŐ olup, örneklem içerisindeki tanı çeŐitliliđinin, tanı veya tedavinin iletişim üzerindeki etkisini engellemiŐ olabileceği dŐnlebilir. Ayrıca farklı kanser türlerinde hasta merkezli iletişim düzeyi farklılık gösterebilir.

Literatürde farklı kanser trlri için farklı yaşam kalitesi ölçekleri bulunmasına karşın bu çalışma kapsamında tanı gözetmeksizin tüm kanser hastalarına ulaŐıldıđı için genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi leği kullanılması tercih edilmiştir.

5. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde sırasıyla; hasta merkezli iletişim, hasta katılımı, hasta tatmini ölçeklerine ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizi bulguları, araştırmaya katılan kanser hastalarına ilişkin tanımlayıcı bulgular ve araştırmanın değişkenleri olan hasta merkezli iletişim, hasta katılımı, hasta tatmini, hizmet kalitesi algısı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilgili tanımlayıcı bulgular ile araştırma amaçları ve modeli doğrultusunda bu temel değişkenlerle ilgili olarak kurulan hipotezlere ilişkin bulgular yer almaktadır.

5.1. GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında kullanılan ölçeklere ilişkin dil geçerliliği, yapı geçerliliği ve güvenilirlik analiz bulguları sunulmuştur.

5.1.1.Hasta Merkezli İletişim, Hasta Katılımı ve Hasta Tatmini Ölçeklerine İlişkin Dil Geçerliliği

Araştırmada kullanılan hasta merkezli iletişim, hasta katılımı, hasta tatmini ölçeklerinin dil geçerliliklerinin sağlanması amacıyla; İngilizce orijinalleri, İngilizce konusunda yetkin üç akademisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra uzman bir öğretim üyesinin önerileri doğrultusunda ölçeklerdeki her bir madde için, o maddeyi en iyi açıklayan ifadeler benimsenmiş ve ölçeklerin tek bir Türkçe versiyonuna ulaşılmıştır. Daha sonra Türkçe'ye çevrilmiş ve revize edilmiş bu ölçekler, profesyonel yeminli bir tercüman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiş olan bu ölçekler, İngilizce orijinalleri ile karşılaştırılmış, ifadeler birbirine çok yakın bulunmuş ve tam olarak aslına uymayan ifadelerin Türkçeleri yeniden gözden geçirilerek dil geçerliliği sağlanmıştır.

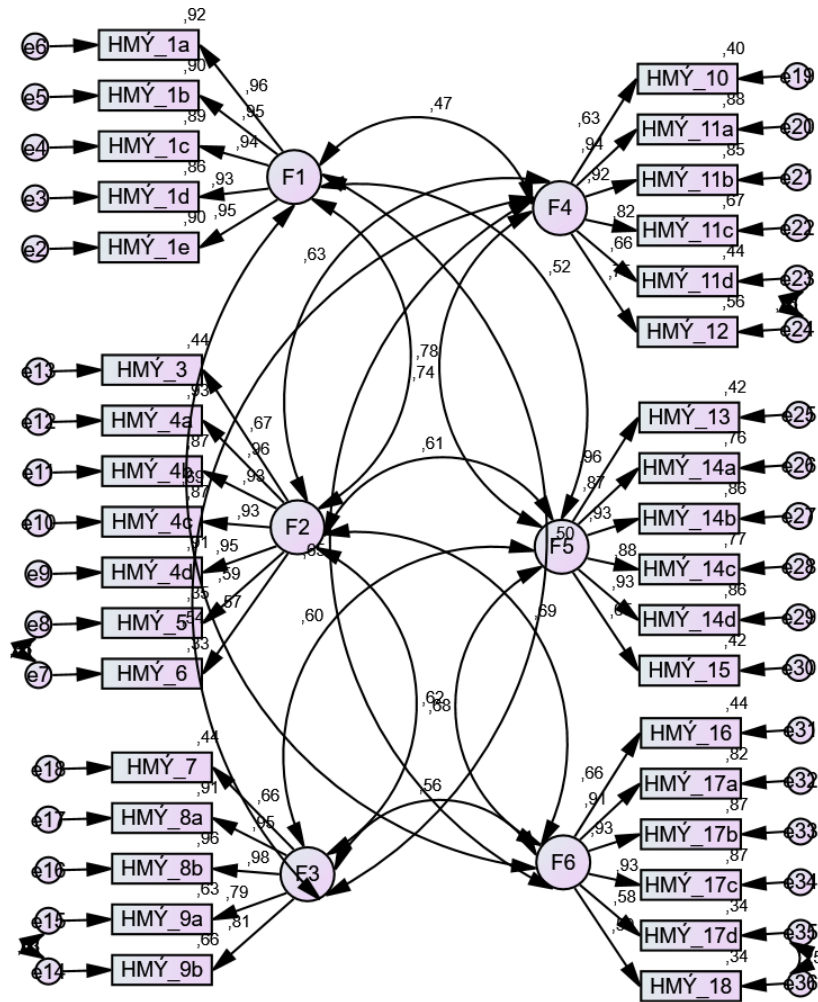
5.1.2. Hasta Merkezli İletişim Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Geçerlilik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özellikler ile karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir (Alpar, 2016). Yapısal geçerlik kapsamında gerçekleştirilen faktör analizi, sosyal bilimlerden fen bilimlerine kadar uzanan geniş bir alanda yapılan birçok araştırmada, açıklama ve doğrulama amaçlarına yönelik olarak kullanılmaktadır. DFA, değişkenler arası yapı hakkında önceden belirlenmiş kuramlara ya da önceki araştırmalara dayalı hipotezlerin bulunduğu ve bunların test edilmesi ile ilgilenildiği durumlar için uygundur. Değişkenler arasındaki ilişkilere dair daha önceden belirlenmiş bir yapıya uygunluğun test edilmesi için geçerlilik analizi yapılıyorsa DFA kullanılmalıdır (Can, 2019). Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapısal geçerliğinin test edilmesi amacıyla gerekli analizler gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda ölçeklerin geçerliğinin test edilmesinde, önceden bilinen faktör yapılarının doğrulanması için kullanılan DFA'dan yararlanılmıştır.

Reeve ve diğerlerinin (2017)'nin kanser bakımı özelinde psikometrik özelliklerini değerlendirdiği ve tasarımını yaptıkları Hasta Merkezli İletişim Ölçeği'nin 36 soru ve 6 temel boyuttan oluşmaktadır. Hasta Merkezli İletişim Ölçeği geçerliliğinin test edilmesi için AMOS programı aracılığı ile DFA analizine tabi tutulmuştur. İlk etapta yapılan DFA analiz sonuçlarına göre ölçek modelinin bazı uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir sınırların altında kaldığı görülmüştür. Eşik değerlerin altında kalan uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir sınırlara çekilmesi için modele ilişkin modifikasyon indeksleri incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda; doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler boyutunda yer alan e7 <--> e8, karar verme boyutunda yer alan e14 <--> e15, duygulara önem verme boyutunda yer alan e23 <--> e24 ve son olarak belirsizlikle başa çıkma boyutunda yer alan e35 <--> e36 hata terimleri arasında gerekli modifikasyon çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda uyum iyilik değerlerini bozan bir madde ölçekten çıkarılmıştır. Bu madde; bilgi değişimi boyutunda yer alan "doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları soru sormada rahat hissetmenizi ne kadar

sağlarlar” ifadesidir. Bu ifadenin analizden çıkarılması ile birlikte tekrar yapılan DFA analiz sonuçları Şekil 7’de verilmiştir.

Yapılan modifikasyonlar sonucunda elde edilen modele ilişkin uyum iyiliği değerleri Tablo 5’te verilmiştir. Tablo 5’te yer alan uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir sınır değerleri içerisinde yer aldığı görülmüştür. Buna göre; ABD’de ölçeğin ilk geliştirildiği ve Reeve ve diğerlerinin (2017)’nin kanser bakımı özelinde psikometrik özelliklerini değerlendirdiği Hasta Merkezli İletişim Ölçeği’nin 35 soru ve 6 temel boyuttan oluştuğu aynı zamanda geçerli bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 7. Hasta Merkezli İletişim Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

F1: Bilgi Değişimi Boyutu, F2: Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler, F3: Karar Verme, F4: Duygulara Önem Verme, F5: Kendi Kendine İlgilenme, F6: Belirsizlikle Başa Çıkma

Tablo 5. Hasta Merkezli İletişim Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri	Referans Değerleri
χ^2/sd	3,246	≤ 5
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması (RMSEA)	0,085	$\leq 0,10$
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,800	$\geq 0,80$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,906	$\geq 0,85$
Normlanmış Uyum İndeksi (NFI)	0,871	$\geq 0,85$
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	0,896	$\geq 0,85$

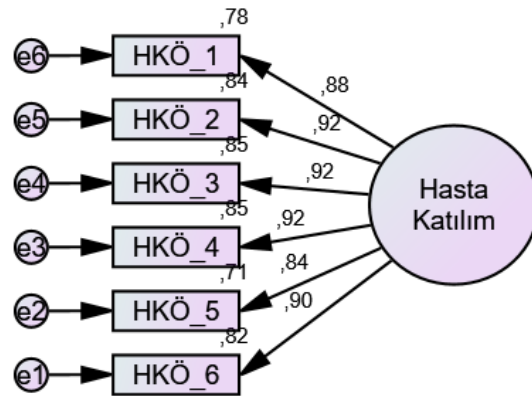
Tablo 5’de görüldüğü gibi χ^2 değerinin anlamlı olduğu ($\chi^2/sd=3,246$; $p<0,001$) görülmüştür. Ki-kare / serbestlik derecesi oranı ki-kare istatistiği örneklem büyüklüğüne de bağlıdır. Örneklem büyüklüğüne olan bağımlılığın bir sonucu olarak, farklı araştırmacılar 2 ile 5 arasındaki bir değer makul bir uyumu belirtmek için yeterli olduğunu ifade etmektedir (Marsh ve Hocevar, 1985). Bazı araştırmacılar ise ki-kare / serbestlik değerlerini 3 ve 3’ten küçük ise iyi uyum gösterdiğini, 5’e kadar olan değerleri ise yeterli uyum kapsamında değerlendirmektedir (Çokluk ve diğerleri, 2014). Bu çalışma kapsamında elde edilen ki-kare / serbestlik değeri 3,246’dır. Dolayısıyla elde edilen sonuç ile modelin yeterli uyuma işaret ettiği söylenebilir. RMSEA değeri ise 0-1 arasında bir değer almaktadır. 0=Mükemmel uyumun olduğu, 1=Uyumun olmadığı anlamına gelmektedir ve RMSEA değerinin 0,05-0,08 arasında olması iyi uyum için yeterli olarak kabul edilebilmektedir (Çokluk ve diğerleri, 2014). RMSEA değerininin 0,05 ila 0,10 aralığında olması, orta uyumun bir göstergesi olarak kabul edilmiştir ve 0,10’un üzerindeki değerler zayıf uyumu göstermektedir (MacCallum ve diğerleri, 1996). Bu çalışma kapsamında elde edilen RMSEA değerinin kabul edilebilir sınırlar arasında olduğu dolayısıyla bu ölçüt kapsamında da uyumun sağlandığı ifade edilebilir. Diğer uyum iyiliği indeksleri olan CFI, NFI, TLI ve GFI da RMSEA ile benzer şekilde 0-1 arasında değerler almaktadır. Ancak bu indekslerde RMSEA’dan farklı olarak 0=Uyum yok, 1=Mükemmel uyum anlamına gelmektedir. Literatürde, en çok kullanılan uyum indekslerinin (GFI, NFI, NNFI (TLI), CFI) $\geq 0,85$ değerinin üzerinde olması gerektiğini belirtmektedir (Kline, 2011). Ancak GFI uyum indeksi için 0,80 ve üzerindeki değerlerin de kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu literatürde ifade edilmektedir (Byrne ve Campbell, 1999; Uğurlu, 2014). Bu kapsamda bu çalışmada elde edilen indeks değerlerinin geliştirilen model için iyi uyuma işaret ettiği söylenebilir.

Güvenirlik bir testin, aynı bireylere birden fazla uygulanması halinde uygulama sonuçlarının benzerlik göstermesidir. Bu bağlamda, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrar edilmesi durumunda benzer sonuçların elde edilmesi veya tekrarlarındaki tutarlılık güvenilirlik (Alpar, 2016). Ölçeklerin güvenilirliği ölçeklere verilen yanıtlar üzerinden, her bir ölçek ve ölçeklerde yer alan her bir alt boyut için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanarak test edilmiştir. Ölçek güvenilirliğini tespit etmek için Cronbach Alpha katsayısı kullanılmış olup, Alpha katsayı değeri; 0-0,40 aralığında ise güvenilir değil, 0,40-0,60 aralığında ise düşük güvenilir, 0,60-0,80 aralığında ise oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 aralığında ise yüksek güvenilir olarak değerlendirilmiştir (Uzunsakal ve Yıldız, 2018). Alpha değerinin sosyal bilimlerde en az 0,70 ve üstü olması istenmektedir (Altunışık ve diğerleri, 2005).

Hasta Merkezli İletişim Ölçeği 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyut ve ölçeğin geneli için güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Hasta Merkezli İletişim Ölçeği ve alt boyutları için elde edilen güvenilirlik katsayıları şu şekildedir: Bilgi değişimi boyutu için 0,976; doktor ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler boyutu için 0,933; karar verme boyutu için 0,932; duygulara önem verme boyutu için 0,910; kendi kendine ilgilenme boyutu için 0,928; belirsizlikle başa çıkma boyutu için 0,900; genel hasta merkezli iletişim ölçeği için ise 0,974'tür.

5.1.3. Hasta Katılımı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Çalışmada hastaların hasta katılım düzeylerini ölçmek amacıyla HINTS tarafından geliştirilen "Hasta Katılım Ölçeği" kullanılmıştır. Bu ölçek kapsamında da doğrulayıcı faktör analizleri gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen ölçüm modeli Şekil 8'de ve ölçüm sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 6'da yer almaktadır.



Şekil 8. Hasta Katılım Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ki kare / serbestlik derecesi, RMSEA değeri ve diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar dâhilinde olduğu buna dayanarak Hasta Katılım Ölçeği'nin geçerli bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Tablo 6. Hasta Katılımı (Patient Engagement) Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri

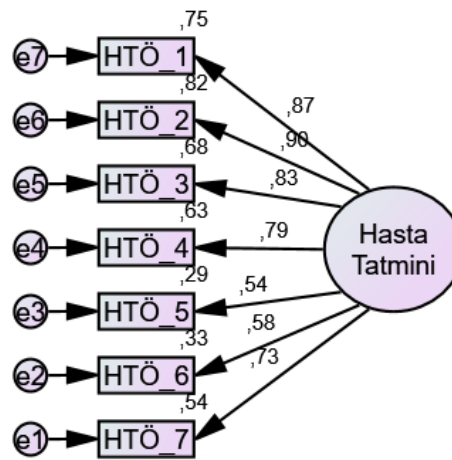
Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri	Referans Değerleri
χ^2/sd	3,325	≤ 5
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması (RMSEA)	0,086	$\leq 0,10$
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,983	$\geq 0,80$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,995	$\geq 0,85$
Normlanmış Uyum İndeksi (NFI)	0,993	$\geq 0,85$
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	0,985	$\geq 0,85$

Hasta Katılımı Ölçeği'ne ilişkin güvenilirliği tespit etmek amacıyla Croanbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Bu çalışmada kapsamında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,962 olarak bulunmuştur ve ölçeğin güvenilir olduğu ortaya konulmuştur.

5.1.4.Hasta Tatmini Kısa Değerlendirmesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguları

Çalışmada hastaların hasta tatmin düzeylerini ortaya koymak amacıyla “Hasta Tatminin Kısa Değerlendirme (The Short Assessment of Patient Satisfaction-SAPS) Ölçeği”

kullanılmıştır (Center for Health Service Development, 2015). SAPS, Avustralya Hükümeti Sağlık ve Yaşlanma Bakanlığı'nın (Australian Government Department of Health and Ageing) desteğiyle klinik ortamlarda doğrulanmış, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konulmuştur (Hawthorne ve diğerleri, 2006; Sansoni ve diğerleri, 2011). Bu çalışma kapsamında ölçüğe uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen ölçüm modeli Şekil 9'da, ölçüm sonucu elde edilen veriler ise Tablo 7'de sunulmuştur.



Şekil 9. Hasta Tatmini Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ki kare / serbestlik derecesi, RMSEA değeri ve diğer uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar dâhilinde olduğu buna dayanarak Hasta Tatmin Ölçeği'nin geçerli bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Tablo 7. Hasta Tatmini Kısa Değerlendirmesi (SAPS) Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri	Referans Değerleri
χ^2/sd	2,105	≤ 5
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması (RMSEA)	0,060	$\leq 0,10$
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,975	$\geq 0,80$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,989	$\geq 0,85$
Normlanmış Uyum İndeksi (NFI)	0,980	$\geq 0,85$
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	0,983	$\geq 0,85$

Hasta Tatmininin Kısa Değerlendirmesi Ölçeği'nin güvenilirlik analizlerine ilişkin Cronbach Alpha katsayısından faydalanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,893 olarak tespit edilmiş ve ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

5.2.TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan kanser hastalarına ve araştırma değişkenlerine ait tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Hastaların tanımlayıcı bulguları sosyo-demografik özelliklerine, hastalık durumlarına, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımı ile ilişki özelliklerine göre üç farklı tabloda ele alınmaktadır.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Kanser Hastalarına Yönelik Sosyo-Demografik Özellikler

Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler		n	(%)
<i>Cinsiyet</i>	<i>Kadın</i>	190	60,9
	<i>Erkek</i>	122	39,1
<i>Yaş</i>	<i>43 yaş ve altı</i>	83	26,6
	<i>44-54 yaş</i>	80	25,6
	<i>55-64 yaş</i>	83	26,6
	<i>65 yaş ve üzeri</i>	66	21,2
<i>Medeni Durum</i>	<i>Bekâr</i>	28	9,0
	<i>Evli</i>	284	91,0
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Okuryazar değil</i>	154	49,4
	<i>İlköğretim</i>	108	34,6
	<i>Lise ve üzeri</i>	50	16,0
<i>İkametgâh</i>	<i>Kır</i>	156	50,0
	<i>Kent</i>	156	50,0
<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	11	3,5
	<i>Ev hanımı</i>	162	51,9
	<i>Emekli</i>	51	16,3
	<i>Çalışmıyor</i>	88	28,2
<i>Gelir</i>	<i>1000 TL ve altı</i>	115	36,9
	<i>1001-2000 TL</i>	44	14,1
	<i>2001-3000 TL</i>	92	29,5
	<i>3001-4000 TL</i>	27	8,7
	<i>4001 TL ve üstü</i>	34	10,9
<i>Esas Geliri Kazanma Durumu</i>	<i>Evet</i>	90	28,8
	<i>Hayır</i>	222	71,2
<i>Dil Engeli</i>	<i>Evet</i>	88	28,2
	<i>Hayır</i>	224	71,8
TOPLAM		312	100,0

Tablo 8’de araştırmaya katılan hastalara ilişkin sosyo-demografik değişkenlere yönelik bulgular yer almaktadır. Tablo 8 incelendiğinde, hastaların yarısından fazlasının kadınlardan oluştuğu (%60,9), %26,6’sının 43 yaş ve altı, %26,6’sının 55-64 yaş arasında, %25,6’sının 44-54 yaş arasında, %21,2’sinin ise 65 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Hastaların %91’inin evli olduğu tespit edilmiştir. Hastaların yarısına yakınının (%49,6) okuryazar olmadığı, %34,6’sının ise ilköğretim seviyesinde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların yarısı (%50) kent merkezinde diğer yarısı (%50) ise kırsal alanda yaşamaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı (%51,9) ev hanımı iken %28,2’si çalışmamaktadır. Hastaların %16,3’ emekli iken %3,5’i çalışmaktadır. Hastaların %36,9’u gelirinin 1000TL ve altında olduğunu, %14,1’i 1001-2000 TL arasında ve %29,5’i ise 2001-3000 TL arasında gelir sahibi olduğunu belirtmiştir. Hastaların %71,2’si esas geliri kazanan kişilerin kendileri olmadığını belirtmişlerdir. Hastaların %71,8’i hizmet sunumunda dil engeli yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Hastaların Hastalık Durumlarına İlişkin zellikler	n	(%)	
Kanser Türü	<i>Meme</i>	96	30,8
	<i>Lenfoit ve Hematopoetik</i>	47	15,1
	<i>Sindirim Organları</i>	66	21,2
	<i>Solumun Organları</i>	38	12,2
	<i>Genital Organlar</i>	41	13,1
	<i>Diğer Kanser Türleri (tirioit, deri, kemik, beyin vb.)</i>	24	7,7
Kanser Evresi	<i>Evre I</i>	13	4,2
	<i>Evre II</i>	38	12,2
	<i>Evre III</i>	82	26,3
	<i>Evre IV</i>	179	57,4
Tedavi Türü	<i>Kemoterapi</i>	282	90,4
	<i>Diğer tedavi türleri</i>	30	9,6
Tedavi Süresi	<i>4 ay ve altı</i>	86	27,6
	<i>5-12 ay</i>	89	28,5
	<i>13 ay ve üzeri</i>	137	43,9
Komorbidite	<i>Var</i>	128	41,0
	<i>Yok</i>	184	59,0
Cerrahi İşlem	<i>Evet</i>	164	52,6
	<i>Hayır</i>	148	47,4
Fiziksel Sağlık Durumu	<i>Kötü</i>	77	24,7
	<i>Orta</i>	129	41,3
	<i>İyi</i>	106	34,0
Ruhsal Sağlık Durumu	<i>Kötü</i>	77	24,7
	<i>Orta</i>	133	42,6
	<i>İyi</i>	102	32,7
TOPLAM	312	100,0	

Tablo 9’da araştırmaya katılan hastaların hastalık durumlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre, hastaların kanser türü incelendiğine %30,8’inin meme kanseri, %21,2’sinin sindirim organları kanseri, %15,1’inin lenfoid ve hematopoetik kanseri, %13,1’inin genital organ kanseri, %12,2’sinin solunum organları kanseri, %7,7’sinin ise diğer kategorisindeki kanser türlerine sahip olduğu görülmektedir. Hastaların %57,4’ü 4. evre kanser hastalarından oluşmaktadır. Hastaların %90,4’ü kemoterapi tedavisi geriye kalanlar ise diğer tedavileri (ışın tedavisi, kemoterapi ve ışın tedavisini birlikte, kemik ilacı tedavisi vs.) almaktadır. Hastaların tedavi süreleri incelendiğinde; 13 ay ve üzerinde tedavi gören hastaların oranı %43,9’dır. Hastaların %59’unun hastalığına eşlik eden (komorbidite) bir hastalığı yoktur. Katılımcıların %52,6’sı cerrahi bir işlem geçirmiştir. Katılımcıların %41,3’ü fiziksel sağlık durumlarının orta düzeyde olduğunu, %24,7’si kötü ve %34’ü ise iyi düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların ruhsal sağlık durumları incelendiğinde, %42,6’sı orta, 32,7’si ise iyi, %24,7’si kötü düzeyde olduğunu belirtmiştir.

Tablo 10. Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımı ile İlişki Özelliklerine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımı ile İlişki		n	(%)
<i>Hizmet Alım Şekli</i>	<i>Yatarak</i>	100	32,1
	<i>Ayakta</i>	212	67,9
<i>Sağlık Hizmetine Erişim Sorunu Mevcut Mu?</i>	<i>Evet</i>	87	27,9
	<i>Hayır</i>	225	72,1
<i>Hastaneye Başvuru Sıklığı (1 Ayda)</i>	<i>1 kez</i>	95	30,4
	<i>2-3 kez</i>	108	34,6
	<i>4 kez ve üzeri</i>	109	34,9
<i>Sosyal Güvence Durumu</i>	<i>SGK</i>	308	98,7
	<i>SGK ve özel</i>	4	1,3
<i>Personel Size Nazik Davranıyor Mu?</i>	<i>Evet</i>	307	98,4
	<i>Hayır</i>	5	1,6
<i>Personel ile İletişim Süresi</i>	<i>10 dk. ve altı</i>	151	48,4
	<i>11 -15 dk.</i>	112	35,9
	<i>16 dk. ve üstü</i>	49	15,7
<i>Personele Güven</i>	<i>Güvenmiyorum/ Kararsızım</i>	11	3,5
	<i>Güveniyorum</i>	171	54,8
	<i>Çok güveniyorum</i>	130	41,7
<i>Personelin İnanç ve Değerlere Yaklaşımı</i>	<i>Olumlu</i>	312	100,0
	<i>Olumsuz</i>	0	0,0
<i>Personel Mahremiyet ve Özerkliğinize Önem Veriyor Mu?</i>	<i>Evet</i>	312	100,0
	<i>Hayır</i>	0	0,0
TOPLAM		312	100,0

Tablo 10’da katılımcıların kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımı ile ilişki özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır. Hastaların %67,9’u ayakta gününbirlik tedavi almakta, %32,1’i ise yatarak tedavi görmektedir. Hastaların %72,1’i sağlık hizmetlerine erişim konusunda bir sorun yaşamadığını, %27,9’u ise erişim sorunu yaşadığını ifade etmişlerdir. Hastaların %34,9’u hastaneye ayda 4 kez ve üzerinde başvurduklarını belirtmişlerdir. Hastaneye ayda 2-3 kez başvurduklarını belirten hastaların oranı %34,6 iken, 1 kez başvuranların oranı % 30,4’tür. Hastalarının tümünün sosyal güvencesi mevcuttur. Sağlık çalışanları size hizmet sunarken nazik davranıyor mu sorusuna hastaların % 98,4’ü evet cevabını vermişlerdir. Hastaların sağlık çalışanları ile geçirdikleri iletişim süreleri incelendiğinde %48,4’ünün sağlık çalışanları 10 dakika ve altında bir süre ve %35,9’unun ise 11-15 dakika arasında iletişim gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarına almış olduğunuz sağlık hizmeti konusunda ne kadar güvenirsiniz sorusuna hastaların %96,5’i çok güveniyorum veya güveniyorum cevaplarından birini vermiştir. Hastaların tamamı sağlık çalışanlarının kendilerinin dini inanç, değer ve mahremiyetlerine titizlikle önem verdiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutları ile hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini değişkenlerine vermiş oldukları ortalama değerler ile bu değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon analizi sonuçları Tablo 11’de yer almaktadır.

Hastaların hasta merkezli iletişime verdikleri puanların ortalaması 4,37’dir. Hasta merkezli iletişim ve alt boyutları incelendiğinde ise en yüksek ortalamayı 4,58 ile bilgi değişimi boyutu almaktadır. Bu boyutu sırasıyla 4,45 ortalama ile doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, 4,43 ortalama ile duygulara önem verme boyutları takip etmektedir. Genel olarak hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalamaların yüksek olduğu ifade edilebilir. Hastaların hasta katılımına verdikleri puanların ortalaması 3,64; hasta tatminine verdikleri puanların ortalaması 3,40 ve hizmet kalitesi algısı sorusuna verdikleri puanların ortalaması 2,90’dır. Hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ortalaması ise 0,48’dir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değişkeni 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Genel itibariyle sağlıkla ilgili

yaşam kalitesi değişkeni hariç olmak üzere katılımcıların diğer tüm değişkenlere ilişkin ortalama puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11’de araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon katsayıları gösterilmektedir. Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından bilgi değişimi ile hasta katılımı ($r=0,555$, $p<0,001$), hasta tatmini ($r=0,505$, $p<0,001$), hizmet kalitesi algısı ($r=0,294$, $p<0,001$) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,136$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler ile hasta katılımı ($r=0,517$, $p<0,001$), hasta tatmini ($r=0,647$, $p<0,001$), hizmet kalitesi algısı ($r=0,481$, $p<0,001$) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,243$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından karar verme ile hasta katılımı ($r=0,360$, $p<0,001$), hasta tatmini ($r=0,492$, $p<0,001$), hizmet kalitesi algısı ($r=0,431$, $p<0,001$) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,178$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından duygulara önem verme ile hasta katılımı ($r=0,302$, $p<0,001$), hasta tatmini ($r=0,475$, $p<0,001$), hizmet kalitesi algısı ($r=0,417$, $p<0,001$) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,205$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından kendi kendine ilgilenme ile hasta katılımı ($r=0,427$, $p<0,001$), hasta tatmini ($r=0,534$, $p<0,001$), hizmet kalitesi algısı ($r=0,418$, $p<0,001$) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,193$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından belirsizlikle başa çıkma ile hasta katılımı ($r=0,424$, $p<0,001$), hasta tatmini ($r=0,559$, $p<0,001$), hizmet kalitesi algısı ($r=0,531$,

$p<0,001$) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,220$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Genel hasta merkezli iletişim puanı ile hasta katılımı ($r=0,508$, $p<0,001$), hasta tatmini ($r=0,635$, $p<0,001$), hizmet kalitesi algısı ($r=0,509$, $p<0,001$) ve yaşam kalitesi ($r=0,234$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Hasta katılımı puanı ile hasta tatmini ($r=0,454$, $p<0,001$) ve hizmet kalitesi algısı ($r=0,300$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki olduğu buna karşın hasta katılımı ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,102$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Hasta tatmini puanı ile hizmet kalitesi algısı ($r=0,656$, $p<0,001$) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,269$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde orta ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Hizmet kalitesi algısı ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ($r=0,219$, $p<0,001$) arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Araştırmada Kullanılan Değişkenlere İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Katsayıları

	Ort.	SS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>(1) Bilgi Değişimi</i>	4,58	0,57	1	0,740**	0,534**	0,453**	0,566**	0,523**	0,744**	0,555**	0,505**	0,294**	0,136*
<i>(2) Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,45	0,52	0,740**	1	0,703**	0,680**	0,701**	0,726**	0,900**	0,517**	0,647**	0,481**	0,243**
<i>(3) Karar Verme</i>	4,43	0,56	0,534**	0,703**	1	0,720**	0,652**	0,670**	0,835**	0,360**	0,492**	0,431**	0,178**
<i>(4) Duygulara Önem Verme</i>	4,24	0,55	0,453**	0,680**	0,720**	1	0,746**	0,707**	0,851**	0,302**	0,475**	0,417**	0,205**
<i>(5) Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,24	0,55	0,566**	0,701**	0,652**	0,746**	1	0,778**	0,878**	0,427**	0,534**	0,418**	0,193**
<i>(6) Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,34	0,54	0,523**	0,726**	0,670**	0,707**	0,778**	1	0,870**	0,424**	0,559**	0,531**	0,220**
<i>(7) Genel Hasta Merkezli İletişim Ölçeği</i>	4,37	0,47	0,744**	0,900**	0,835**	0,851**	0,878**	0,870**	1	0,508**	0,635**	0,509**	0,234**
<i>(8) Hasta Katılımı Ölçeği</i>	3,64	0,53	0,555**	0,517**	0,360**	0,302**	0,427**	0,424**	0,508**	1	0,454**	0,300**	0,102
<i>(9) Hasta Tatmini Ölçeği</i>	3,40	0,53	0,505**	0,647**	0,492**	0,475**	0,534**	0,559**	0,635**	0,454**	1	0,656**	0,269**
<i>(10) Hizmet kalitesi algısı</i>	2,90	0,76	0,294**	0,481**	0,431**	0,417**	0,418**	0,531**	0,509**	0,300**	0,656**	1	0,219**
<i>(11) Yaşam Kalitesi Skoru (EQ-5D)</i>	0,48	0,30	0,136*	0,243**	0,178**	0,205**	0,193**	0,220**	0,234**	0,102	0,269**	0,219**	1

** p<0,001

* p<0,05

5.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bulguların bu bölümünde; hastaların hasta merkezli iletişim puanlarının sosyo-demografik özellikleri ile hastalık durumları, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımı ile ilişkili faktörlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik yürütülen analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı, hasta tatmini üzerine etkisini inceleyen çoklu regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

5.3.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Çalışmanın bu kısmında, araştırmaya katılan kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinin sosyo-demografik faktörlere göre istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Yaş Grubu									
	43 Yaş Altı		44-54 Yaş		55-64 Yaş		65 Yaş Üstü		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,62	0,53	4,64	0,54	4,58	0,59	4,45	0,62	1,645	0,179
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,48	0,49	4,45	0,47	4,46	0,58	4,40	0,55	0,256	0,857
<i>Karar Verme</i>	4,45	0,58	4,44	0,57	4,44	0,59	4,39	0,51	0,169	0,917
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,23	0,55	4,24	0,55	4,25	0,62	4,25	0,45	0,011	0,998
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,23	0,53	4,24	0,53	4,24	0,64	4,26	0,52	0,037	0,991
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,31	0,53	4,29	0,56	4,40	0,57	4,36	0,48	0,707	0,548
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,38	0,46	4,38	0,44	4,39	0,52	4,35	0,45	0,103	0,958

Tablo 12’de araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını yaşlarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçlarına bakıldığında; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin tüm ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu ve yaşlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Cinsiyet				t	p
	Kadın		Erkek			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,61	0,55	4,51	0,60	1,477	0,141
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık alışanlarıyla İlişkiler</i>	4,46	0,53	4,44	0,51	0,220	0,826
<i>Karar Verme</i>	4,43	0,56	4,43	0,56	0,007	0,995
<i>Duygulara nem Verme</i>	4,19	0,54	4,32	0,54	-2,076	0,039
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,23	0,53	4,26	0,59	-0,551	0,582
<i>Belirsizlikle Başa ıkma</i>	4,30	0,55	4,38	0,53	-1,338	0,182
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,36	0,45	4,39	0,48	-0,487	0,627

Tablo 13’te araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını cinsiyetlerine göre karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır. Yapılan analiz sonucunda, hasta merkezli iletişim alt boyutlarından birisi olan duygulara önem verme alt boyutuna ilişkin ortalamaların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir Şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t=-2,076$; $p<0,05$). Erkeklerin ($4,32\pm0,54$) duygulara önem verme boyutuna yönelik ortalamaları kadınlara ($4,19\pm0,54$) göre daha yüksektir. Cinsiyet değişkeni açısından genel hasta merkezli iletişim ve diğer alt boyutlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hastaların Medeni Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Medeni Durum				t	p
	Bekâr		Evli			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,61	0,51	4,57	0,58	0,287	0,775
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,49	0,49	4,45	0,53	0,401	0,688
<i>Karar Verme</i>	4,39	0,59	4,44	0,56	-0,380	0,704
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,32	0,57	4,24	0,55	0,785	0,433
<i>Kendi Kendine İlgiilenme</i>	4,33	0,59	4,23	0,55	0,911	0,363
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,38	0,57	4,33	0,54	0,404	0,686
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,42	0,49	4,37	0,46	0,500	0,618

Tablo 14’te araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını medeni durumlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçlarına bakıldığında; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Hastaların Gelir Durumuna Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Gelir Durumu											
	1000 TL ve altı		1001-2000 TL		2001-3000 TL		3001-4000 TL		4001 ve Üstü		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,63	0,58	4,63	0,50	4,52	0,58	4,50	0,59	4,55	0,61	0,794	0,530
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,47	0,54	4,50	0,48	4,42	0,52	4,38	0,53	4,47	0,53	0,328	0,859
<i>Karar Verme</i>	4,41	0,60	4,42	0,56	4,40	0,54	4,45	0,48	4,58	0,57	0,674	0,610
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,22	0,59	4,30	0,50	4,18	0,54	4,39	0,45	4,29	0,58	0,993	0,412
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,23	0,56	4,22	0,51	4,23	0,57	4,36	0,50	4,24	0,64	0,326	0,860
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,36	0,53	4,33	0,55	4,29	0,56	4,40	0,47	4,33	0,59	0,306	0,874
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,38	0,49	4,40	0,39	4,34	0,47	4,41	0,44	4,40	0,52	0,259	0,904

Tablo 15’te araştırmaya katılan katılımcıların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını gelir durumlarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına bakıldığında; katılımcıların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Hastaların Hanedeki Esas Geliri Kazanan Kişi Olma Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Hanedeki esas geliri kazanan kişi siz misiniz?					
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,55	0,55	4,59	0,58	-0,476	0,634
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,43	0,54	4,47	0,52	-0,570	0,569
<i>Karar Verme</i>	4,43	0,58	4,43	0,55	-0,095	0,925
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,29	0,55	4,2	0,55	1,041	0,299
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,25	0,59	4,24	0,54	0,274	0,784
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,39	0,55	4,31	0,54	1,187	0,236
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,39	0,49	4,38	0,46	0,274	0,784

Tablo 16’da araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını hanedeki esas geliri kazanan kişi olma durumuna göre karşılaştıran t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin skorlarının birbirine oldukça yakın olduğu ve hanedeki esas geliri kazanan kişi olma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Çalışma Durumu									
	Çalışıyor		Ev Hamımı		Emekli		Çalışmıyor		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,64	0,50	4,63	0,55	4,62	0,52	4,45	0,64	2,138	0,095
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,49	0,45	4,48	0,51	4,43	0,55	4,41	0,54	0,421	0,738
<i>Karar Verme</i>	4,58	0,53	4,45	0,56	4,40	0,58	4,40	0,56	0,435	0,728
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,50	0,49	4,20	0,55	4,27	0,53	4,28	0,56	1,354	0,257
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,50	0,66	4,24	0,52	4,23	0,59	4,22	0,58	0,869	0,458
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,61	0,56	4,32	0,54	4,39	0,53	4,30	0,55	1,279	0,282
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,55	0,50	4,38	0,44	4,38	0,47	4,34	0,50	0,688	0,560

Tablo 17’de araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin puanlarını çalışma durumlarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hastaların İkamet Yerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Al Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	İkamet Yeri				t	p
	Kır		Kent			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,63	0,56	4,53	0,58	1,569	0,118
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,49	0,51	4,41	0,53	1,286	0,199
<i>Karar Verme</i>	4,43	0,56	4,44	0,57	-0,141	0,888
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,25	0,54	4,24	0,56	0,137	0,891
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,26	0,55	4,22	0,57	0,729	0,466
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,38	0,52	4,29	0,56	1,431	0,154
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,40	0,45	4,35	0,48	0,999	0,319

Tablo 18’de katılımcıların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını ikamet yerlerine göre karşılaştıran t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz değerlendirildiğinde; katılımcıların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarında ikamet yerlerine istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Eğitim Durumu							
	Okuryazar Değil		İlköğretim		Lise ve Üzeri		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,55	0,60	4,62	0,53	4,58	0,57	0,482	0,618
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,44	0,53	4,46	0,52	4,49	0,51	0,247	0,781
<i>Karar Verme</i>	4,39	0,57	4,47	0,53	4,47	0,61	0,893	0,410
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,20	0,52	4,28	0,56	4,3	0,62	1,120	0,328
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,23	0,52	4,25	0,55	4,26	0,67	0,045	0,956
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,35	0,50	4,31	0,55	4,35	0,64	0,119	0,888
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,35	0,45	4,39	0,45	4,41	0,54	0,329	0,720

Tablo 19’da araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin skorlarını eğitim durumlarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçlarına göre; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin tüm ortalamalarının birbirine oldukça yakın olduğu ve eğitim durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Hastaların Hizmet Sunumu Sırasında Dil Engeli Yaşama Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Hizmet sunumu sırasında dil engeli yaşıyor musunuz?				t	p
	Evet		Hayır			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,61	0,55	4,57	0,58	0,566	0,572
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,48	0,51	4,44	0,53	0,536	0,592
<i>Karar Verme</i>	4,47	0,53	4,42	0,57	0,813	0,417
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,22	0,51	4,25	0,56	-0,404	0,686
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,24	0,49	4,24	0,58	-0,029	0,977
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,37	0,48	4,32	0,56	0,769	0,443
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,39	0,41	4,37	0,49	0,424	0,672

Tablo 20’de araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını dil engeli yaşama durumlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına bakıldığında; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının dil engeli yaşama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği görülmektedir ($p>0,05$).

H_{1a} hipotezi cinsiyet değişkeni için (duygulara önem verme alt boyutunda) kabul edilmişken yaş, medeni durum, gelir, esas geliri kazanma, çalışma, ikamet yeri, eğitim ve dil engeli değişkenleri için reddedilmiştir.

5.3.2.Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Bu bölümde hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin skorlarının hastalıkla ilgili özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Kanser evresi değişkeni için birinci ve ikinci evredeki hastalar birleştirilerek Evre I ve II kategorisinde toplanarak analize dâhil edilmiştir.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Hastaların Kanser Türüne Göre Hasta Merkezli İletişim Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Kanser Türü												F	p
	Meme Kanseri		Lenfoid ve Hematopoetik		Sindirim Organları		Solunum Organları		Genital Organlar		Diğer (tirioit, deri, kemik, beyin vb.)			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,73	0,47	4,31	0,68	4,58	0,52	4,47	0,59	4,61	0,65	4,62	0,49	3,803	0,002
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,56	0,43	4,31	0,62	4,48	0,44	4,38	0,52	4,38	0,66	4,43	0,67	1,915	0,092
<i>Karar Verme</i>	4,48	0,56	4,42	0,59	4,46	0,54	4,36	0,49	4,37	0,61	4,39	0,60	0,451	0,812
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,27	0,52	4,2	0,6	4,27	0,53	4,31	0,53	4,18	0,57	4,14	0,63	0,496	0,779
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,31	0,51	4,18	0,58	4,28	0,54	4,18	0,6	4,22	0,53	4,125	0,70	0,789	0,559
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,39	0,53	4,24	0,61	4,38	0,49	4,30	0,56	4,37	0,48	4,17	0,64	1,145	0,337
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,45	0,41	4,27	0,53	4,4	0,44	4,33	0,47	4,35	0,49	4,30	0,55	1,241	0,290

Tablo 21’de araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını kanser türlerine göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçlarına göre hastaların hasta merkezli iletişim alt boyutundan birisi olan bilgi değişimi alt boyutunda kanser türlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu tespit edilmiştir (F=3,803;

$p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu incelemeye yönelik yapılan Scheffe testi sonuçları, Meme kanseri hastalarının ortalamalarının ($4,73 \pm 0,47$) Lenfoid ve Hematopoetik kanseri hastalarının ortalamalarından ($4,31 \pm 0,68$) daha yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer alt boyutlarda ise anlamlı farklılıklar tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Hastaların Kanser Evrelerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Kanser Evresi							
	Evre I ve II		Evre III		Evre IV		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,41	0,64	4,71	0,47	4,56	0,58	4,487	0,012
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,43	0,57	4,60	0,46	4,39	0,53	4,768	0,009
<i>Karar Verme</i>	4,48	0,55	4,56	0,53	4,36	0,57	3,927	0,021
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,32	0,56	4,38	0,52	4,16	0,54	5,503	0,004
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,21	0,58	4,38	0,52	4,19	0,56	3,294	0,038
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,21	0,56	4,46	0,50	4,31	0,54	3,752	0,025
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,34	0,50	4,51	0,42	4,32	0,47	4,838	0,009

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin puanlarını kanser evrelerine göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları Tablo 22’de yer almaktadır. Analiz sonuçlarına bakıldığında tüm alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Hastaların; bilgi değişimi ($F=4,487$; $p<0,05$), doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler ($F=4,768$; $p<0,05$), karar verme ($F=3,927$; $p<0,05$), duygulara önem verme ($F=5,503$; $p<0,05$), kendi kendine ilgilenme ($F=3,294$; $p<0,05$), belirsizlik ile başa çıkma ($F=3,752$; $p<0,05$) alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının

($F=4,838$; $p<0,05$) hastaların kanser evrelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir.

İstatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yürütülen Scheffe testi sonuçlarına göre, üçüncü evredeki hastaların bilgi değişimi ortalamaları ($4,71\pm0,47$) birinci ve ikinci evredeki hastaların bilgi değişimi ortalamalarından ($4,41\pm0,64$) daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Üçüncü evredeki hastalarının doktorlar ve sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutunda elde ettikleri ortalamalar ($4,60\pm0,46$) dördüncü evredeki hastaların ortalamalarından ($4,39\pm0,53$) daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Karar verme boyutunda üçüncü evredeki hastaların ortalamaların ($4,56\pm0,53$) dördüncü evredeki hastaların ortalamalarından ($4,36\pm0,57$) yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Duygulara önem verme boyutunda üçüncü evredeki hastaların ortalamaların ($4,38\pm0,52$) dördüncü evredeki hastaların ortalamalarından ($4,16\pm0,54$) yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kendi kendine ilgilenme boyutunda üçüncü evredeki hastaların ortalamalarının ($4,38\pm0,52$) dördüncü evredeki hastaların ortalamalarından ($4,19\pm0,56$) yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Belirsizlikle başa çıkma boyutunda üçüncü evredeki hastalarının ($4,46\pm0,50$) birinci ve ikinci evredeki hastalara göre daha yüksek ortalamalara ($4,21\pm0,56$) sahip olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Genel hasta merkezli iletişim puanları incelendiğinde üçüncü evredeki hastaların ortalamalarının ($4,51\pm0,42$) dördüncü evredeki hastaların ortalamalarından ($4,32\pm0,47$) yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Hastaların Almış Oldukları Tedavi Türüne Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Tedavi Türü					
	Kemoterapi		Diğer		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,58	0,57	4,55	0,62	0,311	0,756
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,46	0,51	4,34	0,59	1,256	0,210
<i>Karar Verme</i>	4,43	0,57	4,46	0,50	-0,293	0,770
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,24	0,54	4,30	0,62	-0,591	0,555
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,25	0,53	4,13	0,77	1,126	0,261
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,35	0,53	4,19	0,66	1,503	0,134
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,38	0,46	4,32	0,55	0,694	0,488

Tablo 23'te araştırma katılımcılarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını almış oldukları tedavi türlerine göre karşılaştıran t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçları incelendiğinde; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının tedavi türlerine istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Sürelerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Tedavi Süresi									
	4 Ay ve Altı		5-12 Ay		13-30 Ay		31 Ay ve üstü		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,51	0,56	4,65	0,54	4,57	0,52	4,57	0,65	0,863	0,461
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,38	0,52	4,55	0,45	4,45	0,58	4,42	0,56	1,731	0,161
<i>Karar Verme</i>	4,39	0,54	4,55	0,55	4,43	0,57	4,34	0,58	2,154	0,093
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,19	0,51	4,36	0,51	4,27	0,62	4,15	0,56	2,397	0,068
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,19	0,55	4,32	0,52	4,31	0,60	4,16	0,56	1,562	0,199
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,23	0,53	4,44	0,49	4,41	0,54	4,27	0,58	2,877	0,036
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,31	0,46	4,47	0,43	4,40	0,48	4,31	0,50	2,377	0,070

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin skorlarını tedavi sürelerine göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları Tablo 24’te yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre, hastaların belirsizlik ile başa çıkma alt boyutuna ilişkin ortalamaları hastaların tedavi sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F=2,877$; $p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yürütülen Scheffe testi sonucuna göre, 4 ay ve altı sürede tedavi gören hastaların belirsizlikle başa çıkma ortalamaları ($4,23\pm 0,53$) 13-30 ay arasında tedavi gören hastaların ortalamalarına ($4,41\pm 0,54$) göre daha düşüktür ve elde edilen bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer boyutlarda ise anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 25. Araştırmaya Katılan Hastaların Komorbidite Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Hastalığınıza eşlik eden diğer hastalıklar (komorbidite) var mıdır?					
	Var		Yok		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,55	0,60	4,60	0,55	-0,831	0,407
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,42	0,57	4,47	0,49	-0,878	0,381
<i>Karar Verme</i>	4,45	0,55	4,42	0,57	0,527	0,598
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,22	0,58	4,26	0,53	-0,665	0,506
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,25	0,57	4,24	0,55	0,212	0,832
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,36	0,55	4,32	0,54	0,649	0,517
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,37	0,49	4,38	0,45	-0,213	0,832

Tablo 25’de araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını hastalıklarına eşlik eden hastalık (komorbidite) durumlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Elde edilen analiz sonuçları; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamaları arasında komorbidite durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığını göstermektedir ($p>0,05$).

Tablo 26. Araştırmaya Katılan Hastaların Cerrahi İşlem Geçirme Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Bu süreç içerisinde herhangi bir cerrahi işlem geçirdiniz mi?					
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,56	0,59	4,60	0,55	-0,618	0,537
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,42	0,53	4,49	0,51	-1,297	0,197
<i>Karar Verme</i>	4,40	0,55	4,46	0,57	-0,999	0,319
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,23	0,56	4,26	0,54	-0,573	0,567
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,19	0,54	4,30	0,57	-1,605	0,109
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,30	0,55	4,37	0,53	-1,155	0,249
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,34	0,46	4,41	0,47	-1,245	0,214

Tablo 26’da araştırma katılımcılarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin puanlarını cerrahi işlem geçirme durumlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına bakıldığında; hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve hastaların cerrahi işlem geçirme durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Hastaların Fiziksel Sağlık Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Fiziksel Sağlık Durumu							
	Kötü		Orta		İyi		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,32	0,57	4,60	0,58	4,73	0,50	12,863	<0,001
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,24	0,49	4,47	0,52	4,59	0,51	10,972	<0,001
<i>Karar Verme</i>	4,32	0,50	4,42	0,58	4,52	0,58	2,906	0,056
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,08	0,52	4,22	0,56	4,38	0,53	7,104	<0,001
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,02	0,58	4,23	0,54	4,42	0,50	12,223	<0,001
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,12	0,53	4,31	0,52	4,53	0,51	13,731	<0,001
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,18	0,44	4,37	0,45	4,53	0,45	13,382	<0,001

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını fiziksel sağlık durumlarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları Tablo 27’de yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre karar verme alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Hastaların; bilgi değişimi (F=12,863; p<0,05), doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler (F=10,972; p<0,05), duygulara önem verme (F=7,104; p<0,05), kendi kendine ilgilenme (F=12,223; p<0,05), belirsizlik ile başa çıkma (F=13,731; p<0,05) alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının (F=13,382; p<0,05) fiziksel sağlık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yürütülen Scheffe testi sonuçlarına göre, bilgi değişimi boyutunda fiziksel sağlık durumunu kötü olarak belirten hastaların ortalamaları diğer iki gruptan daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Doktorlar ve sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutunda fiziksel

sağlık durumunu kötü olarak belirten hastaların diğer iki gruba göre elde ettikleri ortalamalar daha düşüktür ve bu fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duygulara önem verme boyutunda fiziksel sağlık durumu kötü ve iyi olan hastalar arasındaki ortalamalarda farklılık olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kendi kendine ilgilenme, belirsizlikle başa çıkma alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişime verilen puanlar incelendiğinde fiziksel sağlık durumlarını kötü olarak belirten hastaların orta ve iyi olarak belirten hastalara göre daha düşük ortalamalara sahip olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Hastaların Ruhsal Sağlık Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Ruhsal Sağlık Durumu						F	p
	Kötü		Orta		İyi			
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,31	0,56	4,60	0,58	4,75	0,49	14,660	<0,001
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,23	0,49	4,47	0,52	4,60	0,50	11,817	<0,001
<i>Karar Verme</i>	4,32	0,50	4,43	0,58	4,52	0,58	2,619	0,075
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,08	0,52	4,23	0,54	4,38	0,55	6,677	<0,001
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,02	0,58	4,24	0,52	4,42	0,53	12,110	<0,001
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,13	0,54	4,31	0,51	4,53	0,52	13,367	<0,001
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,18	0,44	4,37	0,44	4,53	0,46	13,560	<0,001

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını ruhsal sağlık durumlarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları Tablo 28’de yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre, hastaların; bilgi değişimi ($F=14,660$; $p<0,05$), doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler ($F=11,817$; $p<0,05$), duygulara önem verme ($F=6,667$; $p<0,05$), kendi kendine ilgilenme ($F=12,110$; $p<0,05$),

belirsizlik ile başa çıkma ($F=13,367$; $p<0,05$) alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının ($F=13,560$; $p<0,05$) ruhsal sağlık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir.

Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yürütülen Scheffe testi sonuçlarına göre, bilgi değişimi boyutunda ruhsal sağlık durumunu kötü olarak belirten hastaların ortalamaları diğer iki gruptan daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Doktorlar ve sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutunda ruhsal sağlık durumunu kötü olarak belirten hastaların diğer iki gruba göre elde ettikleri ortalamalar daha düşüktür ve bu fark gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duygulara önem verme boyutunda ruhsal sağlık durumu kötü ve iyi olan hastalar arasındaki ortalamalarda farklılık olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kendi kendine ilgilenme, belirsizlikle başa çıkma alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişim puanları incelendiğinde ruhsal sağlık durumlarını kötü olarak belirten hastaların orta ve iyi olarak belirten hastalara göre daha düşük ortalamalara sahip olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

H_{1b} hipotezi kanser türü (bilgi değişimi alt boyutunda), kanser evresi (tüm alt boyutlarda), tedavi süresi (belirsizlikle başa çıkma alt boyutunda), fiziksel sağlık statüsü (karar verme hariç tüm alt boyutlarda), ruhsal sağlık statüsü (karar verme hariç tüm alt boyutlarda) değişkenleri için kabul edilmişken tedavi türü, komorbidite, cerrahi işlem geçirme değişkenleri için reddedilmiştir.

5.3.3.Araştırmaya Katılan Hastaların Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımı Değişkenlerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Çalışmanın bu kısmında kanser hastalarının hasta merkezli iletişim skorlarının kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına yönelik değişkenlerine göre istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaya yönelik analiz sonuçları yer almaktadır. Hastaların %98,7'sinin sosyal güvencesinin olması, %98,4'ünün sağlık

çalışanlarının kendilerine nazik davrandığını ifade etmesinden dolayı bahsi geçen bu değişkenler farklılık analizlerine dâhil edilmemiştir.

Tablo 29. Araştırmaya Katılan Hastaların Erişim Konusunda Sorun Yaşama Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Erişim konusunda sorun yaşama durumu					
	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,65	0,60	4,55	0,56	1,450	0,148
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,47	0,58	4,44	0,50	0,406	0,685
<i>Karar Verme</i>	4,45	0,59	4,43	0,55	0,284	0,776
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,23	0,60	4,25	0,53	-0,273	0,785
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,27	0,57	4,23	0,55	0,479	0,632
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,33	0,58	4,34	0,53	-0,121	0,904
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,39	0,50	4,37	0,46	0,411	0,681

Tablo 29’da araştırma katılımcılarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin puanlarını tedaviye erişim problemi yaşama durumlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına bakıldığında; katılımcıların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve hastaların tedaviye erişim problemi yaşama durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 30. Araştırmaya Katılan Hastaların Kuruma Başvuru Sıklığına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Kuruma Başvuru Sıklığı (Ayda)							
	1 Kez		2-3 Kez		4 Kez ve Üzeri		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,73	0,45	4,41	0,67	4,61	0,53	8,466	<0,001
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,57	0,46	4,35	0,51	4,45	0,57	4,557	0,011
<i>Karar Verme</i>	4,49	0,55	4,39	0,54	4,42	0,60	0,767	0,466
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,28	0,51	4,23	0,48	4,23	0,64	0,372	0,690
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,38	0,47	4,14	0,55	4,23	0,61	4,875	0,008
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,43	0,51	4,27	0,51	4,31	0,60	2,389	0,093
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,48	0,42	4,29	0,46	4,37	0,50	3,918	0,021

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını kuruma başvuru sıklıklarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları Tablo 30'da yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre, hastaların; bilgi değişimi ($F=8,466$; $p<0,05$), doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler ($F=4,557$; $p<0,05$), kendi kendine ilgilenme ($F=4,875$; $p<0,05$) alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının ($F=3,918$; $p<0,05$) kuruma başvuru sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir.

Farklılığın hangi gruplar arasında kaynaklandığını tespit etmek için yürütülen Scheffe testi sonuçlarına göre, kuruma ayda bir kez başvuran hastaların bilgi değişimi, doktorlar ve sağlık çalışanları ile ilişkiler, kendi kendine ilgilenme alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişim puanları ortalamaları kuruma ayda 2-3 kez başvuran hastaların puanlarından daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Hastaların Kurumdan Hizmet Alım Şekline Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Kurumdan Hizmet Alım Şekli					
	Yatan		Ayakta		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,32	0,66	4,70	0,47	-5,742	<0,001
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,25	0,59	4,54	0,45	-4,743	<0,001
<i>Karar Verme</i>	4,35	0,54	4,47	0,57	-1,763	0,079
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,16	0,57	4,28	0,53	-1,778	0,076
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,08	0,62	4,31	0,50	-3,525	<0,001
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,20	0,58	4,40	0,51	-3,036	<0,001
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,22	0,52	4,44	0,42	-4,045	<0,001

Tablo 31’de araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin skorlarını kurumdan hizmet alım şekline (ayakta-yatarak) göre karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır. Analiz sonuçlarına bakıldığında; bilgi değişimi ($t=-5,742$; $p<0,001$), doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler ($t=-4,743$; $p<0,001$), kendi kendine ilgilenme ($t=-3,525$; $p<0,001$), belirsizlikle başa çıkma ($t=-3,036$; $p<0,001$) alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının ($t=-4,045$; $p<0,001$) kurumdan tedavi alma şekline göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). İlgili boyutlarda ayakta tedavi alan hastaların ortalamalarının yatan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

H_{1c} hipotezi kuruma başvuru sıklığı (bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, kendi kendine ilgilenme, genel hasta merkezli iletişim boyutlarında), kurumdan hizmet alım şekli (bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, kendi kendine ilgilenme, belirsizlikle başa çıkma ve genel hasta merkezli iletişim boyutlarında) değişkenleri için kabul edilmiş tedaviye erişim değişkeni için reddedilmiştir.

5.3.4.Araştırmaya Katılan Hastaların İlişki Değişkenlerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Çalışmanın bu kısımda kanser hastalarının hasta merkezli iletişim skorlarının ilişki değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı gösteren sonuçlarına yer verilmektedir. Katılımcıların tümünün (%100) sağlık çalışanların kendilerinin mahremiyet ve özerkliğine önem verdiği, inanç ve değerlerine yönelik yaklaşımlarının da olumlu olduğunu belirtmesinden dolayı bahsi geçen bu değişkenler farklılık analizlerine dâhil edilmemiştir.

Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlık Çalışanları İle Geçirdiği İletişim Sürelerine Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına İlişkin Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	İletişim Süresi				t	p
	10 dk. ve altı		11-15 dk.			
	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	4,68	0,50	4,66	0,49	0,295	0,768
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	4,48	0,51	4,54	0,48	-0,843	0,400
<i>Karar Verme</i>	4,40	0,58	4,47	0,56	-1,011	0,313
<i>Duygulara Önem Verme</i>	4,17	0,57	4,34	0,51	-2,521	0,012
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	4,25	0,54	4,33	0,54	-1,182	0,238
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	4,31	0,56	4,43	0,50	-1,787	0,075
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	4,37	0,46	4,46	0,44	-1,458	0,146

Tablo 32’de araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını sağlık çalışanları ile olan iletişim sürelerine göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçlarına bakıldığında; hastaların hasta merkezli iletişimin duygulara önem verme alt boyutuna ilişkin ortalamalarının sağlık çalışanları ile olan iletişim sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). Duygulara önem verme alt boyutunda sağlık çalışanları ile 11-15 dk. arasında iletişim gerçekleştiren hastaların ortalamalarının

(4,34±0,51) 10 dk. ve altında iletişim gerçekleştiren hastalara göre (4,17±0,57) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hastaların Hekime Güvenme Durumlarına Göre Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarına Skorları

Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutları	Hekime Güven							
	Güvenmiyorum /Kararsızım		Güveniyorum		Çok Güveniyorum		F	p
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS		
<i>Bilgi Değişimi</i>	3,95	0,75	4,40	0,59	4,86	0,36	37,757	<0,001
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	3,75	0,47	4,27	0,51	4,76	0,35	58,478	<0,001
<i>Karar Verme</i>	3,65	0,32	4,29	0,55	4,68	0,46	35,694	<0,001
<i>Duygulara Önem Verme</i>	3,58	0,34	4,09	0,53	4,50	0,47	34,464	<0,001
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	3,59	0,36	4,06	0,53	4,54	0,44	45,864	<0,001
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	3,76	0,26	4,17	0,52	4,60	0,45	36,671	<0,001
<i>Genel Hasta Merkezli İletişim</i>	3,71	0,25	4,21	0,44	4,65	0,33	63,529	<0,001

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarını hekime güvenme durumlarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları Tablo 33'te yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre, hastaların; bilgi değişimi (F=37,757; p<0,05), doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler (F=58,478; p<0,05), karar verme (F=35,694; p<0,05), duygulara önem verme (F=34,464; p<0,05), kendi kendine ilgilenme (F=45,864; p<0,05), belirsizlik ile başa çıkma (F=36,671; p<0,05) alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının (F=63,529; p<0,05) hekime güven duyma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yürütülen Scheffe testi sonucuna göre, hekime güvenmiyorum veya kararsızım diyen hastaların hasta merkezli iletişim ve tüm alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalar hekime güveniyorum veya hekime çok güveniyorum diyen hastalara göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

H_{1a} hipotezi iletişim süresi (duygulara önem verme boyutunda) ve hekime güven (tüm boyutlarda) değişkenleri için kabul edilmiştir.

Tablo 34’te farklılık testleri sonucunda ulaşılan bulgular özet olarak görölmektedir.

Tablo 34. Hasta Merkezli İletişim ve Alt Boyutlarının Belirleyicilerine Yönelik Özet Analiz Sonuçları

	Bilgi Değişimi Boyutu	Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler	Karar Verme	Duygulara Önem Verme	Kendi Kendine İlgilenme	Belirsizlikle Başa Çıkma	Genel Hasta Merkezli İletişim
Sosyodemografik Faktörler							
Cinsiyet				✓			
Yaş							
Medeni Durum							
Gelir							
Esas Gelir Kazanma Durumu							
Çalışma Durumu							
İkametgah							
Eğitim Durumu							
Dil Engeli							
Hastalık İle İlişkili Değişkenler							
Kanser Türü	✓						
Kanser Evresi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tedavi Türü							
Tedavi Süresi						✓	
Komorbidite							
Cerrahi İşlem Geçirme Durumu							
Fiziksel Sağlık Durumu	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Ruhsal Sağlık Durumu	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımına Yönelik Değişkenler							
Tedaviye Erişim							
Kuruma Başvuru Sıklığı	✓	✓			✓		✓
Hizmet Alım Şekli	✓	✓			✓	✓	✓
İlişki Faktörleri							
Hekime Güven	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
İletişim Süresi				✓			

5.4.REGRESYON ANALİZLERİ

Çalışmanın bu kısmında hasta merkezli iletişimin, hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu regresyon analizleri sonuçlarına yer verilmektedir.

Tablo 35. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Hasta Katılımı Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	VIF
<i>Sabit</i>	0,947	0,235		4,029	<0,001	
<i>Bilgi Değişimi</i>	0,329	0,065	0,355	5,041	<0,001	2,329
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	0,206	0,093	0,203	2,200	0,029	3,988
<i>Karar Verme</i>	-0,016	0,070	-0,017	-0,228	0,820	2,606
<i>Duygulara Önem Verme</i>	-0,153	0,078	-0,159	-1,960	0,051	3,090
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	0,112	0,081	0,117	1,383	0,168	3,387
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	0,121	0,081	0,123	1,490	0,137	3,220
R= 0,592; R ² =0,350; F=27,400; p<0,001; Durbin Watson=1,296						

*p<0,05

Tablo 35'te hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hasta katılımı üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre; hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hep birlikte hasta katılımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve açıklayıcı bir etkisi vardır. Kurulan regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=27,400; p<0,05). Hasta merkezli iletişimin alt boyutları hep birlikte hasta katılımındaki toplam varyansın yaklaşık %35'ini açıklamaktadır.

Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bilgi değişimi ile doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Hastaların bilgi değişimine yönelik algılarının artması hasta katılımı düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır ($t=5,041$; $p<0,05$). Doktor ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik algılarının artması da hasta katılımı düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır ($t=2,200$; $p<0,05$). Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin hasta katılımı üzerindeki görece önem sırası; bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler şeklindedir. Elde edilen bulgulara göre, H_2 hipotezi ilgili boyutlar için kabul edilmiştir.

Tablo 36. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	VIF
<i>Sabit</i>	-0,156	0,160		-0,971	0,332	
<i>Bilgi Değişimi</i>	-0,046	0,045	-0,087	-1,030	0,304	2,329
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	0,138	0,064	0,240	2,173	0,031	3,988
<i>Karar Verme</i>	-0,016	0,048	-0,030	-0,336	0,737	2,606
<i>Duyulara Önem Verme</i>	0,028	0,053	0,050	0,516	0,606	3,090
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	-0,004	0,055	-0,007	-0,072	0,943	3,387
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	0,046	0,055	0,082	0,825	0,410	3,220

R= 0,261; R²=0,068; F=3,705; p<0,001; Durbin Watson=1,651

*p<0,05

Tablo 36’da hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre; hasta merkezli iletişimin alt boyutları hep birlikte hastaların sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir açıklayıcı etkisi vardır ve hasta merkezli iletişimin alt boyutları

sağlıkla ilgili yaşam kalitesine ilişkin toplam varyansın yaklaşık %7'sini açıklamaktadır. Kurulan regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=3,705$; $p<0,05$).

Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak tek anlamlı ilişkinin doktor ve diğer sağlık çalışanları ilişkiler alt boyutunda olduğu görülmektedir. Hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkilerine yönelik algılarının artması ($t=2,173$; $p<0,05$) sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Elde edilen bulgulara göre, H_3 hipotezi ilgili boyut için kabul edilmiştir.

Tablo 37. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Hizmet kalitesi algısı Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	VIF
<i>Sabit</i>	-0,666	0,350		-1,901	0,058	
<i>Bilgi Değişimi</i>	-0,163	0,097	-0,122	-1,677	0,095	2,329
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	0,402	0,139	0,274	2,888	0,004	3,988
<i>Karar Verme</i>	0,119	0,105	0,088	1,143	0,254	2,606
<i>Duygulara Önem Verme</i>	-0,012	0,116	-0,009	-0,103	0,918	3,090
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	-0,080	0,120	-0,058	-0,665	0,507	3,387
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	0,549	0,121	0,388	4,556	<0,001	3,220
R=0,559; R ² =0,312; F=23,054; p<0,001; Durbin Watson=1,900						

*p<0,05

Tablo 37'de hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hastaların hizmet kalite algıları üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre; hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hep birlikte hastaların hizmet kalite algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir açıklayıcı etkisi vardır. Kurulan regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=23,054$;

p<0,05). Hasta merkezli iletişimin alt boyutları hep birlikte hastaların hizmet kalite algılarındaki toplam varyansın yaklaşık %31'ini açıklamaktadır.

Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler ve belirsizlikle başa çıkma alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerine yönelik algılarının artması (t=2,888; p<0,05) ve belirsizlik ile başa çıkma (t=4,556; p<0,05) algılarının artması hizmet kalitesi algısı düzeyini istatistiksel olarak artırmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin hizmet kalitesi algısı üzerindeki görece önem sırası; belirsizlikle başa çıkma ile doktor ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler şeklindedir. Elde edilen bulgulara göre, **H₄** hipotezi ilgili boyutlar için hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 38. Hastaların Hasta Merkezli İletişimin Alt Boyutlarına Yönelik Değerlendirmelerinin Hasta Tatmini Üzerine Etkisinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p	VIF
<i>Sabit</i>	0,235	0,219		1,074	0,284	
<i>Bilgi Değişimi</i>	0,044	0,061	0,048	0,728	0,467	2,329
<i>Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler</i>	0,462	0,087	0,455	5,316	<0,001	3,988
<i>Karar Verme</i>	0,016	0,065	0,017	0,250	0,803	2,606
<i>Duygulara Önem Verme</i>	-0,044	0,073	-0,045	-0,599	0,549	3,090
<i>Kendi Kendine İlgilenme</i>	0,087	0,075	0,091	1,157	0,248	3,387
<i>Belirsizlikle Başa Çıkma</i>	0,151	0,075	0,154	2,001	0,046	3,220
R=0,663; R ² =0,440; F=39,973; p<0,001; Durbin Watson=1,926						

*p<0,05

Tablo 38'de hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hasta tatmini üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre; hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hep birlikte hasta tatmini üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir açıklayıcı etkisi vardır.

Kurulan regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=39,973$; $p<0,05$). Hasta merkezli iletişimin alt boyutları hep birlikte hasta tatminindeki toplam varyansın yaklaşık %44'ünü açıklamaktadır.

Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler ve belirsizlikle başa çıkma alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkilerine yönelik algılarının artması hasta tatmini düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır ($t=5,316$; $p<0,05$). Aynı şekilde belirsizlik ile başa çıkma algılarının artması da hasta tatmini düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır ($t=2,001$; $p<0,05$). Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin hasta katılımı üzerindeki görece önem sırası; doktor ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler ile belirsizlikle başa çıkma şeklindedir. Elde edilen bulgulara göre, H_5 hipotezi ilgili boyutlar için kabul edilmiştir.

6. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı; kanser hastalarında hasta merkezli iletişim düzeyini belirlemek ve bu düzeyle ilişkili olan belirleyicileri (hastanın sosyo-demografik özellikleri, hastalık ile ilgili faktörler, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin faktörler ve ilişki faktörleri) tespit etmek ayrıca hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu doğrultuda; Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak ve ayakta tedavi gören 18 yaş ve üzeri, en az 2 aydır kemoterapi alan 312 hastadan elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara ilişkin değerlendirmelere aşağıda alt başlıklar halinde yer verilmektedir.

6.1.TANIMLAYICI BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

PCC-Ca-36 ölçeği, izleme, müdahale ve kalite iyileştirme girişimlerinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Her bir alt boyut (ve genel hasta merkezli iletişim) hasta-hizmet sunucu iletişiminin kapsamını ve bunun kanser bakım süreci boyunca nasıl değişebileceğini değerlendirmek için kullanılabilir. Örneğin, bilgi değişimi ve karar verme boyutları, kanser tedavisinin erken evrelerinde kritik öneme sahip boyutlar olabilir. Bu boyutlar hastanın tedaviye erken bir şekilde başlaması, bilgi alışverişinde bulunarak hastalığı hakkında bilgi edinerek sağkalım şansını yükseltmesi veya cerrahi bir operasyona hekim ve hasta tarafından karar verilmesi konusunda önemli olabilir. Diğer taraftan hastanın kendi kendine ilgilenmesi boyutu tedaviyle ilişkili semptomları ve sağkalım düzeyini artırmaya yönelik ilaç tedavilerinin uzun vadeli etkilerini yönetmek için önemli olabilmektedir. Bunlara ek olarak, PCC-Ca-36 ile hasta merkezli iletişimin bir boyutu veya ilgilenilen sayıdaki boyutları ölçülebilmektedir. Ancak, genel hasta merkezli iletişim puanı hesaplanmak istendiğinde ise tüm boyutların ölçüme dâhil edilmesi gerekmektedir (Reeve ve diğerleri, 2017).

Bu kapsamda araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişimden elde ettikleri genel ortalamaları 4,37 olarak bulunmuştur. Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarına yönelik elde edilen sonuçlara bakıldığında en yüksek ortalamayı 4,58 puan ile bilgi değişimi boyutu almıştır. Bu boyutu sırasıyla 4,45 puan ile doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, 4,43 puan ile karar verme, 4,34 puan ile belirsizlik ile başa çıkma, 4,24 puan ile duygulara önem verme ve 4,24 puan ile kendi kendine ilgilenme boyutları izlemektedir. Son zamanlarda hasta merkezli bakım bağlamında hastayı odağa alan iletişim türünün giderek önem kazandığı görülmektedir. Bu doğrultuda hekim-hasta arasında bilgi değişiminin yapılabilmesi, hekim-hasta ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerin iyileştirilebilmesi, karar mekanizmasının geliştirilmesi, hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili belirsizlikler ile başa çıkabilmeleri, duygularının anlaşıldığının ve bunlara önem verildiğinin bilinmesi ayrıca hastanın öz yeterliliğinin geliştirilerek kendi kendine ilgilenebilmesi giderek önem kazanmaktadır. Bu bağlamda yapılan analizler neticesinde hasta merkezli iletişimin hem genel olarak hem de alt boyutlar bazında yüksek ortalamalara sahip olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmada bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler boyutlarının en yüksek ortalamalara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bilgi değişimi boyutu hastaların ihtiyaç duyduğu bilgiyi elde etmesi ve hizmet sunucu ile hasta arasında karşılıklı bilgi paylaşımını kolaylaştırmaya ve ortak bir anlayışa ulaşmaya önem verildiğini ifade etmektedir. Aynı zamanda doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler boyutu ise karşılıklı olarak hizmet sunucu ve hasta arasında güven, uyum, bağlılık ve anlayış oluşturmaya yönelik iletişime önem verildiğini göstermektedir. Pozzar ve diğerleri (2021)'nin 176 yumurtalık (over) kanser hastası ile hasta merkezli iletişim ve yaşam kalitesi ilişkisini inceledikleri çalışmalarının sonuçlarına göre, hasta merkezli iletişimden elde ettikleri genel ortalama puan 4,09'dur. Hasta merkezli iletişim alt boyutları bazında ortalamalar incelendiğinde hekimlerin en az 3,65 ortalama ile hasta öz yönetimini etkinleştirdiği, 3,84 ortalama ile hastaların duygulara yanıt verdiği 3,91 ortalama ile hastaların belirsizliği yönetmelerine yardımcı olduğu tespit edilmiştir. Reeve ve diğerleri (2017) tarafından ABD'de gerçekleştirilen bir diğer çalışmada hasta merkezli iletişim ortalaması 3,97 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular literatür bulguları ile uyumlu olmakla birlikte hastaların gerek genel hasta merkezli iletişim ortalamaları gerekse hasta merkezli

iletişimin alt boyutları bazında ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların hasta merkezli iletişim algılarının yüksek olduğunu, hizmet sunucu ve hastanın hasta merkezli iletişime dâhil olduğunu göstermektedir.

Araştırmada kanser hastalarının hasta katılım düzeyini ölçmeye yönelik olarak kullanılan “Hasta Katılım Ölçeği”nden elde edilen genel ortalamaları 4 üzerinden 3,64’tür. Çalışma bulgularına göre hastaların yüksek düzeyde hasta katılımı davranışı sergilediği görülmektedir. Buna göre, hastaların bakımları sürecinde duygusal, davranışsal ve bilişsel yeterliliklerini kullanıp sağlık çalışanları ile birlikte hareket edip tedaviye katılım sürecine dâhil oldukları ifade edilebilir. Bu bulgu literatürdeki çeşitli çalışmalarla uyumludur (Siembida ve diğerleri, 2018; Wang, 2016). Amerikan Tıp Enstitüsü Amerika Birleşik Devletleri’nde kanser tedavisinin kalitesini iyileştirmek için birincil itici güç olarak hasta katılımına odaklanan bir çerçeve geliştirmiştir (Institute of Medicine, 2013). Hasta katılımı hastaların kendi sağlık bakımlarında oynayacakları önemli bir role sahip olduklarını kabul etmektedir. Hastaların, sağlık bilgilerinin okunması, anlaşılması ve bunlara göre hareket edilmesini (sağlık okuryazarlığı), uygun tedavileri veya yönetim seçeneklerini seçerek sağlık çalışanları ile birlikte çalışmayı (ortak karar verme) ve sağlık hizmetlerinin süreçleri ve sonuçları hakkında geri bildirim sağlamayı (kalite iyileştirme) içermektedir (Coulter, 2012). Hasta katılımını gerçekleştirebilen hastalar kendi sağlık bakımlarını yönetebilmektedir. Bu hastaların önerilen tarama testlerini alma olasılıkları daha yüksek, tıbbi maliyetleri daha düşük, sağlığı geliştirici öz-yönetim davranışlarında bulunma düzeyleri yüksek ve kaliteli bakım alma algıları daha yüksektir (Greene ve Hibbard, 2012; Hibbard ve diğerleri, 2007; Hibbard ve Greene, 2013). Bu araştırmada hasta katılım düzeylerinin yüksek çıkmasına karşın literatürde bu sonucun aksine farklı bulguların elde edildiği çalışmalara rastlamak mümkündür. Ölmez ve Barkan (2015)’in Ankara’da 400 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, katılımcıların tedavi süreçlerine katılımlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Unal (2018)’in Gümüşhane’de 443 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hasta katılım düzeylerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bulgulardaki farklılıkların araştırmaya alınan hasta popülasyonu ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin, Unal (2018)’in çalışmasında katılımcılar daha önceden herhangi bir sağlık hizmeti almış bireyler iken bu çalışmadaki katılımcılar

kanser hastası kişiler olup bu hastalar, hastalığın ciddiyetine bağlı olarak hastalık sürecine daha çok katılım sağlamaktadır.

Araştırmada kanser hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalite algılarını ölçmeye yönelik EuroQol Grup tarafından geliştirilen “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır (EuroQol Grup, 2022). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fiziksel, duygusal (veya psikolojik) ve sosyal alanları içeren çok boyutlu değerlendirmeleri ifade eder ve ayrıca bilişsel işlev, cinsellik ve maneviyat gibi diğer alanları da içerebilmektedir (Osaba, 2011). Bu çalışma kapsamında hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ortalamaları 0,48’dir. Elde edilen bulgu, hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir. Buna göre, katılımcıların hastalığın verdiği bedensel, duygusal, manevi ve bilişsel yönün hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkilediği ifade edilebilir. Çalışma bulgusu literatürde kanser hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerini ölçmeye yönelik gerçekleştirilen çalışmalarla uyumludur (Pınar ve diğerleri, 2008; Aksoy, 2018; Kutlutürkan ve diğerleri, 2019; Sarıcı, 2021). Hekimler ve politika yapıcılar, hasta yönetimi ve politika kararlarını bilgilendirmek için sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmenin önemli olduğunu belirtmektedir (Guyatt ve diğerleri, 1993). Bununla beraber, Granai ve diğerlerinin (1991) kanser hastaları üzerine yaptıkları bir çalışmada, hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesi, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde giderek daha önemli bir ölçü olarak değerlendirilmektedir. Araştırma kapsamında hastaların genel olarak hizmet kalite algılarının ortalaması 4 üzerinden 2,90 olarak bulunmuştur. Elde edilen puan, hastaların hizmet verilen alana ilişkin kalite algısının orta seviyenin üzerinde olduğunu göstermektedir. Buna göre, hastaların beklentilerinin karşılandığı ve hizmet sunum noktasında ciddi düzeyde sorunlarla karşılaşmadığı ifade edilebilir. Bu düzeyin daha da yükseltilmesi ile hastaların tedavi süreçlerine uyumlarının da yükseleceği, sağlık ve motive edici yaşam kalitesinin ortaya çıkacağı beklenmektedir. ABD’de erken evre meme kanseri 374 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların %55’i kanser bakımlarını mükemmel olarak değerlendirmiştir (Bickell ve diğerleri, 2012). Türkiye’de 300 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada

hastaların hizmet kalite algılarına yönelik ortalamaları 5 üzerinden 4,07 olarak tespit edilmiştir (Genç, 2019). Çin’de 202 kanser hastası ile gerçekleştirilen bir araştırmada kanser hastalarının hizmet kalitesi algısı ortalamaları 5 üzerinden 3,80 olarak bulunmuştur (Ning ve diğerleri, 2021). ABD’de farklı kanser türlerine sahip 1,490 kanser hastası ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, hastaların %77’si hizmet kalitesini mükemmel veya çok iyi olarak değerlendirmişlerdir (Weaver ve diğerleri, 2014). Çalışmanın bulguları ile benzer bulgular olmasına rağmen hizmet kalitesini etkileyen faktörlerin varlığı ve çeşitli ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalar hizmet kalitesi algısının da farklılaşabileceğini göstermektedir. Hizmet kalitesi algısındaki farklılığı etkileyebilecek olası bir diğer neden ise, araştırma katılımcılarının hizmet kalitesi algısına olan bakış açılarının birbirinden farklılık göstermesi ile ilgili olabileceğidir. Diğer bir deyişle, hastaların hizmet kalitesine yüklediği anlam birbirinden farklılık gösterebilmektedir.

Hasta tatmini kaliteli sağlık hizmetinin zamanında, verimli ve hasta merkezli olarak sunulması ile ilişkili önemli bir faktördür (Prakash, 2010). Araştırma kapsamına “Hasta Tatmininin Kısa Değerlendirmesi (The Short Assessment of Patient Satisfaction-SAPS)” ölçeği kullanılarak hastaların hasta tatmin düzeyleri incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında kanser hastalarının hasta tatmin ölçeğinden elde ettikleri genel ortalama 4 üzerinden 3,40’tır. Bu değer, hastaların tatmin düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, hastaların tedaviye uyum sağlamaları ve iyilik hallerinin sürdürülebilirliği açısından oldukça değerlidir. Saygılı ve Çelik (2020) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, kanser hastalarının genel hizmetten tatmin ortalamaları 3,2 iken palyatif bakım hizmetlerinden tatmin ortalamaları 3,6 olarak tespit edilmiştir. Ankara’da 80 jinekolojik kanser hastası ile gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların %80’inin tatmin puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Vural ve Vural, 2013). Kanser teşhisi, hastalar üzerinde önemli bir stres yaratmakta ve hayatlarının birçok alanında önemli değişiklikler yapmalarını gerektirmektedir. Bu noktada, kanser hastalarının karmaşık bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve memnun edilmesi için sağlık hizmeti sunucularından önemli talepleri bulunmaktadır (Wiggers ve diğerleri, 1990).

6.2.TEK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Araştırma kapsamında kanser hastalarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutları ile ilişkili değişkenleri tespit etmek amacıyla tek değişkenli analizler gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen bu analizler ile kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinin hastaların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir, esas geliri kazanma durumu, çalışma durumu, ikametgah, eğitim durumu, dil engeli) hastalıkla ilgili faktörlere (kanser türü, kanser evresi, tedavi türü, tedavi süresi, komorbidite, cerrahi işlem, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu) kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanıma ilişkin faktörlere (erişim sorunu, hastaneye başvuru sıklığı, hizmet alım şekli) ve ilişki faktörlerine (personel ile iletişim süresi, hekime güven) göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Araştırma kapsamında hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin yaş, medeni durum, gelir, esas geliri kazan kişi olup olmama durumu, çalışma durumu, ikametgah, eğitim durumu, dil engeli yaşama durumu, tedavi türü (kemoterapi-diğer), komorbidite durumu, cerrahi işlem geçirme durumu, tedaviye erişim sorunu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Öte yandan, hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin cinsiyet, kanser türü, kanser evresi, tedavi süresi, fiziksel sağlık durumu, ruhsal sağlık durumu, hastaneye başvuru sıklığı, kuruma başvuru şekli, personel ile iletişim süresi ve hekime güven duyma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir.

Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular ile benzer veya farklı bulgulara sahip çalışmalara literatür incelemesi sonucunda ulaşılmıştır. Örneğin, 176 kanser hastası ile gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçlarına göre, hastaların eğitim, yaş, çalışma durumu, gelir, sigortalılık durumu (özel-genel sigorta), tanıda geçen süre, tedavi alma veya almama durumlarına göre hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına yönelik anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir (Pozzar ve diğerleri, 2021). Benzer şekilde ABD’de 6,369 kişinin verilerinin kullanılarak hizmet sunucu iletişiminin değerlendirildiği bir

çalışmada, incelenen sosyo-demografik değişkenlerin hiçbirisine göre hasta merkezli iletişim ortalamalarının farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Rutten ve diğerleri, 2006). Bir başka çalışmada ise hasta merkezli iletişim ortalamalarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni duruma göre anlamlı farklılıklar göstermediği ancak çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya konulmuştur (Calo ve diğerleri, 2014). Aşağıda alt başlıklar halinde hasta merkezli iletişimin belirleyicilerine yönelik tartışmalar yürütülmüştür.

Sosyo- Demografik Faktörler

Bu çalışmada hasta merkezli iletişimin belirleyicileri olan sosyo-demografik faktörler kapsamında yaş değişkeni incelenmiş ve hastaların yaşlarına göre hasta merkezli iletişime yönelik değerlendirmelerinde bir farklılık bulunmamıştır. Elde edilen bu sonuç, araştırmaya katılanların yaşları bağlamında hasta merkezli iletişimle ilgili değerlendirmelerinin birbirine yakın olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Ayanian ve diğerleri (2010) ile Blanch-Hartigan ve diğerlerinin (2016) yaptıkları çalışmalarda elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Söz konusu çalışmalarda, kanser hastalarının yaşlarına göre iletişim kalitesi değerlendirmelerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı ortaya konulmuştur. Türkiye’de Adana il merkezinde gerçekleştirilen bir diğer araştırmada da, hasta merkezlilik algısının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Uludağ, 2016). Literatürde yaşa göre hasta merkezli iletişime yönelik değerlendirmelerin anlamlı bir şekilde farklılaştığını gösteren çalışmaların da olduğu görülmüştür. Yaş, hasta-hizmet sunucu ilişkisinde önemli bir faktör olabilir ve hasta merkezli iletişimin etkinliğini etkileyebilmektedir. Araştırmalar, yaşın hastaların sağlık hizmetlerini nasıl algıladıklarını ve deneyimlediklerini etkileyebileceğini ve sağlık hizmeti sunucularıyla iletişim söz konusu olduğunda yaşlı ve genç hastaların farklı tercihlere ve ihtiyaçlara sahip olabileceğini göstermektedir (DeVoe, 2009). Bir çalışmada, 55 yaş altı katılımcıların hasta merkezli iletişim alt boyutlarından duygulara yanıt verme ve hasta öz yönetimini etkinleştirme alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalar daha yaşlı katılımcıların ortalamalarından yüksek bulunmuştur (Treiman ve diğerleri, 2018). DeVoe ve diğerleri (2009), yaşlı hastaların genç hastalara göre daha olumlu hasta merkezli iletişime sahip

olduğunu ortaya koymuştur. Arora ve diğerleri (2011) benzer şekilde yaşlı hastaların daha yüksek hasta merkezli iletişim düzeylerine sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Bir diğer araştırmada, 18-34 yaşındakilere kıyasla 65 yaş üstü hastaların daha iyi hasta merkezli iletişim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (Wang, 2016). Yaşlı hastaların daha yüksek hasta merkezli iletişim düzeylerine sahip olmalarının diğer hastalara göre daha sık klinik ziyaretlerde bulunmaları ve bu durumun yaşlı hastaların klinik ziyaretlerde sağlık profesyonelleri ile daha güçlü bir ilişki kurmalarına olanak tanınmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Spooner ve diğerleri, 2016). Sağlık hizmeti sunucularının yaşa bağlı bu farklılıkların bilincinde olmaları, yaşlı ve genç hastalarının farklı ihtiyaç ve tercihlerini dikkate almaları önem arz etmektedir (Moudatsou ve diğerleri, 2020). Bu bilgiler ışığında, hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinde sağlık okuryazarlık düzeylerinin de rol alabileceği düşünülmektedir. Zira hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının yaş ile birlikte doğrusal bir eğilim kazanmadığı bazı gruplarda yaşlı bireylerin bazı gruplarda ise daha genç bireylerin hasta merkezli iletişim ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılık ve stabil olmayan durumun bireyin kişisel özelliklerine ve iletişime açıklığına bağlı olabileceği de düşünülmektedir. Ancak bu çalışma kapsamında bahsi geçen farklılıklar tespit edilmemiştir. Bu durumun olası nedenleri arasında; sağlık okuryazarlık düzeyinin etkisinin olduğu ayrıca çalışmanın gerçekleştirildiği bölgede katılımcı genelinin ileri yaşa ve düşük eğitim düzeyine sahip olmasının hastaların tedavi planlarını anlama ve takip etme becerilerini etkileyebileceği dolayısıyla yaş değişkeninin hasta merkezli iletişimde farklılığa yol açmadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından birisi olan duygulara önem verme alt boyutunda elde edilen ortalamalar cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Erkek hastaların duygulara önem verme boyutuna yönelik ortalamaları kadın hastalara göre daha yüksektir. Erkek hastaların iletişim süreçlerinde kadın hastalara kıyasla duygulara daha çok önem verdiği ifade edilebilir. Hasta merkezli iletişimin sosyo-demografik faktörler ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, hasta merkezli iletişim düzeyinin kadın ve erkekler arasında farklılaştığı ancak bu farklılığın ölçeğin alt boyutlarından biri olan belirsizliği yönetme

alt boyutunda gerçekleştiği ve kadın hastaların erkeklere kıyasla belirsizliği yönetme alt boyutundan elde ettikleri ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016). 501 kolektoral kanser hastası ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise kadınların erkeklere göre bilgi değişimi, iyileştirici ilişkileri teşvik etme, duygulara önem verme, belirsizliği yönetme alt boyutlarına yönelik algılarının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Treiman ve diğerleri, 2018). Öte yandan, Uludağ (2016) çalışmasında, cinsiyet ile hasta merkezlilik algısı arasında anlamlı farklılık olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Wang (2016)'ın çalışmasında da benzer şekilde hastaların cinsiyetlerine göre hasta merkezli iletişim ile ilgili değerlendirmelerinin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Erkek hastaların kadın hastalara göre hasta merkezli iletişim ortalamalarının daha yüksek olmasının birkaç nedeni olabilir. Birincisi, kültürel faktörlerden kaynaklı olabilir. Bazı kültürler duygusal durumlara daha fazla önem vermektedir (Aydoğan ve Zemestani, 2014). Erkek hastaların duygulara daha çok önem vermesi hastalık sürecinde daha çok hassaslaşmaları ve kadınlara göre duygusal konulara daha çok yoğunlaşmalarından kaynaklanabilir. İkincisi, hekim-hasta cinsiyet uyumundan kaynaklanabilir. Aynı cinsiyete sahip hekim ve hastaların açık sözlü olmaları ve iletişim kurabilmeleri çok daha kolay olabilmektedir. Kadın hastalar, hastalıkları ile ilgili olarak erkek hekimler ile bilgi alışverişinde bulunmaları konusunda isteksiz olabilirler ancak hekim-hasta cinsiyet uyumu varsa hastaların hisleri konusunda rahatlıkla konuşabilecekleri belirtilmektedir (Keating ve diğerleri, 2002). Üçüncüsünü ise sosyal bilimciler sosyal hiyerarşi teorisiyle açıklamaktadırlar. Bazı sosyal bilimciler, erkeklerin genel olarak sosyal hiyerarşide daha yüksek statüye sahip olduğunu ve kadınlara göre daha yüksek düzeyde sosyal baskınlık yönelimi gösterme eğiliminde olduklarını ve bu durumun da iletişim için kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu dolayısıyla hastaların duygularını rahat bir şekilde dışa vurabileceklerini belirtmektedir (Pratto ve diğerleri, 1994).

Bu çalışmada kanser hastalarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Kanser hastalarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemesinin araştırma katılımcılarının büyük çoğunluğunun evli olmasından

kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde bu alanda elde edilen benzer sonuçlara bakıldığında; Kore’de gerçekleştirilen bir çalışmada hasta merkezli iletişimin medeni duruma göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir (Kim ve Sung, 2022). Wang (2016) çalışmasında benzer şekilde hasta merkezli iletişimin medeni duruma göre farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Bununla beraber, literatürde medeni duruma göre hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin farklılaştığı gösteren çalışmalara da rastlanılmıştır. Medeni durum, hasta-hizmet sunucu ilişkisinde önemli bir faktör olabilir ve hasta merkezli iletişimin etkinliğini belirleyebilir (Robards ve diğerleri, 2012). Medeni durum, hastaların sağlık hizmetlerini nasıl algıladıklarını ve deneyimlediklerini etkileyebilmektedir. Örneğin evli ve bekâr hastalar sağlık hizmeti sunucularıyla iletişim söz konusu olduğunda farklı ihtiyaç ve tercihlere sahip olabilmektedirler. Öte yandan evli olan hastaların bilgi değişiminde bulunabileceği aile üyelerinin bulunması, bekâr hastalara göre daha yüksek bir bilgi değişimi ortalamasına sahip olması beklenebilir. Mazor ve diğerleri (2013) tarafından yapılan bir çalışmaya göre aile üyeleri ve hekim arasında yapılan bilgi alışverişi deneyimlerinin hasta merkezli iletişim düzeyini artırdığı görülmüştür. Buna göre hasta merkezli iletişimin medeni duruma göre değişebileceği ve evli hastaların bekâr olanlara göre hasta merkezli iletişim düzeylerinin daha yüksek olabileceği ifade edilmektedir. Ancak bu çalışmanın yapıldığı bölgenin daha çok geniş ailelerin ve akraba bağlarının yoğun olduğu bir yer olması hem bekâr hem de evli hastaların hasta merkezli iletişim ortalamalarının yüksek ve birbirine yakın olmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışma kapsamında hastaların hasta merkezli iletişim puanları gelirlerine göre farklılaşmamaktadır. Elde edilen bu bulgu, Wang (2016)’ın çalışmasında elde edilen bulgular ile benzerlik göstermekte iken literatürde gelirin hasta merkezli iletişimin bazı boyutlarının önemli bir belirleyicisi olduğunu ortaya koyan bazı çalışmalar da mevcuttur (Blanch-Hartigan, 2016; Pozzar ve diğerleri, 2021). Örneğin Uludağ (2016)’ın çalışmasında hasta merkezlilik ile ilgili değerlendirmelerin gelire göre farklılaştığı ve orta düzeyde geliri olan katılımcıların hasta merkezlilik algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında hastaların tümü genel sağlık sigortası kapsamındadır ve sağlık hizmetlerini ücretsiz bir şekilde almaktadır. Gerek genel sağlık sigortasına sahip olmaları, gerek pek çoğunun gelir getirici bir iş

yapamamaları bu değişkene göre farklılıkların bulunmamasının nedenleri arasında gösterilebilir.

Çalışma kapsamında hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinin çalışma durumlarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Calo ve diğerleri (2014) tarafından 450 hasta ile gerçekleştirilen araştırmaya göre de hasta merkezli iletişim düzeyi çalışma durumuna göre farklılık göstermemektedir. Gerek çalışma kapsamında ulaşılan kanser hastalarının büyük bölümünün çalışmıyor olması gerek hastaların sürekli bir şekilde tedavi görmesi ve aldıkları tedavinin zor ve zahmetli olması hastaların tedavi sürecinde aynı zamanda iş göremeyecek duruma gelmeleri nedeniyle çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edememiş olabilir.

Bu çalışmada kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinin yaşadıkları ikamet yerine (kır-kent) göre farklılık göstermediği görülmüştür. İkamet, iletişim ilişkisinde önemli olabilir ve hastaların sağlık hizmetleri algısını ya da deneyimlerini etkileyebilmektedir. Bu durum kentsel veya kırsal alanlarda yaşayan hastaların sağlık hizmeti sunucuları ile iletişim söz konusu olduğunda farklı ihtiyaç ve tercihlere sahip olmalarından kaynaklanabilmektedir Kentte yaşayanların birçok açıdan (gelir, eğitim vs.) kırdaki yaşayanlara göre daha avantajlı durumda olması sebebi ile hasta merkezli iletişim düzeylerinin kentsel alanlarda yaşayanlarda daha yüksek olması beklenir. Oysa mevcut çalışmaya bakıldığında; kır veya kentte yaşayanların hasta merkezli iletişim düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; mevcut çalışmanın sonuçları ile uyuşmayan çalışmaların da olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılmış olan bir çalışmadan elde edilen bulgulara göre; kentte yaşayan hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinin kırdaki yaşayanlara göre daha düşük çıktığı rapor edilmiştir (Wallace ve diğerleri, 2008). Benzer şekilde Çin’de kent merkezinde yaşayan 452 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmanın sonucuna göre, sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasında iletişim kalitesinin zayıf olduğu tespit edilmiştir (Su ve diğerleri, 2022). Öte yandan başka bir çalışmaya göre; kırsal alanda ikamet eden hastaların duygulara önem verme alt boyutu ortalamalarının kentte yaşayan hastaların duygulara yanıt önem verme ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Pozzar ve diğerleri, 2021). Bazı çalışmalarda kırdaki yaşayanların bazı

çalışmalarda kentsel alanlarda yaşayan hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinin farklılık göstermesi kültürel farklılıklardan ve sağlık sistemlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu alışma kapsamında hasta merkezli iletişimin eğitim değişkenine göre istatistiksel olarak farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Bu araştırma kapsamında katılımcılarının büyük bir çoğunluğunun ilköğretim düzeyinde bir eğitime sahip olması hasta merkezli iletişim puanlarının eğitim değişkenine göre farklılaşmamasının bir nedeni olabilir. Elde edilen bu sonuç literatür bulguları ile desteklenmektedir. Literatür incelendiğinde, hasta merkezli iletişim düzeyi ile eğitim arasında bir ilişki tespit etmeyen çalışmalara rastlamak mümkündür (Rademakers ve diğerleri, 2012; Wang, 2016; Uludağ, 2016). Bununla birlikte eğitim düzeyi yükseldikçe hasta merkezli iletişim düzeyinin artması beklenmektedir (Rademakers ve diğerleri, 2012). Literatürde hasta merkezli iletişimin eğitime göre farklılaştığını gösteren çalışmalar mevcuttur. ABD’de 1794 kanser hastasının verileri ile gerçekleştirilen bir araştırma sonucuna göre, eğitim düzeyi yüksek hastaların hasta merkezli iletişim puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016). Kaplan ve diğerleri (1995) lise veya daha az düzeyde eğitime sahip katılımcıların, hasta-hizmet sunucu iletişiminde diğer gruplara göre daha düşük puanlara sahip olduğunu ortaya koymuştur (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016). Treiman ve diğerleri (2008) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, niversite eğitimine sahip hastaların lise ve altında eğitim seviyesine sahip hastalar ile karşılaştırıldığında iyileştirici ilişkileri teşvik etme, duygulara yanıt verme ve belirsizliği yönetme algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Treiman ve diğerleri, 2018).

Çalışma kapsamında hastaların hasta merkezli iletişim düzeyleri dil engeli yaşayıp yaşamama durumlarına göre farklılık göstermemiştir. Elde edilen bu bulgunun aksine literatürde dil engelinin hasta merkezli iletişim düzeyini etkilediğini gösteren çalışmalara ulaşmak mümkündür. Örneğin, Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre dil engeli sebebi ile hasta, hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında iletişimde bazı problemler yaşandığı rapor edilmiştir (Abohalaka ve Yeşil, 2021). Dil problemlerinin iletişimi engelleyen önemli bir bariyer olduğu bilinmektedir. Dil engeli hasta-hizmet

sunucu ilişkisinde hasta merkezli iletişimin etkinliğini etkileyebilmektedir. Bir hasta, sağlık hizmeti sunucusunun dilini konuşmakta veya anlamakta zorluk çekiyorsa, bu hastanın tedavi planlarını anlama ve takip etme becerisini etkileyebilecek şekilde yanlış anlaşılmalara ve iletişimde zorluklara yol açabilir (Al Shamsi ve diğerleri, 2020; Gerchow ve diğerleri, 2021). Hasta merkezli iletişimi etkileyen bir değişken olan bireyin iletişim becerileri önem atfedilmesi gereken bir olgudur (King ve Hoppe, 2013). Her ne kadar bu araştırmada hasta merkezli iletişimin dil engeline değişkenine göre farklılaşmadığı tespit edilse de hastanın dil engelini aşarak iletişimi farklı şekillerde gerçekleştirebildiği ortaya atılmaktadır. Şöyle ki sağlık hizmeti ortamında aile üyeleri, hasta ile hekim arasındaki iletişim ilişkisini düzenleyebilmektedir. Ayrıca aile üyeleri/refakatçiler iletişim etkileşimini (örn. hastaların tıbbi bilgiyi edinmesine ve anlamasına yardımcı olabilir) kolaylaştırıcı bir rol üstlenebilmektedir (Epstein ve Street, 2007). Kanser hastalarına sıklıkla eğitilmiş ve yetişkin refakatçiler eşlik etmektedir. Araştırmanın yürütüldüğü bölgede ayakta veya yatarak kanser tedavisi gören kanser hastaların aile ilişkilerinin yoğun olması ve kalabalık aile nüfuslarına sahip olmaları aynı zamanda birkaç jenerasyonun bir arada yaşadığı geleneksel aile tipinin halen varlığını sürdürüyor olması gibi durumlar hastaların dil engeli yaşamaları durumunda refakatçileri eşliğinde bu durumu aşabilmelerine neden olabilmektedir. Diğer taraftan bölgede görev yapan çok sayıda sağlık çalışanı gerektiğinde hastaları ile aynı dilde iletişime geçebilmekte, kendilerini bilgilendirebilmektedir. Söz konusu durumlar olası bir dil engelinin aşılmasının ve hasta merkezli iletişimin dil engeline göre farklılaşmamasının nedenleri arasında düşünülebilir.

Hastalıkla İlgili Faktörler

Araştırma kapsamında kanser hastalarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının kanser türlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Meme kanseri hastalarının bilgi değişimi boyutuna ilişkin ortalamalarının Lenfoid ve Hematopoetik kanseri hastalarının ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Meme kanseri olan hastalar genellikle ayakta tedavi görmekte ve sağlık kurumuna kemoterapi almak için sıklıkla başvurmakta ve hizmet sunucu ile çok sık karşılaşmaktadır. Ayrıca fiziksel ve ruhsal sağlık durumları Lenfoid ve Hematopoetik

kanser hastalarına göre daha iyidir. Lenfoid ve Hematopoetik kanser hastaları sıklıkla yatarak tedavi almaktadır. Meme kanseri hastaları Lenfoid ve Hematopoetik kanseri hastalarına göre hizmet sunucu ile bilgi alışverişini sıklıkla gerçekleştirmekte ve bu durum ise bilgi paylaşımını kolaylaştırmaktadır. Farklı kanser türlerinin farklı tedavi seçenekleri ve prognozları olabilir ve hastaların spesifik kanser türlerine bağlı olarak farklı endişeleri ve iletişim ihtiyaçlarının olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada elde edilen bulguların aksine Treiman ve diğerleri (2018) kanser türüne yönelik olarak hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinde anlamlı bir farklılık tespit edememiştir.

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişim düzeyi ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin kanser evrelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiş ve hastaların; bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme, belirsizlik ile başa çıkma alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamalarının kanser evrelerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Üçüncü evre hastaların bilgi değişimi ve belirsizlik ile başa çıkma alt boyutlarından elde ettikleri ortalamaları, birinci ve ikinci evre hastaların ortalamalarından daha yüksektir. Üçüncü evre hastaların doktorlar ve sağlık çalışanları ile ilişkiler, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamalar, dördüncü evre hastaların ortalamalarından daha yüksektir. Bu çalışma kapsamında hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin kanser evrelerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı ve önemli bir belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında elde edilen bulgulara göre üçüncü evre hastaların bilgi değişimi ve belirsizlik ile başa çıkma alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalarının birinci ve ikinci evre hastaların ortalamalarından daha yüksek olması hastalık sürecinde daha riskli bir durumda olmaları ve daha sık bilgiye maruz kalmalarından belirsizliği yönetebilmekte daha tecrübeli olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Birinci ve ikinci evre hastalar, hastalığın başında olmalarından dolayı yaşamış oldukları endişe sebebiyle belirsizliği yönetme konusunda sorun yaşayabilirler, dolayısıyla belirsizlikle başa çıkmada zorlanabilirler. Üçüncü evre hastalarının doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, karar verme, duygulara önem verme, kendi

kendine ilgilenme alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamaların dördüncü evre hastaların ortalamalarından daha yüksek olması dördüncü evre hastaların daha çok bakıma ihtiyaç duymalarından dolayı kendileri ile ilgilenememelerine, çoğunlukla iletişim kurmakta zorluk çekmelerinden dolayı doktor ve diğer sağlık çalışanları ile iletişimlerinin sekteye uğramasına ve palyatif hasta özelliklerini sergileyen bir hasta grubu olmaları nedeniyle karar vermede güçlük yaşamalarına neden oluyor olabilir. Japonya'da üçüncü ve dördüncü evre kanser hastaları ile gerçekleştirilen bir çalışmada üçüncü evre kanser hastalarının duygulara önem verme alt boyutundan elde ettikleri ortalamaların daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bu hasta grubunun hekimlerinden daha fazla "empatik iletişim" gerçekleştirmelerini arzuladıkları görülmüştür (Umezawa ve diğerleri, 2015). Bununla birlikte literatürde, hasta merkezli iletişimin hastaların kanser evrelerine göre farklılaşmadığını ortaya koyan çalışmalara da rastlanılmıştır (Treiman ve diğerleri, 2018; Pozzar ve diğerleri, 2021).

Tedavi türü açısından bakıldığında kemoterapi ve diğer tür tedavileri alan hastaların hasta merkezli iletişim puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Treiman ve diğerleri (2018) hastaların tedavi türlerine göre (kemoterapi almama durumu) hasta merkezli iletişim puanlarında anlamlı bir farklılık tespit etmemiştir. ABD'de akciğer ve kolon kanseri hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada bu bulguların aksine kemoterapi alan hastaların sağlık profesyonelleri ile daha sık temasa sahip olmaları nedeniyle daha iyi iletişim kurdukları tespit etmiş edilmiştir (Ayanian ve diğerleri, 2010). Hasta merkezli iletişim, bakımın karmaşıklığından (bir tedavi modunun mu yoksa birden fazla tedavi modunun mu kullanıldığı gibi) ve hastaların tedavi sürecinde hangi aşamada olduklarından etkilenebilmektedir (Treiman ve diğerleri, 2018). Bu çalışma kapsamında tedavi türünün hasta merkezli iletişim puanları üzerinde bir etkisi tespit edilmemiştir. Kemoterapi ve diğer tedavi türlerini alan kanser hastaları arasında hasta merkezli iletişim puanlarında anlamlı bir fark bulunmamasının birkaç olası nedeni olabilir: Hasta merkezli iletişim, tedavi türünden bağımsız olarak tüm kanser hastaları için bakımın önemli bir yönü olabilir. Çalışma kapsamında hastalar, aldıkları tedavinin türü ne olursa olsun, sağlık çalışanları ile iletişim konusunda benzer ihtiyaç ve beklentilere sahip olabilir. Hasta merkezli iletişimi

etkileyebilecek hastanın kültürel geçmişi veya sağlık hizmeti sunucusunun iletişim tarzı veya deneyimi gibi diğer faktörler etkili olabilir.

Çalışma kapsamında araştırmaya katılan hastaların belirsizlik ile başa çıkma alt boyutuna ilişkin ortalamalarının tedavi sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. 4 ay ve altı sürede tedavi gören hastaların belirsizlikle başa çıkma boyutunda elde ettikleri ortalamalar 13-30 ay arasında tedavi gören hastaların ortalamalarına göre daha düşüktür. Kanser hastalarında kişinin yaşamı üzerindeki kontrol kaybı ve belirsizlik duyguları yaygın olarak verilen tepkiler arasındadır (Arora, 2003). Yeni tanı konulmuş hastaların tedavinin başlangıcında olduğu ve kanser tedavisi süresince belirsizlik içerisine girebileceği ve endişe yaşayabileceği belirtilmektedir. Ancak belirli bir sürenin üzerinde tedavi gören hastalar kanserle yaşamayı kabullenmiş ve kanser hakkında yeterli bilgiye sahip olmakla birlikte orta ve uzun vadede kendilerini neyin bekleyeceğini tahmin edebilmektedirler. Bu sebeplerden dolayı 4 ay ve altı süredir tedavi gören hastaların belirsizlikle başa çıkma düzeylerinin daha düşük çıkmış olması beklenen bir durumdur. Hasta merkezli iletişim, hasta ve hizmet sunucu arasında devam eden iletişim ve işbirliğini kolaylaştırmaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca tedavi planında gerektiği gibi daha zamanında ve etkili ayarlamalar, tedavi süresinin optimize edilmesine ve böylelikle belirsizlikle başa çıkmaya yardımcı olabilir.

Çalışma kapsamında katılımcıların hasta merkezli iletişim düzeylerinin komorbidite değişkenine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç, kanser hastalarının mevcut hastalıklarının yanında ek hastalığa sahip olma durumlarının hasta merkezli iletişim puanları üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Bu durum hizmet sunucusunun iletişim ilişkisinde güven oluşturmak, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve hasta memnuniyetini sağlamak için hastanın komorbidite durumundan bağımsız olarak hasta merkezli iletişim kanallarını kullanmalarından kaynaklanıyor olabilir. Hekimler, kanser hastalarında hasta morbiditesini kontrol etmenin zorluğuyla sıklıkla karşılaşmaktadır (Epstein ve diğerleri, 2005). Bu durum kronik hastalığı olan hastalarda hasta merkezli iletişimin komorbidite durumuna göre farklılaşmamasının önemli bir nedeni olabilir. Bununla birlikte, birden fazla kronik rahatsızlığı olan hastaların, hizmet sunucu ile etkili

bir şekilde iletişim kurma becerilerini etkileyebilecek fiziksel veya zihinsel sağlık sorunları yaşama olasılığı diğer hasta popülasyonuna göre daha yüksek olabilir. Bu durum, hasta merkezli iletişimin komorbidite değişkenine göre hasta merkezli iletişim düzeyinin farklılaşmamasının bir diğer nedeni olarak gösterilebilir.

Bu araştırma kapsamında cerrahi işlem geçirme durumuna göre hasta merkezli iletişim ve alt boyutları bazında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Buna göre, kanser hastası katılımcıların cerrahi işlem geçirme durumu bakımından gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak önemli olmadığı ifade edilebilir. Bu sonuç, cerrahi işlem geçiren ve geçirmeyen hastaların ihtiyaçlarının anlaşılması, kendilerine yeterli bilgi verilmesi ve hekimlerle güven oluşturma ile ilgili konularda birbirine yakın bakış açlarına sahip olduklarını göstermektedir. Literatürde bu bulgunun aksine farklı bir çalışma sonucuna göre ameliyat olan veya olacak olan katılımcılar, ameliyat olmayan veya olmayacak olan katılımcılarla karşılaştırıldığında genel olarak daha iyi iletişim düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir ve iyileştirici ilişkilerini teşvik etme ve belirsizliği yönetme alt boyutlarında daha yüksek ortalamalara sahip oldukları tespit edilmiştir (Treiman ve diğerleri, 2018).

Fiziksel sağlık durumu açısından değerlendirildiğinde ise hastaların; bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme, belirsizlik ile başa çıkma alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamaları hastaların fiziksel sağlık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Fiziksel sağlık durumunu kötü olarak belirten hastaların bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme ve belirsizlik ile başa çıkma boyutlarından elde ettikleri ortalamalarının fiziksel sağlık durumunu iyi ve orta olarak ifade eden hastalardan daha düşüktür. Treiman ve diğerleri (2018) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre de fiziksel sağlık durumu kötü olan hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutları bazında daha düşük ortalamalara sahip olduğu tespit edilmiştir. ABD Sağlık Bilgisi Ulusal Eğilimler (HINTS) veri setinden 6369 yetişkin bireyin verilerinin kullanıldığı bir diğer araştırma sonucuna göre, genel sağlık durumlarını orta veya kötü olarak belirten katılımcıların sağlık durumunu iyi olarak

ifade eden katılımcılara göre sağlık iletişimi düzeylerinin önemli ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir (Rutten ve diğerleri, 2006). Wang (2016) kanser hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında sağlık durumunu kötü olarak niteleyen hastaların sağlık durumunu iyi olarak niteleyenlere göre hasta merkezli iletişim ortalamalarının daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Sağlık durumu kötü olan hastalar, sağlık profesyonelleri ile daha az iletişim kurmakta ve özellikle hekimleri ile iletişim kurmak için aile üyelerine daha fazla güvenebilmektedirler. Ayrıca, sağlık profesyoneli bu gruptaki (fiziksel sağlık durumu kötü olan) hastaların iletişime açık olamayacaklarını düşünmekte dolayısıyla bu tutumun da iletişimin sekteye uğraması konusunda önemli etkilere sahip olduğu düşünülmektedir (Treiman ve diğerleri, 2018). Sağlık durumu kötü olan kanser hastalarının muhtemelen daha çok hasta merkezli iletişime ihtiyaç duyduğu ancak iletişimde sorunların olabileceği belirtilmektedir. Dolayısıyla, hayatta kalma ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik gerçekleştirilecek müdahalelerde, olağan bir bakım kaynağına sahip olmayan ve sağlığı daha kötü olan hastaların hedef alınmasının hasta merkezli iletişimi gerçekleştirmeye yönelik önemli olabileceği vurgulanmaktadır (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2016).

Araştırmaya katılan hastaların ruhsal sağlık durumları açısından değerlendirme yapıldığında; bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme, belirsizlik ile başa çıkma alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının ruhsal sağlık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Ruhsal sağlık durumunu kötü olarak belirten hastaların bilgi değişimi, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme, belirsizlikle başa çıkma ve genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının sağlık durumunu iyi ve orta olarak ifade eden hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bir çalışmada ruhsal sağlığı mükemmel olan katılımcılar, orta/kötü düzeyde ruhsal sağlığı olan katılımcılarla karşılaştırıldığında karar verme, duygulara önem verme, kendi kendisi ile ilgilenme, belirsizlik ile başa çıkma boyutlarında daha yüksek ortalamalara sahip olarak bulunmuştur (Treiman ve diğerleri, 2018). DSÖ, ruh sağlığını *“bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda*

bulunabildiği bir iyilik hali” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2001). Ruh sağlığı, insan hayatının tüm yönlerine katkıda bulunmaktadır (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2020). Ruhsal sağlık durumunun korunması kanser hastalarının hastalığın yaratmış olduğu psikolojik durumlar ile baş etmelerine ve ruhsal iyi oluş durumlarını koruyarak hastalığa karşı kendilerini motive etmelerine yardımcı olacaktır. Ayrıca ruhsal sağlık durumu iyi olan hastaların sosyal işlevselliği daha fazla olacak ve böylelikle hasta merkezli iletişime daha açık olabileceklerdir.

Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımına İlişkin Faktörler

Araştırma kapsamında kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin faktörlerden sağlık hizmetlerine erişim değişkenine göre araştırma katılımcılarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim düzeyi hasta merkezli iletişim düzeyini etkilememektedir. Literatürde, kanser tedavisine erişimin, hastaların bakımları hakkında daha bilinçli kararlar vermelerini ve nitelikli hasta merkezli iletişim kurmalarına olanak sağlayabileceği ifade edilmektedir (Levit ve diğerleri, 2013). Hasta merkezli iletişimin sağlık hizmetlerine erişim değişkenine göre farklılaşmamasının birkaç nedeni olabilir. Sağlık çalışanları hasta merkezli iletişim konusunda eğitilmiş olabilir. Hastaların sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ne olursa olsun hasta merkezli iletişim konusunda eğitim alan sağlık çalışanları hastalarla etkileşimlerinde bu iletişim tarzını tutarlı bir şekilde uygulamış olabilirler. Hastalar benzer düzeyde bakım almış olabilir. Nitekim tüm hastaların kanser hastası olması belli bir tedavi protokülüne tabi olmalarını gerektirmektedir. Hastalar arasında sağlık hizmetlerine erişim düzeyi farklılık gösterse de aldıkları bakımın kalitesi benzer olabilir. Sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri ne olursa olsun hastalar benzer düzeylerde eğitim, kaynak ve destek almış olabilir ve bu da benzer düzeyde hasta merkezli iletişime katkıda bulunmuş olabilir. Diğer faktörlerin etkisi belirleyici olmuş olabilir. Kanser tedavisinde sağlık hizmetlerine erişim önemli bir faktör iken hasta tercihleri, kültürel faktörler ve hastalığın şiddeti gibi diğer faktörlerin hasta merkezli iletişim üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Bu faktörler, sağlık hizmetlerine erişimin etkisini gölgede bırakmış olabilir.

Araştırma kapsamında hastaların; bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, kendi kendine ilgilenme alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamaları kuruma başvuru sıklıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir. Bilgi değişimi, doktor ve sağlık çalışanları ile ilişkiler, kendi kendine ilgilenme alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişim düzeyi bazında kuruma ayda 1 kez başvuran hastaların ortalamaları kuruma ayda 2-3 kez başvuran hastaların ortalamalarından daha yüksektir. 450 Porto Rikolu hasta üzerinde gerçekleştirilen ve hasta-hizmet sunucu arasında gerçekleştirilen iletişimin kalitesini sosyo-demografik, sağlık hizmetlerine erişim, güvenilir bilgi kaynakları ve sağlık durumu değişkenlerine göre değerlendiren bir çalışmanın sonucuna göre, algılanan iletişim kalitesinin kuruma yılda 5-6 kez başvuran hastaların hasta merkezli iletişim düzeyinin arttığını göstermiştir (Calo ve diğerleri, 2014). Diğer taraftan Wang (2016) çalışmasında kuruma başvuru sıklığı ile hasta merkezli iletişim arasında anlamlı farklılıklar tespit edememiştir. Kurumu ayda bir ziyaret eden hastaların randevu süreleri daha uzun olabilir bu durum sağlık profesyonellerinin hasta merkezli iletişime daha fazla zaman ayırmasını sağlayabilir. Ayda bir kuruma gelen hastalar, hasta merkezli iletişim kurmak için daha fazla motive olabilir ve bakımlarına dâhil olmak için daha güçlü bir istek duyabilirler. Bu durum, tedavi sırasında daha yüksek düzeyde hasta merkezli iletişim ile sonuçlanabilir. Bir diğer neden ise çalışma kapsamına dâhil edilen hasta popülasyonunun özellikleri ile ilgili olabilir. Homojen bir hasta grubu ile gerçekleştirilen çalışma ile farklı hastalıklara sahip hastalar ile gerçekleştirilen çalışma sonuçları farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca kanser tedavisinde sağlık hizmetlerini sıklıkla kullanan kanser hastalarının genelde ileri evre kanser hastaları olmaları ve iletişime kapalı mental ve fiziksel özelliklere sahip olmaları nedeniyle kuruma başvuru sıklığı arttıkça hasta merkezli iletişim düzeylerinin düşmesinin gerekçesi olarak gösterilebilir.

Hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalarının hastaların kuruma başvuru türlerine göre de istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir. Bilgi değişimi, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler, kendi kendine ilgilenme, belirsizlikle başa çıkma alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişim düzeyi açısından ayakta tedavi alan hastaların ortalamalarının yatan hastalara göre daha

yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genel cerrahide tedavi gören 150 ayakta hasta 58 yatan hasta olmak üzere toplam 208 hastanın iletişim düzeyinin ölçüldüğü bir araştırmada da ayakta hastaların iletişim puanları yatan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olarak tespit edilmiştir (Newcomb ve diğerleri, 2018). Çalışma kapsamında yatan hastaların genellikle ayakta tedavi gören hastalara göre daha ağır bir hastalık profiline sahip olmaları, iletişim algılarının ayakta hastalara göre daha kısıtlı ve ihtiyaçlarını gidermede yardıma destek duyan bir hasta grubu olmaları ayakta hastaların hasta merkezli iletişim algılarının daha yüksek olmasının nedenleri olarak ifade edilebilir.

İlişki Faktörleri

İlişki faktörleri kapsamında öncelikle hizmet sunucu ile iletişim süresi değişkeni incelenmiştir. Hastaların hasta merkezli iletişimin duygulara önem verme alt boyutuna ilişkin ortalamalarının sağlık çalışanları ile olan iletişim sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir. Duygulara önem verme alt boyutunda 11-15 dk. arasında iletişim gerçekleştiren hastaların ortalamalarının 10 dk. ve altında iletişim gerçekleştiren hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İletişim süresinin kısıtlılığı hasta merkezli iletişimi gerçekleştirmenin önünde önemli bir bariyerdir (Ting ve diğerleri, 2016; Naughton, 2018). Verimli ve yeterli iletişim hekim-hasta arasında hasta merkezliliğini önemli ölçüde geliştirmekte ve hasta merkezli iletişim düzeyi üzerinde olumlu yönde etkiler yaratmaktadır (Maatouk-Bürmann ve diğerleri, 2016). Kişiyi bir bütün olarak ele alan (hasta odaklı iletişim) iletişim için harcanan zaman kanser hastasının hasta merkezli iletişim algısını iyileştirmede etkili bir unsur olacaktır (Clayton ve Dudley, 2009). Duygulara önem verme alt boyutunda iletişim süresinin artması ile hekim-hasta arasında empati ve anlayış geliştirilerek duygulara yönelik daha çok konuşmaların geçtiği ve iletişimin arttığı düşünülmektedir. Çin’de gerçekleştirilen bir çalışmada hasta merkezli iletişimin önündeki engellerden birisinin iletişim süresi olduğu belirtilmektedir (Ting ve diğerleri, 2016). Kanser hastalarına özgü tedavi ortamının oluşturulması ve kanser tedavisinin uzman ekipler ile sunulması, hastalar ile yeterli düzeyde iletişimin gerçekleştirilmesine neden olmaktadır.

Hastalar ile yeterli düzeyde iletişimin gerçekleştirilmesi istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Araştırma kapsamında hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına yönelik ortalamalarının hekime güven duymalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Hastaların; bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme, belirsizlik ile başa çıkma alt boyutlarına ilişkin ortalamaları ile genel hasta merkezli iletişim ortalamaları hekime güven duyma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir. Hekime güvenmiyorum veya kararsızım diyen hastaların hasta merkezli iletişim ve tüm alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalar hekime güveniyorum veya hekime çok güveniyorum diyen hastalara göre daha düşüktür. Güven, hasta-hekim ilişkisinin temel özelliklerinden birisidir (Pearson ve Raeke, 2000). Hastaların hekime olan güveni, hekimlerin dürüst ve yetkin olmasına, hastaların çıkarları doğrultusunda hareket etmesine ve gizliliklerini koruyacağına olan inançlarına dayanmaktadır (Fiscella ve diğerleri, 2004; Thom ve Campbell, 1997). Calo ve diğerleri (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, hekimine güvenen hastaların hasta merkezli iletişim konusunda daha olumlu geri bildirimler yaptıkları ve hekime çok güvenen hastaların iletişim düzeylerinin hekime güvenmiyorum diyenlere kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. ABD’de hasta ve hekimler üzerinde gerçekleştirilen bir başka çalışmanın sonucuna göre, hekime güvendiğini belirten hastaların hasta merkezli iletişim kalitesinin yüksek oluşu tespit edilmiştir (Fiscella ve diğerleri, 2004). Hasta merkezli iletişim becerisinin önemini vurgulayan bir diğer çalışmada, 90 kanser hastasıyla görüşme gerçekleştirilmiş ve sonuç olarak hekime güvenin önemi vurgulanmış ve hekime güvenin hasta merkezli iletişim üzerinde olumlu etkilerine değinilmiştir (Mechanic ve Meyer, 2000).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, hekim-hasta ilişkisinde güven kavramını ele alan ve güven duygularını geliştirmede iletişimin önemini savunan çalışmalar ile tutarlıdır (Hillen ve diğerleri, 2011). Dolayısıyla, hekim-hasta etkileşimini yönlendirmek için hastaların hekimlerine olan güven düzeylerinin oynadığı kilit rolün farkındalığı, her iki taraf arasındaki iletişimi nihai olarak geliştirmek için gerekli bir adım gibi

görülmektedir (Calo ve diğerleri, 2014). Hekimine güven duyan hastalar bilgi değişimini rahatlıkla gerçekleştirebilmekte, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile olan ilişkilerini güçlendirebilmekte, tedaviye karar verme konusunda ortak bir anlayış sergilemekte, duygularının anlaşıldığını algılamakta, hekim-hasta ilişkisinin güçlenmesiyle kendi hastalığı ile ilgilenebilmekte ve hastalığa ilişkin belirsizliğin üstesinden gelebilmektedir.

6.3. ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ SONUÇLARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Araştırmaya katılan kanser hastalarının hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerine etkilerini ortaya koymak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bu bölümde elde edilen bulgulara yönelik tartışmalar sunulmuştur.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının hasta merkezli iletişime yönelik değerlendirmelerinin hasta katılımı üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, hasta merkezli iletişimin alt boyutları hep birlikte hasta katılımındaki toplam varyansın yaklaşık %35'ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bilgi değişimi ile doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Buna göre, hastaların bilgi değişimine yönelik algılarının artması hasta katılımı düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır. Hekim-hasta iletişim ilişkisi hastanın tedaviye aktif katılımını gerektirmektedir. Hastalar, hizmet sunucular ve yöneticiler ile yapılan bir odak grup araştırmasına göre, hastalar, hizmet sunucular ve yöneticiler, işbirliği yoluyla güven oluşturmak, rolleri ve sorumluluklarının yanı sıra hedefleri açıkça belirlemek de dâhil olmak üzere hasta katılımını geliştirmede iletişimin önemli olduğu konusunda uzlaşmaya varmışlardır (Bellows ve diğerleri, 2015). Saha ve Beach (2011) tarafından 248 kişilik bir hasta grubu ile yapılan bir çalışmanın bulgularına göre; hasta merkezli iletişim düzeyi arttıkça hastanın hekimin kararına katılımının ve hekimin kararını onaylama düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada özellikle hekimin karar verirken hastaları ile paylaşmış olduğu bilgi düzeyi

arttikça hastaların katılım düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda, hemşireler tarafından hastalar ile yapılan iyi, dürüst, açık ve bilgi paylaşımına dayalı bir iletişimin, hasta katılımını arttırması yolu ile algılanan hasta tatminini arttırdığı ortaya konulmuştur (Bello, 2017; Ruben, 2016). Vietnam’da 18 yaş üstü en az bir kronik hastalığı olan 455 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçlarına göre hasta merkezli iletişim yaklaşımının (sözel olmayan iletişim becerileri ve empati) hasta katılımı ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (McKinley ve diğerleri, 2020). Bir diğer çalışmaya göre, genel olarak hasta merkezli iletişim düzeyinin hasta katılımını olumlu yönde etkilediği ortaya konulmuştur. Daha fazla hasta merkezli iletişimin hasta aktivasyonu ve hasta katılımını arttırdığı öte yandan sözsüz iletişim kapsamında değerlendirilen hasta ile daha az temasının kurulmasının ise daha az hasta katılımı ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Rathert ve diğerleri, 2017; Street ve diğerleri, 2014). Hastaların tedaviye uyum ve daha geniş olumlu sağlık davranışlarına katılmalarını sağlamak için etkili hasta merkezli iletişim stratejilerine ihtiyaç vardır. Önceki araştırmalar, daha fazla hasta merkezli iletişim yaklaşımlarını kullanan hekimlerin, hastalarla olumlu ilişkiler geliştirmesinin, olumlu hasta izlenimlerine ve iyileştirilmiş hasta sonuçlarına aynı zamanda hasta katılımına yol açmasının daha muhtemel olduğunu göstermektedir (McKinley ve diğerleri, 2020). Hastaların konsültasyonlarda daha aktif olmalarına yardımcı olmak, hekimlerin egemenliği yerine hastaları aktif katılımcılar olarak değiştirmeyi gerektirmektedir. Bu noktada hasta merkezli iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır. Hekimleri daha dikkatli, bilgilendirici ve empatik olmaları için eğitmek, rollerini otorite ile karakterize edilenden ortaklık, dayanışma, empati ve işbirliği hedefleri olan bir role dönüştürecektir (Epstein ve Street, 2011). Bu bağlamda elde edilen bulgular özellikle hastaların bilgi değişimine yönelik algılarının hasta katılımını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Hasta merkezli iletişimin bir alt boyutu olan bilgi paylaşımı, hastanın kendisi ile ilgili verilen tıbbi kararlara katılımı ile doğrudan ilişkili bir olgudur.

Hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanları ile olan ilişki düzeylerinin artması da hasta katılımı düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır. Etkili hasta merkezli iletişim, tedavi edici (terapötik) yaklaşımda ve hastanın tedaviye katılımını optimize etmede önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Ruben ve diğerleri, 2020). Literatürdeki

diğer bazı çalışmalar, hastaların hizmet sunucuları ile olan ilişki düzeylerinin artması ile hasta katılım düzeylerinin arttığını ortaya koymaktadır. Örneğin, Bossou ve diğerleri (2021) tarafından Togo’da 355 ayaktan hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmaya göre, hastalar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişkinin tıbbi bakım hizmetlerinin sunumunda önemli bir unsur olduğu, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile olan ilişki ve tıbbi hizmet sunucularıyla gerçekleştirilen etkileşimin hasta katılımını arttırdığı ortaya konulmuştur. Benzer bir şekilde Danimarka’da prostat kanseri hastalar üzerinde yürütülen bir çalışmada, hastaların hizmet sunucuları ile kurdukları ilişki düzeylerinin kararlara katılımlarını etkilediği sonucuna varılmıştır (Birkeland ve diğerleri, 2022). Sağlık okuryazarlığını, hekim-hasta iletişimini, ortak karar vermeyi ve hasta özyönetimini geliştirmeye yönelik müdahaleler, sağlık sisteminin tüm düzeylerinde artmaya başlamakta ayrıca hasta özerkliğine saygı ve hastanın tedavilerine katılım etkinliğinin yükseltilmesinde hastayı odağa alan hasta merkezli iletişimin önemi vurgulanmaktadır (Osborn ve Squires, 2012). Doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerin geliştirilmesi hekim-hasta ya da hasta-hizmet sunucu arasındaki empati duygusunun gelişmesine, kişilerarası iletişim kalitesinin yükselmesine neden olabilecek ve tedavi süreçlerinde hastanın biyopsikososyal durumunun da göz önüne alınarak tedavi süreçleri ve bakımla ilgili tüm süreçlerde hastanın katılımını önemli ölçüde etkileyebilecektir.

Bu çalışma kapsamında hasta merkezli iletişimin diğer alt boyutlarından olan karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme ve belirsizlikle başa çıkma alt boyutlarının hasta katılımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Karar vermenin paylaşılmasının, tüm sorumluluğun hastaya verilmesi anlamına gelmediği, hastanın bilgi alma ihtiyacının karşılanarak ortak karar vermek anlamına geldiğini ifade eden Stewart (2001), karar verme boyutunun anlamlı bir etkiye sahip olmamasının nedenini bu şekilde açıklamaktadır. Duygulara önem vermenin hasta katılımı üzerindeki anlamlı bir etkisinin tespit edilmemiş olması, hastaların tedavi seçenekleri üzerinde duygularından daha çok rasyonel seçenekler üzerine yoğunlaşmış olabilmelerinden kaynaklanabilir. Öyle ki karar verme ve duygulara önem vermenin hasta katılımı üzerinde bir etkisinin olmaması Birks ve Watt (2007) tarafından yapılan bir çalışmadan elde edilen sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Hasta merkezli

iletişimin kendi kendine ilgilenme alt boyutunun da hasta katılımı üzerinde istatistiksel olarak bir etkisi bulunmamıştır. Araştırmadan elde edilen bu bulguya karşın, Trojan ve diğerleri (2017) tarafından yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, kendi kendine ilgilenme kavramının, hem hasta merkezliliği hem de hasta katılımını arttırdığı bulunmuştur. Öte yandan Greaves ve Campbell (2007) tarafından belirtildiği gibi kendi kendine ilgilenmenin hasta katılımına etkisini arttırmak için sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi ve sağlık hizmeti sunucularına iletişim için uygun ortamın sağlanması gerektiği ifade edilmektedir. Gerek yapılan çalışmaların farklı kanser hastaları üzerinde gerçekleştirilmiş olması, gerek sağlık sistemine yönelik düzenlemelerin gerekliliği kendi kendine ilgilenme alt boyutunun anlamlı bir farklılık yaratmamış olmasının nedenleri arasında gösterilebilir. Hasta merkezli iletişimin diğer önemli bir alt boyutu olan belirsizlik ile başa çıkmanın hasta katılımını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemediği görülmüştür. Henry (2006) hasta ile hekim ilişkisinin ancak belirsizliğin giderildiği bir durumda iyi ve optimal olabileceği ve hastanın hekimin kararlarına katılabileceğini belirtmektedir. Benzer şekilde Tai-Seale ve diğerleri (2012) iletişimin optimizasyonunun belirsizliğin giderilmesi durumunda ortaya çıkabileceğini savunmaktadır. Kanser hastalığının sıklıkla geleceğe dair belirsizliği barındırması sebebi ile hastaların belirsizlik ile başa çıkma yeteneği azalabilir. Belirsizlikler içinde bulunan hastalar tedavi seçenekleri konusunda da kararsız kalabileceğinden hekimin verdiği kararlara yönelik hasta katılımı zorlaşabilmektedir.

Hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre; hasta merkezli iletişimin alt boyutları hep birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesine ilişkin toplam varyansın yaklaşık %7'sini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, istatistiksel olarak tek anlamlı ilişkinin doktor ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkiler alt boyutunda olduğu görülmektedir. Hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinin artması sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. İletişim, hem hizmet sunucular hem de hastalar için tıbbi bakımın çok önemli bir bileşenidir. Tıbbi bakımdaki iletişim biçimleri arasında, hasta merkezli veya kişi merkezli bakım, kaliteli sağlık hizmetini ortaya çıkarmaktadır (Ruben ve diğerleri, 2020). Hekim ve hastalar arasındaki iletişim ve etkileşimlerin hasta sonuçları

üzerindeki etkisi kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar söz konusu olduğunda özellikle önemlidir (Ong ve diğerleri, 2000). Hekimlerin kanser hastaları ile iletişim kurma şekli hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Literatürdeki çeşitli çalışmalar, hekimlerin iletişim davranışları ile hasta sağlığı sonuçları arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir (Arora, 2003). Konu ile ilgili olarak yapılan birçok çalışmadan da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Chandra ve diğerleri, 2018; Chipidza ve diğerleri, 2015; Kieft ve diğerleri, 2014; Molina-Mula ve Gallo-Estrada, 2020). Hekimin kanser hastası ve ailesi ile etkili ve empatik iletişiminin, kanser bakımında hastanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, bakımdan tatminini ve tıbbi sonuçları etkileyebileceğine dair kanıtlar artmaktadır (Baile ve Aaron, 2005). Konu ile ilgili Pozzar ve diğerleri (2021) tarafından yapılan bir çalışmadan elde edilen sonuçlar mevcut çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinin yüksek olmasının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve daha düşük semptom yükü ile pozitif ilişkili olarak bulunmuştur. Doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerin sıklığının sağlık bakım kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Sağlık bakım kalitesinin de daha iyi sosyal ve aile refahı ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, tedavi edici ittifakı geliştirebilir. Bu durum, hasta ve hasta yakınlarını tıbbi bakım kararlarına daha çok dâhil ederek iyi bir bakım deneyimi ve sosyal destek sağlayacaktır. Özellikle, dikkatli ve kesintisiz dinleme, hekimin hastaların subjektif hastalık deneyimlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olmakta ve bu durum da hastaların yaşam kalitesindeki bozulmayı en aza indiren tedavi planlarıyla sonuçlanabilmektedir (Arora, 2003).

Hasta merkezli iletişimin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği bu çalışmada, hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından olan bilgi değişimi, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme ve belirsizlikle başa çıkma alt boyutlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pozzar ve diğerleri (2021)'nin hasta merkezli iletişimin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelediği çalışmalarında, bilgi alışverişi ve doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olduğunu ancak diğer alt boyutların ise herhangi bir etkisinin olmadığını tespit etmişlerdir. Reeve arkadaşları (2017) kanser hastalarında hasta merkezli iletişim

psikometrik değerlendirmesini yaptıkları çalışmalarında bilgi değişimi alt boyutu ile kanserli hastaların yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Ancak bu çalışma kapsamında bilgi değişimi alt boyutunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine bir etkisi bulunmamıştır. Daha az iletişimin olduğu tıbbi konsültasyonlar daha az bilgi alışverişine, daha az bilgiye dayalı tıbbi kararlara ve sağlık sonuçlarında daha az iyileştirici gelişmelere yol açabilir. Bu durumun olası nedenleri arasında kanser hastalarının bilişsel ve fiziksel iyi oluş durumlarının iletişime açıklığından ve daha düşük eğitime sahip hastaların kanser tedavisi gibi spesifik ve çok fazla tıbbi terminoloji içeren bir hastalıkta bu bilgileri anlamalarını ve bilgi alışverişini zorlaştırabilmesi gösterilebilir. Karar verme önemli bir hasta merkezli iletişim bileşeni ve iletişimin optimizasyonunun önemli bir parametresidir. Ancak literatürde hasta merkezli iletişim ve alt boyutları ile hasta merkezli iletişimin önemli bir alt boyutu olan karar vermenin yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceleyen farklı bulguların da olduğu tespit edilmiştir. Örneğin, Çin’li ve Amerika’lı 157 meme kanseri hastada iletişim ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada sadece karar verme alt boyutunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Lim ve Peak, 2013). Araştırmacılar kanser tedavisi sırasında hastalar ve hekimler arasındaki iletişimin hastanın karar vermesinde net bilgi veya duygusal destek sağlayarak karar verme sürecini kolaylaştırdığını belirtmektedir (Pasricha ve diğerleri, 2013). Karar verme, kanseri tedavi etmede ve hastanın kanserle yaşamasında merkezi bir bileşendir. Başta verilen kararların daha sonra hatalı olduğu görülebilir. Bu durum, kararlarla ilgili çeşitli duyguların ortaya çıkmasına ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenebilmesine neden olabilmektedir (Connolly ve Zeelenberg, 2002). Duygulara önem verme hasta merkezli iletişimin temel bir unsurudur (Epstein ve diğerleri, 2005). Kanser hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin; hastalar, hizmet sunucuları ile iletişim ve arkadaşlar, aile ve akranlarla sosyal etkileşim gibi sosyal yönleri kapsayan faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir (Janssens ve diğerleri, 2021). Bu çalışmada elde edilen bulgular ile benzer bulgulara Pozzar ve diğerleri (2021) tarafından da ulaşılmıştır. Yazarlara göre duygulara önem verme alt boyutunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Pozzar ve diğerleri, 2021). Kendi kendine ilgilenme alt boyutu, hastaların hekimleri ile olan iletişimde öz yeterliliklerini ve güveni

ifade etmektedir. DSÖ kendi kendine ilgilenmeyi; bireylerin, ailelerin ve toplulukların kendi sağlıklarını geliştirme, hastalıkları önleme, sağlığı sürdürme ve bir sağlık çalışanının desteği olsun ya da olmasın hastalık ve engellilikle başa çıkma yeteneği olarak tanımlamaktadır. Hekim-hasta iletişiminin geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin artırılmasında önemli olduğu belirtilen kendi kendine ilgilenmenin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmek adına önemli olduğu belirtilmektedir (Lim ve Peak, 2013). Ancak bu çalışmada kendi kendine ilgilenme boyutunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunmamıştır. Bu durumun muhtemel nedenleri arasında; kanser hastalarının ileri yaşa sahip olmaları, kendi kendileri ile ilgilenebilecek fiziksel ve ruhsal bir iyi oluşa tam anlamıyla sahip olamamaları sayılabilir. Bu duruma ek olarak, DSÖ, kendi kendine ilgilenmeyi bir yeterlilik olarak göstermektedir. Çalışma kapsamında değerlendirilen kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde bu hastaların kendi kendileri ile ilgilenebilecek yeterlilikte olmamaları bir diğer neden olabilir. Hasta merkezli iletişim alt boyutlarından olan belirsizlikle başa çıkma alt boyutunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı bu çalışma kapsamında tespit edilmiştir. Pozzar ve diğerleri (2021) kanser hastalarında hasta merkezli iletişimi ölçmeye yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların hizmet sucunu tarafından öz yönetimini sağlayan, hastaların duygularını tanıyan, bunlara yanıt veren ve hastaların belirsizliği yönetmesine yardımcı olan iletişim davranışlarını çok az düzeyde sergilediklerini algılamışlardır. Miller (2012), kanser hastalığında tanılar ve prognozlar, tedavi planları ve alışılmadık semptomlar dâhil olmak üzere birçok durumun belirsizliği özellikle artırdığını ve aynı zamanda belirsizlik kaynaklarının tıbbi, kişisel ve sosyal belirsizlik olarak ayrılabilirliğini ifade etmektedir. Kanser hastalarında hastalıkla ilgili belirsizlik kaynağının çok olması hastaların belirsizliklerin üzerinden gelememesi veya bu yeterlilikte olmaması bu alt boyutun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde bir etkisinin olmamasının nedeni olabilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; fiziksel semptomlar, tedavinin yan etkileri, sosyal destek, mali kaygılar ve psikolojik sıkıntı gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Belirsizlikle başa çıkmak kuşkusuz önemli olsa da, bir hastanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemede en önemli faktör olmayabilir.

Hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hastaların hizmet kalite algıları üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi

sonuçlarına göre, hasta merkezli iletişimin alt boyutları bir bütün olarak hastaların hizmet kalite algılarındaki toplam varyansın yaklaşık %31'ini açıklamaktadır. Bu çalışmada; hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinin artmasının ve belirsizlikle başa çıkmanın sağlık hizmeti kalite algılarını artırdığı tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanları tarafından hastaların bakış açılarının aktif bir şekilde arandığı bir iletişim tarzı olan hasta merkezli iletişimin etkili olduğu alanlardan bir diğeri hastaların algıladığı hizmet kalitesidir (Stewart, 1984). Maatouk-Bürmann ve diğerleri (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, terapötik ilişki, hasta katılımı ve tedavi süreçleri açısından bakım kalitesinin artırılmasında hasta merkezli iletişimin önemli bir role sahip olduğu aktarılmıştır. Yüksek kaliteli hizmetin önemli bir bileşeni olarak görülen hasta merkezli iletişime birçok çalışmada değinilmiştir (Epstein ve diğerleri, 2005). Türkiye'deki bir fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran 261 hastanın verileri ile yürütülen bir çalışmanın sonuçlarına göre, hasta merkezli iletişimin hekime olan güveni artırdığı ve hizmet kalitesini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Çakmak ve Uğurluoğlu, 2022). Benzer bir sonuç Eptesin ve diğerleri (2005)'nin yaptıkları çalışmada da ortaya konulmuştur. Çalışmada, sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli olarak algılanmasında hasta merkezli iletişimin önemli bir işleve sahip olduğu aktarılmıştır. Reynolds (2009) yaptığı çalışmada, hasta merkezli iletişimin hasta tatminini ve bunun da hizmet kalitesini önemli düzeyde etkilediği kaydedilmiştir. Randomize kontrollü bir diğer çalışmada ise 10 saatlik hasta merkezli iletişim eğitimi verilen hemşirelerin etkileşime girdiği hasta grubunun diğer gruptaki hastalara göre hizmet kalite algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Wolf ve diğerleri, 2008). 359 kanser hastası ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, hasta merkezli iletişimin kanser hastalarının hizmet kalite algı düzeylerini artırdığı tespit edilmiştir (Blanch-Hartigan ve diğerleri, 2015). 3959 hastanın verileri ile gerçekleştirilen ve hekim-hasta arasındaki hasta merkezli iletişimin, olağan bakım kaynağına sahip olma ile sağlık hizmeti kalitesi derecelendirmeleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, olağan bir bakım kaynağına sahip hastalar daha fazla hasta merkezli iletişimi deneyimlediğini belirtmiş ve aynı zamanda bu hasta grubunun daha yüksek bakım kalitesi seviyelerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu çalışmada hastaların bakımlarının kalitesine ilişkin

algılarını şekillendirmede hasta merkezli iletişimin önemi doğrulanmıştır (Finney Rutten ve diğerleri, 2015).

Alınan sağlık hizmeti kalite algısı pek çok faktörden etkilenmektedir. Bunlar arasında en önemli olanının da hekim ve diğer sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişkiler olduğu ifade edilmektedir (Wang, 2016). Özellikle de hasta merkezli iletişimin hastanın bakım süreçlerini iyileştirerek hastaların aldığı hizmetin kalitesini olumlu yönde etkilediği pek çok çalışma tarafından rapor edilmiştir (Andaleeb, 2001; Bossou ve diğerleri, 2021; Çakmak ve Uğurluoğlu, 2022; Karliner ve diğerleri, 2011; Lateef ve Mhlongo, 2022; Wang, 2016; Wanzer ve diğerleri, 2004). Belirsizlik, alınan sağlık hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (George ve Lowe, 2019). Dolayısıyla hastaların belirsizlik ile baş etme yeteneklerinin artması ile algılanan sağlık hizmeti kalite algısının arttığı ifade edilmektedir (Han ve diğerleri, 2011). Hangi evrede olursa olsun belirsizlik, özellikle de kanser hastalığının iyileşme seyrini ciddi derecede olumsuz etkileyen bir olgudur. Bu belirsizliğin azaltılması ile hastalığın kötü seyri ve buna bağlı olarak korkunun azaltılması yolu ile hastanın tedavi sürecinin daha hızlı ve etkili olduğu rapor edilmiştir (Bartley ve diğerleri, 2021; Borneman ve diğerleri, 2014; Harrison ve diğerleri, 2019; Karlsson ve diğerleri, 2014; van Someren ve diğerleri, 2021). Genel olarak, dezavantajlı hastalar (kanser hastaları gibi) sağlık sisteminin en fazla kullanıcıları arasındadır. Kalite ve güvenlik, bakım koordinasyonu ve verimlilikte sistem başarısızlıklarına karşı en savunmasız olanlar da bu tür hastalardır. Dolayısıyla, hastaları bakım süreçlerinin merkezine koyan ve hastaları bakımlarına dâhil ederek hizmet kalite algılarını yükseltmeye yönelik yaklaşımlarda hasta merkezli iletişimden büyük ölçüde yararlanılabilir (Osborn ve Squires, 2012).

Araştırmaya katılan hastalarının hasta merkezli iletişimin alt boyutları olan bilgi değişimi, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenmenin hizmet kalitesi algısı üzerinde istatistiksel olarak önemli bir etkisi bulunmamıştır. Bu durum, hizmet kalitesi algısı ve hasta merkezli iletişimin alt boyutları olan bilgi değişimi, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme arasındaki ilişkinin zayıf/düşük olmasıyla açıklanabilir. Hasta merkezli iletişimin alt boyutları olan duygulara önem verme ve kendi kendine ilgilenmenin algılanan hizmet kalitesi üzerinde bir etkisinin

olmaması katılımcıların hizmet kalitesi algıları ile genel tatmin düzeylerinin kişilik tipi ve ruh hallerine göre farklılık göstermelerinden kaynaklanabilir (Kılıçarslan ve Albayrak, 2019; Jeong ve diğerleri (2019). Bilgi değişimi hekim ve hasta arasında bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığı, bilgi alışverişinde bulunulan bir iletişim türüdür. Hastaların teknik kalite değerlendirmelerinin zor olması (Carman, 2000) bilgi değişimi alt boyutunun hizmet kalitesi algısını etkilememesinin bir nedeni olduğu düşünülmektedir. (Azizam ve diğerleri, 2016).

Hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarının hasta tatmini üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre; hasta merkezli iletişimin alt boyutlarının hep birlikte hasta tatminindeki toplam varyansın yaklaşık %44'ünü açıklamaktadır. Hastaların hekimlerin iletişim becerilerine ilişkin algılarını veya tıbbi karşılaşmada iletişimi geliştirmeye yönelik girişimlerin etkinliğini değerlendirirken, hasta tatmini en yaygın olarak kabul edilen sonuç ölçüsü olarak değerlendirilmektedir (Ong ve diğerleri, 1995). Hasta merkezli iletişim, hasta merkezli bakımın önemli bir bileşeni olup hasta tatmini, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve diğer önemli hasta sonuçlarını etkilemektedir (Treiman ve diğerleri, 2017). Farklı hasta grupları ile yapılan benzer birçok çalışmanın sonuçlarına göre, hasta merkezli iletişimin hasta tatmin düzeyini arttırdığı ve hastaların sağlık çalışanları ile gerçekleştirmiş oldukları iyi iletişimin hastanın aldığı hizmetten tatmin derecesini arttırarak daha iyi bir hasta deneyimini yaşattığı ifade edilmektedir (Agha ve diğerleri, 2009; Lang, 2012; Salmon, 2020; Siebinga ve diğerleri, 2022; Touati ve diğerleri, 2022).

Bu çalışma kapsamında hasta merkezli iletişim alt boyutlarının hasta tatmini üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla kurulan regresyon modelinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler ve belirsizlikle başa çıkma alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Buna göre, hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinin artması hasta tatmini düzeylerini istatistiksel olarak arttırmaktadır. Onkolojide hekim-hasta iletişimini geliştirmeyi amaçlayan farklı yaklaşımların etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada hasta tatmini iletişim açısından önemli bir sonuç olarak değerlendirilmiş ve kanser hastaları ile hekimleri arasındaki etkileşimi geliştirmeye yönelik girişimlerin hasta tatmini üzerinde olumlu

etkilerinin olduğu ortaya konulmuştur (Brédart ve diğerleri, 2005). Bir diğer çalışmada, onkolog-hasta iletişiminin kalitesinin, bakım konusunda hasta tatminini önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir (Bitar ve diğerleri, 2004). Kanser hastalarının onkologlar ile iletişim düzeylerinin hasta sonuçları ve tatmin üzerindeki etkisini inceleyen bir meta analiz araştırması sonuçlarına göre, hasta merkezli iletişimin, hasta tatmini ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir (Venetis ve diğerleri, 2009). Meme kanseri hastaları ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada, hastaların hasta merkezli davranış algısının, hastaların bilgiden duyduğu tatminle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve hekimlerin hasta merkezli davranışlarının hasta tatminini arttırdığı tespit edilmiştir (Mallinger ve diğerleri, 2005). Gastrik bypass cerrahisi geçirmiş hastalar ile gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada, öncelikle hemşireler ve hastalar arasındaki etkileşimi geliştirmek için hemşirelere hasta merkezli iletişim eğitimi verilmiştir. Bu eğitim sonucunda hasta merkezli iletişim eğitimi verilen hemşirelerin etkileşime girdiği hastaların diğer gruptaki hastalara göre hasta tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Wolf ve diğerleri, 2008). Prakash (2010) tarafından yapılan çalışma bulgularına göre de, hastaların sağlık çalışanları ile ilişki kalitesinin artması ile birlikte hastaneden aldıkları tedaviden tatmin olma düzeylerinde de artış olduğu rapor edilmiştir. Karaca ve Durna (2019) tarafından yapılan ve hemşirelerin hastalar ile olan iletişimini konu alan bir çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin hastalara karşı tutum ve davranış kalitesinin hastanın tatminini arttırdığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde konu ile ilgili Chen ve diğerleri (2019) tarafından yapılan benzer bir çalışmanın sonuçları da, hasta iletişiminin kalitesi ile alınan hizmetten duyulan tatmin düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Hekim ve diğer sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişim, her branştaki hasta profilinde önemli bir tatmin kriteridir. Dolayısı ile gerek mevcut çalışmadan gerekse benzer şekilde yapılan diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlar, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin hasta tatminini arttırdığını göstermektedir. Hastaların hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından desteklendiğini ve bakımlarına dâhil olduklarını hissetmeleri, endişelerinin ve tercihlerinin dikkate alınması ve sağlık ekibiyle verdikleri kararlarda kendilerine güvenmeleri gibi hasta merkezli iletişim faktörleri hasta tatminini arttırmada etkilidir.

Hastaların belirsizlik ile başa çıkma algılarının artması da, hasta tatmin düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır. Belirsizlik, gerek sağlıklı gerekse de hasta olan bireylerin hoşnut olmadığı bir olgudur. Özellikle de kanser hastalarının gerek içinde buldukları durum gerek aldıkları tedaviye cevap alıp alamayacaklarının net olmaması belirsizliği yoğun olarak yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu belirsizlik, teşhis ve tedavinin her aşamasında hastaların tatmin durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Öyle ki Frostholm ve diğerleri (2005) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmanın bulgularına göre, belirsizlik yaşayan hastaların almış oldukları sağlık hizmetinden tatmin olmadıkları ya da daha az tatmin oldukları bulunmuştur. Aynı şekilde Mallinger ve diğerleri (2005) tarafından yapılan ve meme kanseri öyküsü olan kadınlarda hasta merkezli bakım ve bilgilendirmeden duyulan tatmin arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın sonucuna göre, tedavi olmuş hastaların tedaviyle ilgili verilen bilgilerden oldukça tatmin oldukları, hastalığın ve tedavilerinin uzun vadeli fiziksel, psikolojik ve sosyal sekelleriyle ilgili bilgilerden daha az tatmin oldukları rapor edilmiştir. Aynı çalışmanın bir diğer sonucuna göre, hastaların hasta merkezli davranış algısı, hastaların bilgidan duyduğu tatmin ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Johnson ve diğerleri (1988) klinik belirsizliğin hastalara açıklanma ve daha sonra hekim tarafından çözüme kavuşturulma şeklinin hastaların tatmini etkilediğini belirtmektedir. Ek olarak, belirsizlikle başa çıkmanın da hasta tatmini üzerinde etkisinin olduğu bulunmuştur. Pek çok tıbbi durum, özellikle kanser ve kronik durumlar, ciddi belirsizlik unsuru içermektedir. Hastalar, hastalıklarının seyri, tedavi seçenekleri ve elde edecekleri sonuçlar konusunda kararsız olabilirler. Bu belirsizlikle başa çıkmak zor olabilir. Bu bağlamda, hasta merkezli iletişim yaklaşımının kullanılması hasta tatminini olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmaya katılan hastaların hasta merkezli iletişimin alt boyutları olan bilgi değişimi, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenmenin hasta tatmini üzerinde bir etkisi bulunmamıştır. Bilgi değişimi ile hasta tatmini arasındaki ilişkinin, çalışılan spesifik hasta popülasyonu, bakımın sağlandığı ortam ve bilgiyi değerlendirmek için kullanılan ölçütler dahil olmak üzere bir dizi faktöre bağlı olarak değişebileceğini belirtmek önemlidir. Bu nedenle, bazı çalışmalarda bilgi değişiminin hasta tatmini üzerinde bir etkisi bulunmazken diğer bazı araştırmalarda hasta tatmininin olumlu

yönde etkilendiği bulunabilmektedir. Örneğin Tabak (1987) muayenelerde bilgi alabilme ve bilgi verebilmenin, hasta tatminini hastanın sosyo-demografik özelliklerinden daha fazla etkilediğini belirtmektedir. Bazı çalışmalar, bilgilerin kullanıcılar için bir yardımdan ziyade bir yük haline gelmesi durumunda aşırı bilgi yüklenmesinin meydana gelebileceğine (Jackson ve diğerleri, 2012) dolayısıyla çok fazla bilginin hastalar için bunaltıcı veya kafa karıştırıcı olabileceği ve daha düşük tatmin düzeylerine yol açabileceği belirtmektedir (Sbaffi ve diğerleri, 2020).

Bu çalışmada hasta merkezli iletişimin alt boyutu olan karar vermenin hasta tatmini üzerinde bir etkisi bulunmamıştır. Çeşitli faktörler bu boyutun hasta tatmini üzerinde bir etki yaratmamasının nedeni olabilir. Örneğin; spesifik hasta popülasyonu, bakımın sağlandığı ortam, karar verme ve hasta tatminini değerlendirmek için kullanılan ölçütler bu kapsamda değerlendirilebilir. Almanya'da 135 meme kanseri hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada karar verme sürecine dâhil olmak istedikleri ölçüde dâhil edilen hastaların daha çok tatmin olduğu tespit edilmiştir (Vogel ve diğerleri, 2009). Öte yandan, akciğer veya kolorektal kanser tedavisi gören hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada, tedaviyle ilgili hekim kontrollü kararların daha düşük bakım kalitesi, dolayısıyla düşük hasta tatmini ve hekim ile kısıtlı iletişim derecelendirmeleriyle ilişkilendirilmiştir (Kehl ve diğerleri, 2015).

Hasta merkezli iletişimin bir diğer alt boyutu olan duygulara önem vermenin hasta tatmini üzerinde bir etkisi bulunmamıştır. Adamson ve diğerleri (2012) hastalara duygusal destek verilmesinin hasta tatminini artırdığını belirtmektedir. Duygusal destek, hastaya ilgi gösterme, hastanın duygularını dinleme ve kabul etme gibi davranışları içermektedir. Bunun için sağlık kuruluşlarının, hasta tatminini sağlamada duygusal destek boyutuna odaklanmak için ortak bir çaba göstermeleri gerektiği aksi durumda hastaların hasta tatminlerinin gerçekleşemeyeceği ifade edilmektedir (Adamson, 2012).

Kendi kendine ilgilenme alt boyutu; semptomları, tedaviyi, fiziksel ve psikososyal sonuçları ve hastalıkla yaşamaya yönelik yaşam tarzı değişikliklerini yönetme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Özellikle kanser hastaları çok fazla semptom ve zorluk ile

yaşamaktadır (van Dongen ve diğerleri, 2020). 288 kanser hastası ile gerçekleştirilen bir çalışmadan elde edilen bulgular, hasta merkezli kanser bakımı uygulamaları (örneğin, bakım kararlarına hastanın dâhil edilmesi, hizmet sunucu ile yeterli zaman geçirilmesi, tıbbi tavsiyeye erişim) bağlamında kendi kendine ilgilenmenin önemini vurgulamakta ve bakımdan tatminin böylelikle artırılmasını önermektedir. Hasta merkezli bakımın teşviki ve kendi kendine ilgilenmenin artması ile hastaların kanser deneyimlerinin önemli yönlerini yönetme konusundaki güvenlerinin artabileceği belirtilmektedir (Moreno ve diğerleri, 2018). Bu araştırma kapsamında hasta merkezli iletişimin alt boyutu olan kendi kendine ilgilenmenin hasta tatmini üzerinde bir etkisi bulunmamıştır. Hastaların kendi kendine ilgilenme stratejileri ve deneyimleri oldukça bireyseldir ve farklılık göstermektedir (van Dongen ve diğerleri, 2020). Kendi kendine ilgilenme; kişisel bakımı, reçeteli ilaçları belirtildiği şekilde almak, sağlıklı bir diyet ve egzersiz rejimini takip etmek ve stresi yönetmek gibi davranışları içerecek şekilde gerçekleştirilebilir (American Association of Diabetes Educators, 2008). Ayrıca inançların, bireysel özelliklerin, tedavi ekibi ve hasta arasındaki ilişkinin ve hastanın sosyokültürel geçmişinin öz bakım davranışlarını etkilediğini göstermiştir (Mohammadi ve diğerleri, 2013). Dolayısıyla bireysel ve diğer faktörlerden etkilenen kendi kendine ilgilenmenin hasta tatmini üzerinde etkisinin olmaması bu durumlardan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma bulgularını özetlemek gerekirse; araştırma kapsamında kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinin sosyo-demografik, hastalıkla ilgili, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımı ile ilişki faktörlerine göre farklılaşmış farklılaşmadığının incelendiği bu çalışmada sosyo-demografik faktörden; cinsiyet değişkeni, hastalıkla ilgili faktörlerden; kanser türü, kanser evresi, tedavi süresi, fiziksel ve ruhsal sağlık statüsü değişkenleri, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin faktörlerden kuruma başvuru sıklığı ve kurumdan hizmet alım şekli değişkenleri, ilişki faktörlerinden; iletişim süresi ve hekime güven duyma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca kanser hastalarının hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamaların yüksek olduğu görülmüştür. Diğer taraftan araştırma kapsamında gerçekleştirilen çok değişkenli analizler sonucunda hasta merkezli iletişimin bazı alt boyutlarının hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerine etkilerinin olduğu saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık yönetimine yön veren küresel bazlı politika yapıcılar ile sağlık yönetiminde aktif rol alarak kurumsal bazlı sağlık hizmetinin sunulmasını sağlayan sağlık hizmeti sunucularının 21. yüzyıldaki en önemli gündem konularından birisi, çeşitlenerek artan küresel hastalık yüklerinin azaltılmak istenmesidir. Artış göstermiş olan küresel hastalık yüklerinin başında ise kanser hastalık yükü gelmektedir. Kanser hastalık yükünün minimum seviyeye çekilmesi, mevcut kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılarak sürdürülmesi ve yeni kaynakların da yaratılması ile mümkün olabilmektedir. Bu amacı gerçekleştirmek için, sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan yönetici ve karar vericiler, bütün yönetim fonksiyonlarını ve yönetici kabiliyetlerini en etkili şekilde kullanmak için uğraşmaktadır. Bu sayede hastalıkların kontrol altında tutulması sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu uğraş ve çabalara rağmen önüne geçilemeyecek düzeyde sağlık hizmetleri kullanımını, eldeki kıt kaynaklarla sağlık hizmeti kullanıcılarının talepleri, mevcut bilimsel bilgi ve teknolojinin desteği ile makul ölçüde karşılanmaya çalışılmaktadır.

Tıbbi sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve ödenebilir bir şekilde sunulması için sağlık politikacı ve yöneticilerinin gösterdiği çabalar, sağlık hizmeti talebi ile sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuranların sağlık sistemine girmesini kolaylaştırmayı veya sistemin kullanılmasını hızlandırmayı hedeflemektedir. Bu durum, sağlık sistemlerinin performansının sadece bir yönünü göstermektedir. Öte yandan sağlık sistemlerine erişen sağlık hizmeti kullanıcılarının da sistemden memnun bir şekilde ayrılması veya sistemden aldığı hizmeti sürdürmesi sağlık sistemlerinden beklenen bir diğer performans göstergesidir. Bu performans göstergesinin onkoloji hastaları bakımından ortaya konulması ve incelenmesi, Türkiye’de sağlık sistemine erişim sağlayarak kanser gibi zorlu süreçleri olan bir hastalık ile mücadele eden hastaların deneyimlerini ortaya koyacaktır. Bu deneyimlerden elde edilen bilgiler ışığında, hastaların doktor ve diğer sağlık çalışanları ile olan iletişimleri ve bu iletişimlerin nasıl bir yapıda olduğu, bu iletişimin hastaların kararlara katılımını, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, tatmin seviyesini ve algıladıkları kaliteyi ne derecede etkilediğini ortaya koyması açısından son derece önem arz ettiği ifade edilebilir.

Sağlık hizmetlerinin modern anlamda verildiği günden özellikle 21. yüzyılın ilk çeyreğinin geride bırakılmaya yakın olduğu bu günlerde, gerek bilimsel bilgi gerekse de kullanılan sağlık teknolojilerinde çok önemli ilerleme ve gelişmeler kaydedilmiştir. Bilimsel bilgi ve sağlık teknolojilerindeki bu ilerleme ve gelişmeler, sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık hizmeti ihtiyaçlarını gidermelerini kolaylaştırmıştır. Ancak sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık hizmetlerine erişimin yanında değerlendirdikleri ve belki de kendilerine değer verildiğini anladıkları önemli bir diğer konu ise verilen sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında yaşadıkları iletişim deneyimleridir. İletişim deneyimlerinin ne kadar önemli olduğu Dünya Sağlık Örgütü ve Amerika Tıp Enstitüsü gibi sağlık politikalarını belirleyen kurumların da dikkatini çekmiştir. Öyle ki Amerika Tıp Enstitüsü tarafından yazılan “*Kalite Uçurumunu Aşmak 21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Sağlık*” başlıklı raporda, tıbbi bakımın hasta merkezli olması ve hasta merkezli bakımın temelinde de iletişim unsurunun geliştirilmesi gerektiği ilan edilmiştir. Bu bildirge ile hasta merkezli iletişim ve dolayısı ile hasta merkezli tıbbi bakımın önemi anlaşılmış ve uluslararası literatürde bu konu ile ilgili pek çok bilimsel çalışma yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir. Ancak hızla gelişen bu literatürün detaylarına bakıldığında; Türkiye açısından son derece yetersiz kalmış olması ve kanser hastaları ile iletişimi konu alan bir araştırmanın yapılmamış olması bu çalışmanın yapılış gerekçesi olmuştur. Söz konusu gerekçe ile Türkiye’de faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinin yetişkin onkoloji alanında tedavi alan hastalar ile gerçekleştirilen bu çalışmanın, hekim-hasta iletişiminin geliştirilmesi, hasta merkezli iletişimin belirleyicilerinin ortaya konulması ve hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmin düzeylerinin artırılması adına katkı sağlayacağı ve bu sayede konu ile ilgili ulusal literatürdeki boşluğun doldurulacağı düşünülmektedir.

Yetişkin kanser hastaları ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişim, hastaların tedaviye katılımlarında, tedaviden ve sağlık hizmetlerinden tatmin olmalarına, sağlık hizmet kalitesine yönelik olumlu algılara genel sağlık hizmeti deneyiminde önemli bir faktördür ve nihayetinde çok sayıda sağlık davranışını ve sonucunu etkilemektedir. Kanser hastalarında hasta merkezli iletişimi doğru bir şekilde ölçmek ve bu iletişimin diğer sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini anlamak önem arz etmektedir.

Bu bilgiler ışığında, kanser hastalarının iletişim deneyimlerinin ve hizmet sunucu ile olan iletişim ilişkisinin kalitesinin incelenmesi, hasta ve hizmet sunucunun iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hasta merkezli iletişimin sağlık sistemlerinde hasta merkezli bakımın ayrılmaz bir parçası olarak sunulması ve hasta merkezli iletişim bakışının yerleştirilerek sağlık sonuçlarının geliştirilmesi adına önem arz etmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi gören kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin belirleyicileri ortaya konularak hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerine olan etkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Araştırmada ilk olarak kanser hastalarının hasta merkezli iletişimlerinin ne düzeyde olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişim düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastaların hasta merkezli iletişime dâhil olduğu, hizmet sunucu ile yüksek düzeyde bilgi alışverişine girdiğini, karar alma sürecine dâhil olduğunu, belirsizliği azami düzeyde azaltmaya çalıştığını, kendi kendisiyle ilgilenmeye yüksek düzeyde gayret gösterdiğini, duygularının anlaşıldığını ve hizmet sunucu ile empatik bir iletişim gerçekleştirdiğini aynı zamanda doktor ve diğer sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinin gelişmiş olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte araştırma kapsamında kanser hastalarının hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini düzeyleri de incelenmiştir. Hastaların hasta katılım düzeylerinin yüksek olduğu dolayısıyla tedavilerine yüksek düzeyde katılım gösterdiği, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinin ve hizmet kalite algılarının orta seviyede olduğu ve yüksek düzeyde hasta tatmini yaşadıkları ortaya konulmuştur.

Araştırmanın bir diğer amacı hasta merkezli iletişimin belirleyicilerini ortaya koyarak hasta merkezli iletişimin çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmektir. Kanser hastalarında iletişimin belirleyicilerinin farklı kategorilerde incelendiği bilinmektedir (Wang, 2016; Epstein ve Street, 2007). Bu araştırma kapsamında hasta merkezli iletişimin belirleyicileri olarak sosyo-demografik, hastalıkla ilgili, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin özelliklere ve ilişki faktörleri olmak

üzere dört başlıkta hasta merkezli iletişimin belirleyicileri araştırılmış ve hasta merkezli iletişimde farklılığa neden olup olmadığı incelenmeye çalışılmıştır.

Hasta merkezli iletişimin sosyo-demografik belirleyicileri değerlendirildiğinde; hasta merkezli iletişimin hastaların cinsiyetlerine göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Erkek kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin duygulara önem verme alt boyutundan elde ettikleri ortalamaları kadın kanser hastalarının ortalamalarından yüksektir. Diğer taraftan hasta merkezli iletişimin sosyo-demografik belirleyicileri kapsamında değerlendirilen; yaş, medeni durum, gelir, esas geliri kazanma durumu, çalışma durumu, ikamet, eğitim durumu, dil engeli değişkenlerinin kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinde herhangi bir farklılığa neden olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre, cinsiyet değişkeni hasta merkezli iletişimin önemli bir sosyo-demografik belirleyicisi olarak tespit edilmiştir.

Hasta merkezli iletişimin hastalıkla ilgili belirleyicileri değerlendirildiğinde; kanser türü, kanser evresi, tedavi süresi, fiziksel sağlık durumu ile ruhsal sağlık durumuna göre hastaların hasta merkezli iletişimlerinin farklılaştığı saptanmıştır. Meme kanseri hastalarının hasta merkezli iletişimin bilgi değişimi alt boyutundan elde ettikleri ortalamalarının lenfoid ve hematopoetik kanseri hastalarının ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Üçüncü evre kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin bilgi değişimi ve belirsizlik ile başa çıkma alt boyutlarından elde ettikleri ortalamaları, birinci ve ikinci evre kanser hastalarının ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca üçüncü evre kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin doktorlar ve sağlık çalışanları ile ilişkiler, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamaları, dördüncü evre kanser hastalarının ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. 4 ay ve altı sürede tedavi gören kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin belirsizlikle başa çıkma alt boyutundan elde ettikleri ortalamaları 13-30 ay arası tedavi gören kanser hastalarının ortalamalarından daha düşüktür. Fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını kötü olarak belirten hastaların hasta merkezli iletişimin alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişimden elde ettikleri ortalamaları fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını orta veya iyi olarak belirten hastaların ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Elde edilen

sonuçlara karşın, hasta merkezli iletişimin hastalıkla ilgili belirleyicileri kapsamında değerlendirilen; tedavi türü, komorbidite varlığı, cerrahi işlem geçirme durumu ise hasta merkezli iletişim düzeyinde bir farklılığa sebep olmamıştır. Bu doğrultuda, kanser türü, kanser evresi, tedavi süresi, fiziksel sağlık durumu ile ruhsal sağlık durumu hasta merkezli iletişimin hastalıkla ilgili önemli belirleyicileri olarak ortaya çıkmaktadır.

Hasta merkezli iletişimin kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına ilişkin belirleyicileri incelendiğinde; kuruma başvuru sıklığı (ayda) ile hizmet alım şeklinin (ayakta-yatan) hasta merkezli iletişim düzeyinde farklılıklara neden olduğu tespit edilmiştir. Kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, kendi kendine ilgilenme alt boyutları ile genel hasta merkezli iletişim bazında kuruma ayda 1 kez başvuranların ortalamaları ayda 2-3 kez başvuranların ortalamalarından daha yüksektir. Kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, kendi kendine ilgilenme, belirsizlikle başa çıkma alt boyutları ve genel hasta merkezli iletişim bazında ayakta tedavi gören hastaların ortalamaları yatarak tedavi gören hastaların ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeyleri kanser tedavisine erişim değişkenine göre farklılık göstermemektedir. Buna göre, kuruma başvuru sıklığı ile hizmet alım şekli hasta merkezli iletişimin kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımına yönelik önemli belirleyicileri olarak tespit edilmiştir.

Hasta merkezli iletişimin ilişki faktörleri kapsamında incelenen hekime güven ve personel ile iletişim süresi değişkenlerinin hasta merkezli iletişim düzeyinde anlamlı farklılıklara neden olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda hizmet sunucu ile gerçekleştirilen iletişim süresi hastaların hasta merkezli iletişimin duygulara önem verme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olduğu tespit edilmiştir. Duygulara önem verme alt boyutunda hizmet sunucu ile 11-15 dk. arasında iletişim gerçekleştiren hastaların ortalamaları 10 dk. ve altında iletişim gerçekleştiren hastaların ortalamalarından daha yüksektir. Hekime güven duyma değişkeni açısından ise hastaların bilgi değişimi, doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme, belirsizlikle başa çıkma alt boyutları

ile genel hasta merkezli iletişim ortalamalarının farklılaştığı ortaya konulmuştur. Hekime güvenmiyorum veya kararsızım diyen hastaların hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarından elde ettikleri ortalamaları hekime güveniyorum veya hekime çok güveniyorum diyen hastaların ortalamalarından düşüktür. Bu bağlamda, hekime güven duyma ve iletişim süresi hasta merkezli iletişimin ilişki faktörleri kapsamında değerlendirilen önemli belirleyicileri olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada kanser hastalarının hasta merkezli iletişim düzeylerinin hasta katılımı üzerine etkisinin olup olmadığının ortaya konulması amaçlanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarının hasta katılımı üzerinde etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin bilgi değişimi ile doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalar hasta katılım düzeylerini istatistiksel olarak artırmaktadır. Hasta katılımı hastanın tedaviye aktif katılımını gerektirmektedir. Hasta ve hizmet sunucu arasında özellikle spesifik durumların olduğu ve bilgi değişiminin çok fazla gerçekleştirildiği kanser hastalığı gibi hastalıklarda hasta merkezli iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır. Hastaların hasta merkezli iletişimin bilgi değişimi alt boyutundan elde ettikleri ortalamalarının yükselmesi hasta katılım düzeyini artırmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri iletişimin yoğun olarak gerçekleştirildiği ve hekim-hasta veya hasta ile hizmet sunucunun sık iletişim ve etkileşime girdiği sağlık sunum ortamlarında doktor ve diğer sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen iletişim ilişkisine yönelik hastaların algılarının artması hastaların tedavilerine ve sağlıklarıyla ilgili diğer durumlara katılımlarını artırmaktadır.

Araştırmanın bir diğer amacı da hasta merkezli iletişim ve alt boyutlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini ortaya çıkarmaktadır. Hasta merkezli iletişim ve alt boyutları hep birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde etki göstermektedir. Elde edilen sonuçlar hasta merkezli iletişimin doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Gerçekleştirilen çalışmalar kanser hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinin hizmet sunucu ile olan etkileşimlerinden etkilendiğini göstermektedir (Ong ve diğerleri, 2000; Arora, 2003; Chandra ve diğerleri, 2018).

Doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler alt boyutuna yönelik kanser hastalarının algılarının yüksek olması; kanser hastalarının doktor ve diğer sağlık çalışanları tarafından ihtiyacı olan bakımı aldıkları, önemsendiklerini, kendileri ile açık ve dürüst bir iletişim kurulduğunu göstermektedir. Bu açıklamalar ve yapılan analizler ile bu boyuttan elde edilen ortalamaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini istatistiksel olarak artırdığı tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında hasta merkezli iletişimin hizmet kalitesi algısı üzerine etkilerinin ortaya konulması da amaçlanmıştır. Hasta merkezli iletişim ve alt boyutları hep birlikte hizmet kalitesi algısı üzerinde etki göstermektedir. Kanser hastalarının doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinin artması ve belirsizlik ile başa çıkma algılarının artması hizmet kalitesi algısını artırmaktadır. Hizmet kalitesi algısı teknik ve algılanan kalite olarak kategorize edilmektedir. Hizmet kalitesi algısını etkileyen birçok faktör olmakla birlikte bunlardan birisi de hasta merkezli iletişimidir. Yüksek kaliteli sağlık hizmet algısının oluşmasında hasta merkezli iletişimin önemi vurgulanmaktadır (Epstein ve diğerleri, 2005). Teknik kaliteyi değerlendirmenin zorluğu hastaların hizmetin diğer alanları ile kaliteyi değerlendirmelerine yol açmaktadır. Bu doğrultuda hizmet sunucu ile geliştirilen iletişim ilişkisi ve bu iletişim ilişkisi ile birlikte hastaların hastalığın yaratmış olduğu belirsizlikle başa çıkma yeterliliklerinin geliştirilmesi hizmet kalitesi algısı üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır.

Araştırmanın bir diğer amacı da hasta merkezli iletişimin hasta tatmini üzerinde olan etkilerini ortaya çıkarmaktır. Hasta merkezli iletişim alt boyutları hep birlikte hasta tatmini üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler ve belirsizlikle başa çıkma altı boyutları istatistiksel olarak hasta tatmin düzeyini artırmaktadır. Kanser hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar onkolog-hasta, hasta-hizmet sunucu iletişiminin hasta tatmin düzeyini artırdığını göstermektedir (Bitar ve diğerleri, 2004; Bredart ve diğerleri, 2005). Doktor ve diğer sağlık çalışanları ile olan ilişkilerin artması hastaların almış olduğu tedaviden tatmin olma düzeylerini artırmaktadır. Belirsizlik hastalar tarafından istenilmeyen, kaçınılan bir durumdur. Belirsizliğin tedavinin tüm aşamalarını olumsuz yönde etkilediği belirtilebilir. Kanser

hastalarında belirsizlik algısının azaltılması hastanın tatmin olma düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

Genel olarak ifade etmek gerekirse, kanser hastalarının hasta merkezli iletişim, hasta katılım ve hasta tatmin düzeyleri yüksektir. Katılımcılarının hizmet kalite algıları orta seviyenin üzerindedir. Ayrıca sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri ise orta düzeydedir. Hasta merkezli iletişimin sosyo-demografik, hastalıkla ilgili, kanser tedavisine erişim ve tedavinin kullanımı ile ilişki faktörlerine ilişkin belirleyicileri mevcuttur. Hasta merkezli iletişim bazı belirleyicilere göre farklılaşmaktadır. Ayrıca hasta merkezli iletişim ve alt boyutları hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatminini olumlu yönde etkilemektedir.

Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında, hasta merkezli iletişimin bireysel, örgütsel ve sistemsel düzeyde uygulanabilirliği ve hasta merkezli iletişim kavramının içselleştirilerek gerek sağlık sektörü gerek akademik alanda bilinirliğinin artırılabilmesine yönelik öneriler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Hasta merkezli iletişimin duygulara önem verme alt boyutunda cinsiyete göre meydana gelen farklılıklarının göz önünde bulundurulması ve her hasta için etkili ve kişiye özel iletişim sağlanması önerilmektedir. Sağlık çalışanlarının kadın kanser hastalarıyla iletişimlerini geliştirmeleri kadın hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinde iyileşmeler meydana getirebilir. Bunun için duygusal ifade, aktif dinleme ve empati tekniklerini fazlaca kullanabilirler. Sağlık çalışanları açık iletişimi teşvik eden bir ortam yaratabilirler. Bu durum hastaların cinsiyetlerinden bağımsız olarak duygularını ifade etmede kendilerini rahat hissetmelerine yardımcı olabilir.
- Sağlık çalışanları, sağlık iletişiminde duygusal ifadenin önemi konusunda hem erkek hem de kadın hastaları eğitebilir. Kanser hastalarına hizmet sunan hekim ve diğer sağlık personelinin iletişim eğitimleri de alması önerilmektedir. Tıp fakültelerinde hekimlere iletişim eğitimlerinin verilmediği bilinmektedir.

Dolayısıyla hasta merkezli iletişim eğitiminin tıp ve sağlık eğitimi müfredatına eklenmesi önerilmektedir.

- Spesifik teşhis veya tedaviden bağımsız olarak tüm kanser hastaları için eşit ve yüksek düzeyli hasta merkezli iletişimin teşvik edilmesi öncelikli olarak amaçlanmalıdır. Bilgi değişimi altı boyutunda meme kanseri hastalarının lenfoid ve hematopoetik hastaların ortalamalarından daha fazladır. Lenfoid ve hematopoetik kanseri hastalar genellikle yatarak tedavi gördüğü için yatan hastaların hasta merkezli iletişimini geliştirmek önerilebilir. Sağlık hizmeti sunucularının belirli kanser türleri veya hasta popülasyonları hakkındaki algıları ve inançlarının da iletişim kalitesini etkileyebileceği göz önüne alınmalıdır.
- Üçüncü evre kanser hastalarının bilgi alışverişi ve belirsizlikle başa çıkma alt boyutlarından elde ettikleri ortalamaları, birinci ve ikinci evre kanser hastalarının ortalamalarından daha yüksektir. Erken evre kanser hastalarında hasta merkezli iletişimi geliştirmeye yönelik müdahalelerin gerçekleştirilmesi önerebilir. Kanser farklı aşamalarındaki hastaların iletişim deneyimleri ve algıları hakkında hastalardan ve sağlık hizmeti sunucularından geri bildirimler alınarak varsa eksikliklerin ortadan kaldırılması önerilmektedir.
- Sağlık çalışanları, iletişim stratejilerinin etkinliğini sürekli olarak değerlendirmeli ve gerektiğinde düzenlemeler yapmalıdırlar. Kanser farklı aşamalarındaki hastalar için etkili hasta merkezli iletişimin teşvik edilmesinde sağlık hizmeti sunucularının rolünün dikkate alınması önemli olabilir. Bu durum, sağlık hizmeti sunucularına, kanserin farklı aşamalarındaki hastalarla nasıl etkili bir şekilde iletişim kurulacağı ve hastaların iletişime dâhil edilmesinin desteklenmesi konusunda eğitim sağlamanın yanı sıra etkili iletişim ve desteğin önündeki zorlukları ve engelleri ele almaya yönelik stratejilerin belirlenmesini de içerebilir.
- İleri evre kanser hastalarının hasta merkezli iletişimin alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalar (doktorlar ve sağlık çalışanları ile ilişkiler, karar verme, duygulara önem verme, kendi kendine ilgilenme) ve genel hasta merkezli iletişim düzeyleri üçüncü evre hastalara göre düşüktür. İleri evre kanser hastaları palyatif hasta özelliği sergilemektedir. Dolayısıyla, etkili hasta merkezli iletişimin teşvik edilmesinde bu gruptaki hastaların ve ailelerinin dikkate

alınması önemli olabilir. Bu gruptaki hastalara ve ailelerine sağlık hizmeti sunucularıyla nasıl etkili bir şekilde iletişim kuracakları ve onların bakımı hakkında bilinçli kararlar verebilmeleri konusunda bilgi verilmesi ve kaynakların sunulmasının yanı sıra kanserin duygusal ve fiziksel zorluklarıyla başa çıkma stratejilerini geliştirebilmeleri açısından destek sunulmalıdır.

- Kısa süre tedavi gören hastaların belirsizlikle başa çıkma ortalamaları daha düşüktür. Bu hastaların kanserin duygusal ve fiziksel zorluklarıyla başa çıkmaları zor olabilmektedir. Bu hastalar ile yeterli ve kaliteli zaman geçirmek tedavileri sırasında ve tedavi sonucunda hastaları nelerin bekleyeceği hakkında bilgilendirmek hastaların belirsizlik ve stresle başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca hastalarıyla yeteri kadar zaman geçirebilmek için hekimlerin iş yüklerini azaltacak önlemlerin alınması gerekmektedir.
- Çalışma bulgularına dayanarak, fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu kötü olarak bildiren hastalara hasta merkezli iletişimde öncelik verilmesi önerilebilir. Hizmet sunucunun, bu hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlamak ve karşılamak için aktif dinleme, empati ve ortak karar verme gibi iletişim becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Ayrıca bu hastaları tedavi planlamasına ve karar verme süreçlerine dâhil etmek, sağlık bilgilerine ve kaynaklarına erişimi sağlamak ve hastalar ile sağlık hizmeti sunucusu arasında bir saygı ve işbirliği kültürü oluşturmak gibi hasta merkezli bakımın geliştirilmesine öncelik veren politika ve uygulamalar aracılığıyla hasta merkezli iletişim düzeylerinde iyileştirmelerin gerçekleşmesi beklenmektedir. Bu bağlamda sistemsel düzeyde ayarlamaların yapılmasında hizmet sunucu ve yöneticilere görevler düşmektedir.
- Kuruma başvuru sıklığı hasta merkezli iletişim düzeyini artırmaktadır. Hastaları bireysel düzeyde tanımak için zaman ayırıp bakım planlarını onların özel ihtiyaç ve tercihlerine göre uyarlayarak daha kişiselleştirilmiş bakım sağlamak önemli olabilir. Sağlık çalışanları, hastaların kurumu ne sıklıkta ziyaret ettiklerine bakmaksızın hastalara soru sorma, endişelerini dile getirme ve sağlık ekibinden rehberlik ve destek alma fırsatı sağlama imkânları sunmalıdırlar.
- Sağlık çalışanları, yatan hastaların iletişim deneyimlerini iyileştirmek için hasta merkezli iletişime öncelik veren stratejiler uygulamalı ve hastalarıyla güçlü

ilişkiler kurmalıdırlar. Ayrıca yatan hastaların tanı ve tedavilerinin belirsizliği ve stresle başa çıkmalarına yardımcı olmak için ek destek sağlanabilir. Yatan hastalara danışmanlık hizmetleri verilerek iletişimin geliştirilmesine katkı sunulabilir.

- Duygulara önem verme alt boyutunda sağlık çalışanları ile daha uzun süre iletişim kuran hastaların daha kısa süre iletişim kuranlara göre ortalamaları yüksektir. Duygularını ifade etmeleri için daha fazla zaman ayrılan hastalar, duygusal durumlarını daha iyi ortaya koyabilmekte ve hasta merkezli iletişimi gerçekleştirebilmektedirler. Daha az iletişim süresi gerçekleştirilen hastaların kendilerini rahat ve güvende hissettikleri ve daha iyi iletişimin gerçekleştirilmesinin teşvik edildiği destekleyici bir ortam yaratılması önerilmektedir.
- Hekime güvenmiyorum diyen hastaların hasta merkezli iletişim ortalamaları düşüktür. Sağlık hizmeti sunucularının hastalarıyla güven inşa etmeye odaklanmaları önerilebilir. Güven inşası; hastalarla yakınlık kurarak, endişelerini aktif bir şekilde dinleyerek ve hastalara sağlık durumları ve tedavi seçenekleri hakkında açık ve şeffaf bilgiler sunarak başarılabılır. Sağlık hizmeti sunucularının, hastaların kendilerine olan güven düzeyini düzenli olarak değerlendirmesi ve bu güveni olumsuz yönde etkileyebilecek endişeleri veya sorunları varsa karşılıklı olarak ele almaları yararlı olabilir. Bu, hasta ile sağlık hizmeti sunucu arasında daha iyi iletişim ile olumlu ve işbirlikçi bir ilişkinin kurulmasına yardımcı olabilir.
- Hekimin hastayı iletişime dâhil etmeye yönelik çabalarda bulunması, özendirici davranışlar sergilemesi hatta bir ekip anlayışı içerisinde sunulan sağlık hizmeti çerçevesinde hekim ve ekibinde bulunan diğer sağlık çalışanlarının hastayı iletişime dâhil edebileceği stratejiler geliştirmeleri önerilmektedir.
- Hasta merkezli iletişim hastaların tedaviye katılımlarını artırmakta, sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinde iyileşmeler meydana getirmekte, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatminini artırmaktadır. Hasta ile daha fazla iletişim kurabilmek adına sistemsel düzenlemeler yapılmalıdır. Aşırı randevular seyreltilerek gerek muayenede gerek klinikte hekim ve hasta arasındaki iletişime olanak sunulmalıdır.

- Belirsizlik, hastalar için bir stres ve endişe kaynağı olabilir ve hastaların bakımları hakkında bilinçli kararlar alma yeteneklerini etkileyebilir. Sağlık hizmeti sunucuları, hastaların belirsizlikle başa çıkmalarına yardımcı olarak onların zihinsel ve duygusal esenliklerini destekleyebilir ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini iyileştirebilir.
- Hizmet sunucuları tarafından hastalara açık ve net bilgilerin verilmesi, hastaların karar verme sürecine dâhil edilmesi, duygularına önem verilmesi ve kendi kendilerine ilgilenebilecek yol ve yöntemlerin öğretilmesi hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmin düzeylerini artıracaktır.
- Hasta merkezli iletişimin teşvik edilmesi oldukça önemlidir. Böylece, hasta memnuniyeti artmış, sağlık hizmetlerine önemli ölçüde hasta katılımı sağlanmış olacaktır.
- Hasta merkezli bakım, sağlık hizmetlerinde hümanist, biyo-psikososyal bir bakış açısını temsil etmektedir. Sağlık hizmeti sunucularının kanser hastaları gibi dezavantajlı hastaların ihtiyaçlarını karşılayan kişiselleştirilmiş, özel hizmetler sunması ve hastaların sağlık hizmeti sunucularıyla iletişim kurmaya ve iletişime katılmaya istekli hale getirilmesi gerektiği bilinmektedir.
- Hasta merkezli iletişimin önündeki bireysel ve sistem düzeyindeki engellerin tanımlanması ve engellere yönelik çözümlerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Gelecekteki Çalışmalara Yönelik Öneriler

- Kanser hastalığı dışında diğer kronik hastalıklarda, nadir hastalıklarda ve birinci basamak sağlık sisteminde hasta merkezli iletişim konulu çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Hasta merkezli iletişim ve diğer sağlık sonuçları ile olan ilişkilerin ortaya konulması önerilmektedir. Örneğin, hasta merkezli iletişimin malpraktis, psikolojik iyi oluş, tanı testleri, anksiyete, şiddet gibi değişkenler ile ilişkisi incelenebilir.
- Hasta merkezli iletişim ile ziyaret süresi ve sonuçları arasındaki nedensel ilişkileri belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Örneğin daha uzun ziyaretlerin hasta merkezli iletişim için gerekli ancak yeterli bir koşul

olup olmadığı veya ziyaretlerin kısaltılmasının hasta merkezli iletişimi engelleyip engellemediği gibi çalışmaların yapılması önerilmektedir.

- Özel hastanelerde kanser tedavisi alan hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerinin incelenerek kamu sektörü ile kıyaslanması iki sektör arasındaki farklılığı ortaya koyabileceği gibi bir bütün olarak sağlık sektöründe hasta merkezli iletişime yönelik önemli bilgiler sunacaktır.
- Hasta merkezli iletişim ile ilgili çalışmaların kesitsel çalışma türünde olduğu bu konuda boylamsal (longitudinal) çalışmaların neredeyse olmadığı görülmüştür. Hasta merkezli iletişime yönelik boylamsal çalışmalar para ve zaman açısından oldukça zorlayıcı olabilir. Ancak hasta açısından hasta merkezli davranışların ortaya çıkmasının takip edilmesi ve hekim iletişimi üzerine etkisini ortaya koyabilmek açısından oldukça kıymetli bir çalışma olabilir. Dolayısıyla, hasta merkezli iletişim ile ilgili boylamsal çalışmaların Türkiye’de gerçekleştirilmesi önerilmektedir.
- Ulusal düzeyde iletişimin ne kadar hasta merkezli olduğuna, tıbbi bakımın ne düzeyde hasta merkezli olarak sunulduğuna ve bu noktada sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin ortaya konulmasına ihtiyaç bulunmaktadır.
- Bu çalışmada, kanser hastalarında hasta merkezli iletişimin hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hizmet kalitesi algısı ve hasta tatmini üzerine etkisinin tespiti amacıyla nicel desenli yöntem kullanılmıştır. Gelecekteki araştırmalarda, konunun derinlemesine incelenmesi amacıyla odak grup görüşmeleri yolu ile nitel desenli yöntem kullanılabilir.
- Bu çalışmanın Diyarbakır’da faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayakta ve yatarak kanser tedavisi gören hastalar üzerinde yürütüldüğü göz önüne alınırsa elde edilen verilerin genellenebilirliğini sağlamak amacıyla farklı il ve bölgelerde yeni çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Abohalaka, R., Yeşil T, Sıdıka. (2021). Determination of perceived language barriers according to Syrian refugees visiting two hospitals in Ankara. *Turkish Journal of Public Health*,19(2), 92–105.
- Abrams, M., Nuzum, R., Mika, S., & Lawlor, G. (2011). How the Affordable Care Act will strengthen primary care and benefit patients, providers, and payers. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 1, 1-28.
- Adamson, K., Bains, J., Pantea, L., Tyrhwitt, J., Tolomiczenko, G., & Mitchell, T. (2012).Understanding the patients’ perspective of emotional support to significantly improve overall patient satisfaction. *Healthc Q*, 15(4), 63-69.
- 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.
- Agha, Z., Schapira, R. M., Laud, P. W., McNutt, G., & Roter, D. L. (2009). Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 15(9), 830-839.
- Aksoy, E. (2018). Beyin Tümörü tanısı konmuş bireylerin fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri (Master's thesis, Namık Kemal Üniversitesi).
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: a systematic review. *Oman medical Journal*, 35(2), e122.
- Albrecht, T. L., Penner, L. A., Cline, R. J. W., Eggly, S. S., & Ruckdeschel, J. C. (2009). Studying the process of clinical communication: Issues of context, concepts, and research directions. *Journal of Health Communication*, 14(sup1), 47-56.

- Alhofaian, A., Zhang, A., & Gary, F. A. (2021). Relationship between Provider communication behaviors and the quality of life for patients with advanced cancer in Saudi Arabia. *Current Oncology*, 28(4), 2893-2901.
- Allen-Duck, A., Robinson, J. C., & Stewart, M. W. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 52(4), 377-386.
- Alpar, R. (2016). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. (Genişletilmiş 4. Baskı). Detay Yayıncılık.
- Al-Raji, W., & Al Salmi, I. (2020). Quality of life and end stage kidney disease: Conceptual and theoretical issues. *Journal of Nephrology & Renal Therapy*, 6(3), 1-14.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya Kitabevi.
- American Association of Diabetes Educators. (2008). AADE7 self-care behaviors. *Diabetes Educ*, 34(3), 445-449.
- 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/AMA_Improving_Communication_Improving_Care_01.pdf
- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine (1982)*, 52(9), 1359-1370.
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57(5), 791-806.
- Arora, N. K., Finney Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family,

friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474-486.

Arora N.K., Street R.L., Epstein R.M., Butow, P.N. (2009). Facilitating patient-centered cancercommunication: a road map. *Patient EducCouns*;77(3):319–321.

Arora, N. K., Reeve, B. B., Hays, R. D., Clauser, S. B., & Oakley-Girvan, I. (2011). Assessment of quality of cancer-related follow-up care from the cancer survivor's perspective. *Journal of Clinical Oncology*, 29(10), 1280.

Arslan, D. T., Esatoğlu, A. E., & Evren, S. (2020). Robotik ve açık radikal prostatektomi yöntemlerinin maliyet etkililik analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 699-724.

Asare, M., Fakhoury, C., Thompson, N., Culakova, E., Kleckner, A. S., Adunlin, G., & Kamen, C. S. (2020). The patient–provider relationship: predictors of black/African American Cancer patients’ perceived quality of care and health outcomes. *Health Communication*, 35(10), 1289-1294.

Ayanian, J. Z., Zaslavsky, A. M., Arora, N. K., Kahn, K. L., Malin, J. L., Ganz, P. A., van Ryn, M., Hornbrook, M. C., Kiefe, C. I., He, Y., Urmie, J. M., Weeks, J. C., & Harrington, D. P. (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.

Aydoğan, E., & Zemestam, G. (2014). Erillik/dişilik (Hofstede) bağlamında İran ile Türkiye’nin yönetim kültürlerinin karşılaştırılması. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi*, 49(2), 50-71.

Azizam, N. A, Siti, N.M., Shamimi, A., & Abd Hamid, N.Z.(2016). Association of patient centered communication and patient enablement. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences Business & Economics*.

Baile, W. F., & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: Past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 331-335.

- Barello, S., Graffigna, G., & Vegni, E. (2012). Patient engagement as an emerging challenge for healthcare services: Mapping the literature. *Nursing Research and Practice*, 1–7.
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—The pinnacle patient-centered care. *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.
- Bartley, N., Napier, C. E., Butt, Z., Schlub, T. E., Best, M. C., Biesecker, B. B., Ballinger, M. L., & Butow, P. (2021). Cancer patient experience of uncertainty while waiting for genome sequencing results. *Frontiers in Psychology*, 12, 647502.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101.
- Bello, O. (2017). *Effective Communication in Nursing Practice: A literature review* [Yrkeshögskolan Arcada]. <http://www.theseus.fi/handle/10024/130552>
- Bellows, M., Burns, K. K., Jackson, K., Surgeoner, B., & Gallivan, J. (2015). Meaningful and effective patient engagement: What matters most to stakeholders. *Patient Experience Journal*, 2(1), 18-28.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25.
- Bernhardt, J. M. (2004). Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2051-2053.
- Berry, D. (2006). *Health Communication: Theory And Practice: Theory and Practice*. McGraw-Hill Education (UK).
- Bertakis K.D., Frank P., Epstein R.M. (2009). Patient-centered communication in primary care: Physician and patient gender and gender concordance. *Journal Womens Health*, 18(4), 539-545.

- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Education and Counseling, 85*(1), 46-52..
- Bickell, N. A., Neuman, J., Fei, K., Franco, R., & Joseph, K.-A. (2012). Quality of breast cancer care: Perception versus practice. *Journal of Clinical Oncology, 30*(15), 1791-1795.
- Birkeland, S., Bismark, M., Barry, M. J., & Möller, S. (2022). Is greater patient involvement associated with higher satisfaction? Experimental evidence from a vignette survey. *BMJ Quality & Safety, 31*(2), 86-93.
- Birks, Y. F., & Watt, I. S. (2007). Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine, 100*(8), 368-374.
- Bitar, R., Bezjak, A., Mah, K., Loblaw, D. A., Gotowiec, A. P., & Devins, G. M. (2004). Does tumor status influence cancer patients' satisfaction with the doctor-patient interaction? *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 12*(1), 34-40.
- Blanch-Hartigan, D., Chawla, N., Beckjord, E. I., Forsythe, L. P., de Moor, J. S., Hesse, B. W., & Arora, N. K. (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.
- Blanch-Hartigan, D., Chawla, N., Moser, R. P., Finney Rutten, L. J., Hesse, B. W., & Arora, N. K. (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.
- Borneman, T., Irish, T., Sidhu, R., Koczywas, M., & Cristea, M. (2014). Death awareness, feelings of uncertainty, and hope in advanced lung cancer patients: Can they coexist? *International Journal of Palliative Nursing, 20*(6), 271-277.
- Bossou, Y. J., Qigui, S., George-Ufot, G., Bondzie-Micah, V., & Muhimpundu, N. (2021). The Effect of Patient-Centered Communication on Patient Satisfaction:

- Exploring the Mediating Roles of Interpersonal-based Medical Service Encounters and Patient Trust. *North American Academic Research (NAAR) Journal*, 4(1).
- Bourbeau, J. (2020). Defining Patient Engagement, Health Behavior Change, and Disease Self-Management. İçinde M. L. Moy, F. Blackstock, & L. Nici (Ed.), *Enhancing Patient Engagement in Pulmonary Healthcare: The Art and Science* (ss. 1-14). Springer International Publishing.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1447-1462.
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 27(3), 281-291.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health And Health Services* (Fourth Edition). Open University Press.
- Bredart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 351-354.
- Brown, S. J. (1999). Patient-centered communication. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 85-104.
- Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The quality of life scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1).
- Butow, P. (2001). The importance of communication skills to effective cancer care and support. *New South Wales Public Health Bulletin*, 12(10), 272.
- Byrne, B. M. & Campbell, T. L. (1999). Cross-cultural comparisons and the presumption of equivalent measurement and theoretical structure: A look beneath the surface. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30, 557 - 576.

- Cahill, J. (1996). Patient participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 561-571.
- Cahill, J. (1998). Patient participation—A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 119-128.
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science & Medicine* (1982), 27(9), 927-933.
- Can, A. (2019). SPSS ile Bilimsel Araştırma Surecinde Nicel Veri Analizi (8. Bs). Ankara: Pegem Akademi.
- Calo, W. A., Ortiz, A. P., 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.
- Carman, J. (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. *Journal of Management in Medicine* 14: 339–56.
- Catt, S. L., Ahmad, S., Collyer, J., Hardwick, L., Shah, N., & Winchester, L. (2018). Quality of life and communication in orthognathic treatment. *Journal of Orthodontics*, 45(2), 65-70.
- Cegala, D. J., & Post, D. M. (2009). The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 202-208.
- Cegala, D. J., & Street Jr, R. L. (2010). *Interpersonal dimensions of health Communication*. Handbook of Communication Science, 401-418
- Cella, D. F., & Tulsky, D. S. (1993). Quality of life in cancer: Definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Investigation*, 11(3), 327-336.

- Cella, D., Chih-Hung, C., Wright, B. D., Von Roenn, J. H., & Skeel, R. T. (2005). Defining higher order dimensions of self-reported health: further evidence for a two-dimensional structure. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2).
- Center for Advancing Health. (2010). *A New Definition of Patient Engagement: - Free Download PDF*. Center for Advancing Health. <https://silو.tips/download/a-new-definition-of-patient-engagement>
- Centre for Health Service Development. (2015). *The Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS)*. University of Wollongong. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.continence.org.au/sites/default/files/202005/Academic_Report_Short_Assessment_of_Patient_Satisfaction_SPAS.pdf
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor- patient relationship: A Literature Review. *Journal of Health Care Communications*, 3(3), 0-0.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651-661.
- Chawla, N., Blanch-Hartigan, D., Virgo, K. S., Ekwueme, D. U., Han, X., Forsythe, L., ... & Yabroff, K. R. (2016). Quality of patient-provider communication among cancer survivors: findings from a nationally representative sample. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), e964-e973.
- Chen, Q., Beal, E. W., Okunrintemi, V., Cerier, E., Paredes, A., Sun, S., Olsen, G., & Pawlik, T. M. (2019). The Association between patient satisfaction and patient-reported health outcomes. *Journal of Patient Experience*, 6(3), 201-209.
- Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(5).

- Clayton, M. F., & Dudley, W. N. (2009). Patient-centered communication during oncology follow-up visits for breast cancer survivors: Content and temporal structure. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), E68-79.
- Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research*, 43(5p1), 1505-1519.
- Cline, R. J. W. (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.
- Connolly, T., & Zeelenberg, M. (2002). Regret in decision making. *Current directions in psychological science*, 11(6), 212-216.
- Coulter, A. (2011). *Engaging Patients In Healthcare*. McGraw-Hill Education.
- Coulter, A. (2012). Patient engagement—What works? *The Journal of Ambulatory Care Management*, 35(2), 80–89
- Council on Medical Service. (1986). Quality of Care. *JAMA*, 256(8), 1032-1034.
- Crosby, P. B. (1978). *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill Education.
- Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., & Williams, G. R. (2003). Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(5), 395-407.
- Çakmak, C., & Uğurluoğlu, Ö. (2022). Hasta merkezli iletişim ve hizmet kalitesi ilişkisi: hizmet sunucuya güvenin aracı etkisi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(23), 93-108.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları* (3. Baskı). Pegem Akademi.

- Detmar, S. B., Muller, M. J., Wever, L. D., Schornagel, J. H., & Aaronson, N. K. (2001). Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits: An observational study. *JAMA*, 285(10), 1351-1357.
- DeVoe, J. E., Wallace, L. S., & Fryer, G. E. (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.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ache Management.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (2002). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- Dumez, V., & Pomey, M.-P. (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.
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine (1982)*, 41(10), 1383-1394.
- Eide, H., Graugaard, P., Holgersen, K., & Finset, A. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 259-266.
- Epstein, R. M., Campbell, T. L., Cohen-Cole, S. A., McWhinney, I. R., & Smilkstein, G. (1993). Perspectives on patient-doctor communication. *The Journal of Family Practice*, 37(4), 377-388.

- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(8), 1489-1495.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine (1982)*, 61(7), 1516-1528.
- Epstein, R., & Street, R. (2007). Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering (NIH Publication No. 07-6225). National Cancer Institute.
- Epstein, R. M., Shields, C. G., Franks, P., Meldrum, S. C., Feldman, M., & Kravitz, R.L. (2007). Exploring and validating patient concerns: Relation to prescribing for depression. *Annals of Family Medicine*, 5(1), 21-28.
- Ergen, H. İ. (2021). Açık karpal tünel gevşetme cerrahisi uygulanan bireylerde aktivite temelli propriyoseptif duyu eğitiminin aktivite limitasyonu, elin fonksiyonel kullanımını ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Essig, S., Steiner, C., Kuehni, C. E., Weber, H., & Kiss, A. (2016). Improving communication in adolescent cancer care: a multiperspective study. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(8), 1423-1430.
- Eton, D. T., & Lepore, S. J. (2002). Prostate Cancer and Health-Related Quality of Life: A Review of the Literature. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(4), 307-326.
- EuroQol Grup. (2022). EQ-5D. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>

- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, P., Baum, M., & A'Hern, R. P. (1994). Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 309(6952), 448.
- Fentiman, I. S. (2007). Communication with older breast cancer patients. *The Breast Journal*, 13(4), 406-409.
- Finefrock, D., Patel, S., Zodda, D., Nyirenda, T., Nierenberg, R., Feldman, J., & Ogedegbe, C. (2018). Patient-centered communication behaviors that correlate with higher patient satisfaction scores. *Journal of Patient Experience*, 5(3), 231-235.
- Fink, A. M. (2009). Toward a new definition of health disparity: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(4), 349-357.
- Finney Rutten, L. J., Agunwamba, A. A., Beckjord, E., Hesse, B. W., Moser, R. P., & Arora, N. K. (2015). The relation between having a usual source of care and ratings of care quality: Does patient-centered communication play a role? *Journal of Health Communication*, 20(7), 759-765.
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 42(11), 1049-1055.
- Flickinger, T. E., Saha, S., Moore, R. D., & Beach, M. C. (2013). Higher quality communication and relationships are associated with improved patient engagement in HIV care. *Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 63(3), 362.
- Frostholt, L., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K. S., Toft, T., Olesen, F., & Weinman, J. (2005). The uncertain consultation and patient satisfaction: The impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 897-905.

- Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., Bertele', P., & Masella, C. (2015). Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(3), 384-394.
- Garson, G. D. (2012). *Testing Statistical Assumptions*. Statistical Publishing Associates.
- Gattellari, M., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Social Science & Medicine (1982)*, 52(12), 1865-1878.
- George, R. E., & Lowe, W. A. (2019). Well-being and uncertainty in health care practice. *The Clinical Teacher*, 16(4), 298-305.
- Genç, P. (2019). Sağlık sektöründe hizmet kalite algısının değerlendirilmesi: Bir devlet hastanesi örneği (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., & Squires, A. (2021). Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 534-553.
- 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.
- Granai, C. O., Amado, P. M., & Goldstein, A. S. (1991). Female sexuality and cancer. *Clinical Advanced Oncology Nursing*, 3, 1-9.
- Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2007). Supporting self-care in general practice. *The British Journal of General Practice*, 57(543), 814-821.
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520-526.

- Griva, K., Jayasena, D., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. P. (2009). Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *Br J Health Psychol*, *14*(1).
- Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine* (1982), *47*(3), 329-339.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, *118*(8), 622-629.
- Ha, J. F., Anat, D. S., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, *10*(1), 6.
- Hahs-Vaughn, D. L., & Lomax, R. G. (2020). *An Introduction to Statistical Concepts* (4th Edition). Routledge. <https://www.routledge.com/An-Introduction-to-Statistical-Concepts/Hahs-Vaughn-Lomax/p/book/9781138650558>
- Hall J.A., Roter D.L. (1995). Patient gender and communication with physicians: Results of a community-based study. *Womens Health* 1995(1),77–95.
- Hall, T., Krahn, G. L., Horner-Johnson, W., Lamb, G., & Rehabilitation Research and Training Center Expert Panel on Health Measurement. (2011). Examining functional content in widely used Health-Related Quality of Life scales. *Rehabilitation Psychology*, *56*(2), 94-99.
- Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: A conceptual taxonomy. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, *31*(6), 828-838.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: Dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, *95*(5), 368-374.
- Harrison, M., Han, P. K. J., Rabin, B., Bell, M., Kay, H., Spooner, L., Peacock, S., & Bansback, N. (2019). Communicating uncertainty in cancer prognosis: A review

of web-based prognostic tools. *Patient Education and Counseling*, 102(5), 842-849.

Hasan, S., Sulieman, H., Stewart, K., Chapman, C. B., Hasan, M. Y., & Kong, D. C. (2013). Assessing patient satisfaction with community pharmacy in the UAE using a newly-validated tool. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 841-850.

Hashim, M. J. (2017). Patient-Centered Communication: Basic Skills. *American Family Physician*, 95(1), 29-34.

Haug, M. R., & Lavin, B. (1983). *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. SAGE Publications.

Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L.M., Marosszeky, N., & Sansoni, E.(2006). Measuring Patient Satisfaction with Incontinence Treatment (Final Report). Centre for Health Service Development, University of Wollongong and the Department of Psychiatry, University of Melbourne

Healthy People—Healthy People 2010. (2021, Aralık 10). https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm

Henry, M. S. (2006). Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *Journal of Medical Ethics*, 32(6), 321-323.

Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214.

Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*, 42(4), 1443-1463.

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).

- Hillen, M. A., de Haes, H. C. J. M., & Smets, E. M. A. (2011). Cancer patients' trust in their physician-a review. *Psycho-Oncology*, 20(3), 227-241.
- Holmes Rovner, M., French, M., Sofaer, S., Shaller, D., Prager, D., & Kanouse, D. (2010). A new definition of patient engagement: What is engagement and why is it important? *Center for Advancing Health, Washington, DC*.
- Holmes, S. (2005). Assessing the quality of life--reality or impossible dream? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 493-501.
- Hong, H., & Oh, H. J. (2020). The effects of patient-centered communication: exploring the mediating role of trust in healthcare providers. *Health Communication*, 35(4), 502-511.
- Hörnquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2), 57-61.
- Huber, J. G., Sillick, J., & Skarakis-Doyle, E. (2010). Personal perception and personal factors: Incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, 32(23), 1955-1965.
- Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1* (K. N. Lohr, Ed.). National Academies Press (US).
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).
- Institute of Medicine. (2011). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. National Academies Press (US).
- Institute of Medicine. (2013). *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis* (L. Levit, E. Balogh, S. Nass, & P. A. Ganz, Ed.). National Academies Press (US).

- Ishikawa, H., Hashimoto, H., & Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of “patient-centeredness” in patient–physician communication research. *Social Science & Medicine*, 96, 147-153.
- Işık, M. (2008). *Kitle İletişim Teorilerine Giriş* (3. Baskı). Eğitim Kitabevi Yayınları.
- Jackson T, & Farzaneh P. (2012). Theory-based model of factors affecting information overload. *J Glob Inf Manag.*,32(6),523–32.
- James, J. (2013). *Patient Engagement*. Health Affairs Health Policy Brief. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20130214.898775/full/>
- Janssens, R., Arnou, R., Schoefs, E., Petrocchi, S., Cincidda, C., Ongaro, G., ... & Huys, I. (2021). Key determinants of health-related quality of life among advanced lung cancer patients: A qualitative study in Belgium and Italy. *Frontiers in Pharmacology*, 12.
- Jenerette, C. M., & Mayer, D. K. (2016). Patient-Provider communication: The rise of patient engagement. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(2), 134-143.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84(1), 48-51.
- Jeon, J., & Choi, S. (2021). Factors influencing patient-centeredness among Korean nursing students: Empathy and communication self-efficacy. *Healthcare*, 9(6), 727.
- Jeong, J. Y., Park, J., & Hyun, H. (2019). The role of emotional service expectation toward perceived quality and satisfaction: Moderating effects of deep acting and surface acting. *Frontiers in Psychology*, 10, 321.
- Jiang, S. (2017). Pathway linking patient-centered communication to emotional well-being: taking into account patient satisfaction and emotion management. *Journal of Health Communication*, 22(3), 234-242.

- Johnson, C.G., Levenkron, J.C., Suchman, A.L., & Manchester, R. (1988). Does physician uncertainty affect patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, 3(2), 144-149.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2003). Quality of life in palliative care: Principles and practice. *Palliative Medicine*, 17(1), 11-20.
- Kaplan, S. H., Gandek, B., Greenfield, S., Rogers, W., & Ware, J. E. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 33(12), 1176-1187.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3 Suppl), S110-127.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545.
- Karliner, L. S., Hwang, E. S., Nickleach, D., & Kaplan, C. P. (2011). Language barriers and patient-centered breast cancer care. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 223-228.
- Karlsson, M., Friberg, F., Wallengren, C., & Öhlén, J. (2014). Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: A life-world phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 13(1), 28.
- Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., & Cleary, P. D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians?. *Journal of general Internal Medicine*, 17(1), 29-39.
- Kehl, K. L., Landrum, M. B., Arora, N. K., Ganz, P. A., van Ryn, M., Mack, J. W., & Keating, N. L. (2015). Shared decision making in cancer care: The association of actual and preferred decision roles with patient-reported quality. *JAMA Oncology*, 1(1), 50.

- Kılıçarslan, Ö., & Albayrak, T. (2019). The Effects of Mood and Personality Type on Service Quality Perception and Customer Satisfaction. *International Journal of Culture Tourism and Hospitality Research* 13.
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 249.
- Kim, D., & Sung, N. J. (2022). Types of Usual Source of Care and Patient-Centered Communications. *Korean Journal of Family Medicine*, 43(6), 353-360.
- King, A., & Hoppe, R.A. (2013). "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(3), 385-393.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (C. 1-3rd edition). The Guilford Press.
- Klocek, M., & Kalina Kawecka, J. (2013). Quality of life in hypertensive patients. İçinde *Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Patients* (ss. 9-29). Springer.
- Kourakos, M., Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Saridi, M., & Kafkia, T. (2017). Communication as the basis of care for patients with chronic diseases. *American Journal of Nursing Science*, 7(3), 7.
- Krassadaki, E., & Grigoroudis, E. (2018). Analyzing perceived quality of health care services: A multicriteria decision analysis approach based on the theory of attractive quality. İçinde N. Matsatsinis & E. Grigoroudis (Ed.), *Preference Disaggregation in Multiple Criteria Decision Analysis* (C. 1-1, ss. 211-235). Springer.
- Kreps, G. L. (2003). The impact of communication on cancer risk, incidence, morbidity, mortality, and quality of life. *Health Communication*, 15(2), 161-169.

- Kreps, G. L. (2009). Applying Weick's model of organizing to health care and health promotion: Highlighting the central role of health communication. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 347-355.
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., & Sloan, R. (2008). A causal model of health-related quality of life in Thai patients with heart-failure. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 40(3), 254-260.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrang, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet. Global Health*, 6(11), e1196-e1252.
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 49-59.
- Kutlutürkan, S., Öztürk, E. S., Erdoğan, S. B., İyimaya, Ö., Bay, F., & Gül, F. (2019). Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 26(4), 418-426.
- Lang, E. V. (2012). A Better Patient Experience Through Better Communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), 114-119.
- Lateef, M. A., & Mhlongo, E. M. (2022). A qualitative study on patient-centered care and perceptions of nurses regarding primary healthcare facilities in Nigeria. *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E*, 20(1), 40.
- Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D., & Stewart, S. K. (2002). Enhancing Physician-Patient Communication. *Hematology*, 2002(1), 464-483.

- Levinson, W. (2011). Patient-centred communication: A sophisticated procedure. *BMJ Quality & Safety*, 20(10), 823-825.
- Levit, L., Balogh, E., Nass, S., & Ganz, P. A. (Ed.). (2013). *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*. National Academies Press (US).
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003267.
- Lim, J. W., & Paek, M. S. (2013). The relationship between communication and health-related quality of life in survivorship care for Chinese-American and Korean-American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 21(4), 1157-1166.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582.
- Litzelman, K., Kent, E. E., Mollica, M., & Rowland, J. H. (2016). How does caregiver well-being relate to perceived quality of care in patients with cancer? Exploring associations and pathways. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(29), 3554-3561.
- Lochman, J. E. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*, 9(2), 91-109.
- Lovatt, B. (1992). An overview of quality of life assessments and outcome measures. *British Journal of Medical Economics*, 4, 1-7.
- Maatouk-Bürmann, B., Ringel, N., Spang, J., Weiss, C., Möltner, A., Riemann, U., Langewitz, W., Schultz, J.-H., & Jünger, J. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 117-124.

- MacCallum, R.C., Browne, M.W., and Sugawara, H., M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1 (2), 130-49.
- Maguire, P. (1999). Improving communication with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 35(14), 2058-2065.
- Mallinger, J. B., Griggs, J. J., & Shields, C. G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 342-349.
- Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First- and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, 97(3), 562-582.
- Matore, E. M., & Khairani, A. Z. (2020). The Pattern of Skewness And Kurtosis Using Mean Score And Logit In Measuring Adversity Quotient (AQ) For Normality Testing. *International Journal of Future Generation Communication and Networking*, 13(1), 688-702.
- Mazor, K. M., Gaglio, B., Nekhlyudov, L., Alexander, G. L., Stark, A., Hornbrook, M. C., & Arora, N. K. (2013). Assessing patient-centered communication in cancer care: stakeholder perspectives. *Journal Of Oncology Practice*, 9(5), e186-e193.
- Mazor, K.M., Beard, R.L., Alexander, G.L, et al. (2013). Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2487-2495.
- McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehota, P., Nadler, E., Arora, N. K., Lawrence, W., & Street, R. L. (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.
- McKinley, C., Limbu, Y., & Pham, L. (2020). An investigation of processes linking patient-centered communication approaches to favorable impressions of

- vietnamese physicians and hospital services. *International Journal of Society, Culture and Language*, 8(1), 44-59.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087-1110.
- Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine* (1982), 51(5), 657-668.
- Mendoza, M. D., Smith, S., Eder, M., & Hickner, J. (2011). The seventh element of quality: the doctor-patient relationship. *Family Medicine-Kansas City*, 43(2), 83.
- Miller, L. E. (2012). Sources of uncertainty in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(4), 431-440.
- Mohammadi, N., Hassanpourdehkordi, A., Nikbakhatnasrabadi, A.. (2013). Iranian patients with chronic hepatitis struggle to do self-care. *Life Sci J*. 2013;10:457–62.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835.
- Moreno, P. I., Ramirez, A. G., San Miguel-Majors, S. L., Fox, R. S., Castillo, L., Gallion, K. J., ... & Penedo, F. J. (2018). Satisfaction with cancer care, self-efficacy, and health-related quality of life in Latino cancer survivors. *Cancer*, 124(8), 1770-1779.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020, January). The role of empathy in health and social care professionals. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 1, p. 26). MDPI.
- Narang, R. (2010). Measuring perceived quality of health care services in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(2), 171-186.

- National Cancer Institute. (2014). *Health Information National Trends Survey*.
<https://hints.cancer.gov/>
- Naughton, C. A. (2018). Patient-Centered Communication. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, 6(1), E18.
- Newcomb, A., Trickey, A. W., Lita, E., & Dort, J. (2018). Evaluating Surgical residents' patient-centered communication skills: Practical alternatives to the "Apprenticeship Model". *Journal of Surgical Education*, 75(3), 613-621.
- Nicolson, P., & Anderson, P. (2003). Quality of life, distress and self-esteem: A focus group study of people with chronic bronchitis. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 251-270.
- Ning, X., Krishnan, A., Li, X., Liu, Z., Li, J., Dai, X., ... & Teo, I. (2021). Perceived quality of care and its associated factors among Chinese patients with advanced cancer: findings from the APPROACH study in Beijing. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1395-1401.
- Northouse, L. L., & Northouse, P. G. (1998). *Health communication: Strategies for health professionals*. Appleton & Lange.
- Northouse, P. G., & Northouse, L. L. (2008). Communication and Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*.
- O'Hair, D., Villagran, M. M., Wittenberg, E., Brown, K., Ferguson, M., Hall, H. T., & Doty, T. (2003). Cancer survivorship and agency model: Implications for patient choice, decision making, and influence. *Health Communication*, 15(2), 193-202.
- Ok, H., Marks, R., & Allegrante, J. P. (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.
- Okay, A. (2009). *Sağlık İletişimi*. MediaCat Kitapları.

- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Ong, L. M., Visser, M. R., Lammes, F. B., & de Haes, J. C. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 145-156.
- Osaba, D. (2011). Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, 3(2), 57-71.
- 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.
- Ölmez, E. H. ve Barkan, O. B. (2015). Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121–127.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parle, M., Jones B, Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders in cancer patients. *Psychological Medicine* 26 (4), 735-744.
- Pasricha, A., Deinstadt, R., Moher, D., Killoran, A., Rourke, S. B., & Kendall, C. E. (2013). Chronic care model decision support and clinical information systems interventions for people living with HIV: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), 127-135.
- Patrick, D. L., & Ericson, P. (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509-513.

- Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., & Ayhan, A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(3).
- Politis, M., & Street, R. (2011). Patient-Centered Communication during Collaborative Decision Making. İçinde T. R. Parrot & J. F. Nussbaum (Ed.), *The Routledge handbook of health communication* (2nd Edition). Routledge.
- Pozzar, R. A., Xiong, N., Hong, F., Wright, A. A., Goff, B. A., Underhill-Blazey, M. L., Tulsy, J. A., Hammer, M. J., & 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.
- Prakash, B. (2010). Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151-155.
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 741.
- Press, I. (2006). *Patient Satisfaction: Understanding and Managing the Experience of Care* (2nd Edition). Health Administration Press.
- Rademakers, J., Delnoij, D., Nijman, J., & De Boer, D. (2012). Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-8.
- Rathert, C., Mittler, J. N., Banerjee, S., & McDaniel, J. (2017). Patient-centered communication in the era of electronic health records: What does the evidence say? *Patient Education and Counseling*, 100(1), 50-64.
- Reeve, B. B., Potosky, A. L., Smith, A. W., Han, P. K., Hays, R. D., Davis, W. W., Arora, N. K., Haffer, S. C., & Clauser, S. B. (2009). Impact of Cancer on Health-Related Quality of Life of Older Americans. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 101(12).

- Reeve, B. B., Thissen, D. M., Bann, C. M., Mack, N., Treiman, K., Sanoff, H. K., Roach, N., Magnus, B. E., He, J., Wagner, L. K., Moultrie, R., Jackson, K. D., Mann, C., & McCormack, L. A. (2017). Psychometric evaluation and design of patient-centered communication measures for cancer care settings. *Patient Education and Counseling*, *100*(7), 1322-1328.
- Revicki, D. A., Osoba, D., Fairclough, D., Barofsky, I., Berzon, R., Leidy, N. K., & Rothman, M. (2000). Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *9*(8), 887-900.
- Reynolds, A. (2009). Patient-centered Care. *Radiologic Technology*, *81*(2), 133-147.
- Rimal, R. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, *87*(4), 247-247.
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2012). Marital status, health and mortality. *Maturitas*, *73*(4), 295-299
- Roder-DeWan, S., Gage, A.D., Hirschhorn, L.R., Twum-Danso, N.A.Y., Liljestrand, J., Asante-Shongwe, K., Rodríguez, V., Yahya, T., Kruk, M.E.(2019). Expectations of healthcare quality: A cross-sectional study of internet users in 12 low- and middle-income countries. *PLoS Med.*, *16*(8):e1002879.
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, *39*(1), 5-15.
- Roter, D., & Hall, J. A. (2006). *Doctors Talking with Patients/patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Greenwood Publishing Group.
- Rozenblum, R., Miller, P., Pearson, D., & Marelli, A. (2015). Patient-centered healthcare, patient engagement and health information technology: The perfect storm. İçinde M. A. Grando, R. Rozenblum, & D. Bates (Ed.), *Information*

Technology for Patient Empowerment in Healthcare. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.

RTI International. (2016). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Instrument User Guide*. <https://www.rti.org/impact/patient-centered-communication-cancer-care-instrument>

Ruben, B. D. (2016). Communication Theory and Health Communication Practice: The More Things Change, the More They Stay the Same. *Health Communication, 31*(1), 1-11.

Ruben, M. A., Blanch-Hartigan, D., & Hall, J. A. (2020). Communication skills to engage patients in treatment. *The Wiley Handbook of Healthcare Treatment Engagement: Theory, Research, and Clinical Practice*, 274-296.

Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 15*(3), 205-218.

Rutten, L. J. F., 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.

Saha, S., & Beach, M. C. (2011). The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: A randomized study using video vignettes. *Patient Education and Counseling, 84*(3), 386-392.

Sharma, S., Mukherjee, S., Kumar, A., and Dillon, W.R. (2005). A simulation study to investigate the use of cutoff values for assessing model fit in covariance structure models. *Journal of Business Research, 58* (1), 935-43

Salmon, P. (2020). *Improving the Patient Experience with Communication* [Doktora Tezi, Walden University].

Sansoni, J., Hawthorne, G., Marosszeky, N., Moore, K., Fleming, G., & Owen, E. (2011). Validation and Clinical Translation of the Revised Continence and

Patient Satisfaction Tools: Final Report. *Centre for Health Service Development, University of Wollongong.*

- Sarıcı, S. F. (2021). Opere meme kanseri hastalarında yaşam kalitesi düzeyi ve yaşam kalitesine etki eden faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22(5), 387-392.
- Saygılı, M. (2017). Üç farklı palyatif bakım hizmet modelinin kanserli hasta–hastaya bakım veren aile üyeleri açısından değerlendirilmesi ve maliyet-etkililik analizi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara
- Saygılı M., Çelik, Y. (2020). Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma. *Ağrı*, 32(2). 61-71.
- Seyfioğlu, E.F., Başdaş, N.Ü. (2021). Değer temelli sağlık hizmetlerinde bir değer bileşeni olan hasta sonuçlarının ölçümü ve önemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 399-414.
- Sbaffi, L., Walton, J., Blenkinsopp, J., & Walton, G. (2020). Information overload in emergency medicine physicians: a multisite case study exploring the causes, impact, and solutions in four north England national health service trusts. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e19126.
- Schiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice*. John Wiley & Sons.
- Seccareccia, D., Wentlandt, K., Kevork, N., Workentin, K., Blacker, S., Gagliese, L., Grossman, D., & Zimmermann, C. (2015). Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, 18(9), 758-764.
- Sepucha, K.R., Fowler, F.J., Jr, Mulley, A.G., Jr. (2004). Policy support for patient-centered care: The need for measurable improvements in decision quality. *Health Aff (Millwood)* 2004 (suppl);2004.54–62.

- Shannon, C., & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press.
- Siebinga, V. Y., Driever, E. M., Stiggelbout, A. M., & Brand, P. L. P. (2022). Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis. *Patient Education and Counseling*, *105*(7), 2145-2150.
- Siembida, E. J., Kadan-Lottick, N. S., Moss, K., & Bellizzi, K. M. (2018). Adolescent cancer patients' perceived quality of cancer care: The roles of patient engagement and supporting independence. *Patient Education and Counseling*, *101*(9), 1683-1689.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). *Skills for Communicating with Patients*. CRC Press.
- Singh, H., Dey, A. K., & Sahay, A. (2019). Communication Themes of Patient Engagement for Multi-speciality Hospitals: Nurses' Perspective. *Journal of Health Management*, *21*(4), 525-546.
- Skevington, S. M. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*(5), 449-459.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, *26*, 513-559.
- Spooner, K. K., Salemi, J. L., Salihu, H. M., & Zoorob, R. J. (2016). Disparities in perceived patient-provider communication quality in the United States: Trends and correlates. *Patient Education and Counseling*, *99*(5), 844-854.
- Stewart F, Walker A, Maguire P.(1988). Psychiatric and social morbidity in women treated for cancer of the cervix. Report to the Cancer Research Campaign 1988.
- Stewart, M.A.(1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, *152*:1423–1433.

- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7284), 444-445.
- Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science & Medicine (1982)*, 19(2), 167-175.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. CRC press.
- Strayhorn, S. M., Lewis-Thames, M. W., Carnahan, L. R., Henderson, V. A., Watson, K. S., Ferrans, C. E., & Molina, Y. (2021). Assessing the relationship between patient-provider communication quality and quality of life among rural cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 29(4), 1913-1921.
- Street Jr, R. L. (1991). Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science & Medicine*, 32(5), 541-548.
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301.
- Street Jr, R. L., Liu, L., Farber, N. J., Chen, Y., Calvitti, A., Zuest, D., ... & 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.
- Street Jr, R. L., Mazor, K. M., & Arora, N. K. (2016). Assessing patient-centered communication in cancer care: measures for surveillance of communication outcomes. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), 1198.

- Street, R. L. (1991). Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science & Medicine*, 32(5), 541-548.
- Street, R. L. (2013). How clinician-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 286-291.
- Street, R. L. (2017). The many "Disguises" of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2131-2134.
- Street, R. L., Liu, L., Farber, N. J., Chen, Y., Calvitti, A., Zuest, D., Gabuzda, M. T., 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.
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301.
- Su, M., Zhongliang Z., Yafei, Si., & Xiaojing, Fan. (2022). The Association between patient-centered communication and primary care quality in urban china: evidence from a standardized patient study. *Frontiers in Public Health* 9.
- Tabak, E. R. (1987). The relationship of information exchange during medical visits to patient satisfaction: A review. *The Diabetes Educator*, 13(1), 36-40.
- Tai-Seale, M., Stults, C., Zhang, W., & Shumway, M. (2012). Expressing uncertainty in clinical interactions between physicians and older patients: What matters? *Patient Education and Counseling*, 86(3), 322-328.
- Takayama, T., Yamazaki, Y., & Katsumata, N. (2001). Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Social Science & Medicine* (1982), 53(10), 1335-1350.

- Tarantino, D. P. (2004). How should we measure patient satisfaction? *Physician Executive*, 30(4), 60-61.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (8.Basım). Nobel Yayınevi.
- Thind, A., Liu, Y., Maly, R.C. (2011). Patient satisfaction with breast cancer follow-up care provided by family physicians. *J Am Board Fam Med.*,24:710–716.
- Thom, D. H., & Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: An exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 169-176.
- Thomas, R. K. (2006). *Health Communication*. Springer Science & Business Media.
- Thompson, D. R., & Yu, C.-M. (2003). Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 42.
- Thompson, T. L. (2014). *Encyclopedia of Health Communication*. SAGE Publications.
- Thorne, S. E., & Stajduhar, K. I. (2012). Patient perceptions of communications on the threshold of cancer survivorship: Implications for provider responses. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 6(2), 229-237.
- Thorne, S., Oliffe, J. L., Stajduhar, K. I., Oglov, V., Kim-Sing, C., & Hislop, T. G. (2013). Poor communication in cancer care: Patient perspectives on what it is and what to do about it. *Cancer Nursing*, 36(6), 445-453.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2013). The Genesis of Health: Evolution of the Concept of Health-Related Quality of Life. İçinde K. Kawecka-Jaszcz, M. Klocek, B. Tobiasz-Adamczyk, & C. J. Bulpitt (Ed.), *Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Patients*. Springer.
- Touati, R., Sailer, I., Marchand, L., Ducret, M., & Strasding, M. (2022). Communication tools and patient satisfaction: A scoping review. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry: Official Publication of the American Academy of Esthetic Dentistry*, 34(1), 104-116.

- Treiman, K., McCormack, L., Olmsted, M., Roach, N., Reeve, B. B., Martens, C. E., Moultrie, R. R., & Sanoff, H. (2017). Engaging patient advocates and other stakeholders to design measures of patient-centered communication in cancer care. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 10(1), 93-103.
- Treiman, K., McCormack, L., Wagner, L., Roach, N., Moultrie, R., Sanoff, H., Bann, C., Street, R. L., Ashok, M., & Reeve, B. B. (2018). Factors affecting the communication experiences of newly diagnosed colorectal cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1585-1593.
- Trojan, A., Kofahl, C., & Nickel, S. (2017). Patient-Centered Medicine and Self-Help Groups in Germany: Self-Help Friendliness as an Approach for Patient Involvement in Healthcare Institutions. İçinde *Patient Centered Medicine*. IntechOpen.
- Ting, X., Yong, B., Yin, L., & Mi, T. (2016). Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: a survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 364-369.
- Tsimtsiou, Z., Kirana, P. S., & 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.
- Tugay Yangı, D. (2022). Ankara İlinde Dört Farklı Hastanede Astımlı Erişkin Hastaların Tedavisinde Standart Kombine Tedavi İle Kombine Tedaviye Ek Omalizumab Kullanımının Maliyet Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi.
- Türkiye Psikiyatri Derneği (2020). *Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar*. Bayt Yayınları, Ankara.
- Uludağ, A. (2016). Adana İl Merkezinde Aile Hekimleri ve Hastalarının Hasta Merkezli Bakım Algıları, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana.

- 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.
- Unal, C. (2018). Kalite Bağlamında Hasta Katılımı (Bir Alan Araştırması), Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- Uğurlu, C. T. (2014). A study of reliability and validity of informal communication scale. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(3), 83-100.
- Uzunsakal, E., & Yıldız, D. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması Ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 14-28.
- van Dongen, S. I., De Nooijer, K., Cramm, J. M., Francke, A. L., Oldenmenger, W. H., Korff, I. J., ... & Rietjens, J. A. (2020). Self-management of patients with advanced cancer: A systematic review of experiences and attitudes. *Palliative Medicine*, 34(2), 160-178.
- van Someren, J. L., Lehmann, V., Stouthard, J. M., Stiggelbout, A. M., Smets, E. M. A., & Hillen, M. A. (2021). Oncologists' communication about uncertain information in second opinion consultations: A focused qualitative analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 635422.
- Velji, K., Tyrrell, C., Rice, M., Marshall, A., Riahi, S. (2017). Patient Partnership: One Organization's Journey. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*;30(3):93-103.
- Venetis, M. K., Robinson, J. D., Turkiewicz, K. L., & Allen, M. (2009). An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 379-383.
- Versluijs, Y., Lemmers, M., Brown, L. E., Gonzalez, A. I., Kortlever, J. T., & Ring, D. (2021). The correlation of communication effectiveness and patient satisfaction. *Journal of Patient Experience*, 8,

- Vogel, B. A., Leonhart, R., & Helmes, A. W. (2009). Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Education and Counseling, 77*(3), 391-397.
- Vural, G., & Vural, Ö. (2013). Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerinin belirlenmesi. *DEUHYO ED,6* (1), 17-25
- Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior, 81*-101.
- Walt, M. M. (2016). *An exploratory study of cancer survivorship and differences in health-related quality of life between gender and age* [Doktora Tezi]. Adler School of Professional Psychology.
- Wallace, L. S., DeVoe, J. E., Bennett, I. M., Roskos, S. E., & Fryer Jr, G. E. (2008). Perceptions of healthcare providers' communication skills: Do they differ between urban and non-urban residents?. *Health & Place, 14*(4), 653-660.
- 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*.
- Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M., & Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication, 16*(3), 363-383.
- Weaver, K. E., Aziz, N. M., Arora, N. K., Forsythe, L. P., Hamilton, A. S., Oakley-Girvan, I., ... & Rowland, J. H. (2014). Follow-up care experiences and perceived quality of care among long-term survivors of breast, prostate, colorectal, and gynecologic cancers. *Journal of Oncology Practice, 10*(4), e231-e239.
- Weisman, A.D., Worden, J.W. (1997). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychol Med., 7*-15.

- WHO. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* (1982), 41(10), 1403-1409.
- WHO (2001). Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization
- WHO. (2016). *Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care*. World Health Organization.
- Wiggers, J. H., Donovan, K. O., Redman, S., & Sanson-Fisher, R. W. (1990). Cancer patient satisfaction with care. *Cancer*, 66(3), 610-616.
- 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.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family practice*, 15(5), 480-492.
- Wolf, D. M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., & Hoffman, L. (2008). Effect of Patient-Centered Care on Patient Satisfaction and Quality of Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 316-321.
- Wynia, M., & Matiasek, J. (2006). *Promising Practices For Patient-Centered Communication With Vulnerable Populations: Examples From Eight Hospitals*.
- Yiğit, V., & Erdem, R. (2015). Türkiye'de Diyaliz Ve Böbrek Transplantasyonu Tedavisinin Maliyet Etkililik Analizi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(13), 182-205.
- Zafar, S. Y., McNeil, R. B., Thomas, C. M., Lathan, C. S., Ayanian, J. Z., & Provenzale, D. (2015). Population-based assessment of cancer survivors' financial burden and quality of life: A prospective cohort study. *Journal of Oncology Practice*, 11(2), 145-150.

Zaslavsky, A. M., Hochheimer, J. N., Schneider, E. C., Cleary, P. D., Seidman, J. J., McGlynn, E. A., Thompson, J. W., Sennett, C., & Epstein, A. M. (2000). Impact of sociodemographic case mix on the HEDIS measures of health plan quality. *Medical Care*, 38(10), 981-992.

EKLER**EK-1: ANKET FORMU**

Sevgili Katılımcı,

“Kanser Hastalarında Hasta Merkezli İletişimin Hasta Katılımı, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Hizmet Kalitesi Algısı ve Hasta Tatmini Üzerine Etkileri” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma; Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesinde kanser tanısı alıp tedavi gören hastaların hasta merkezli iletişim düzeylerini ve bu düzeyin hastaların hasta katılımı, sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri, hizmet kalite algıları ve hasta tatmini üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla Türkiye Sağlık Sistemi’ne yönelik olarak sunulabilecek çeşitli öneriler planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anketimiz 7 bölüm ve 74 sorudan oluşmakta olup yaklaşık olarak 20-25 dk sürmektedir. İlgili form sizinle yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulacaktır ve bu esnada hiçbir şekilde adınız ve soyadınız istenmeyecektir.

Vakit ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz:

Arş. Gör. Cuma ÇAKMAK

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

A. ÖNCÜ DEĞİŞKENLER

A1. Sosyo-Demografik Faktörler

1. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
2. Yaş:
3. Medeni durum: () Bekâr () Evli
4. Bakmakla yükümlü olduğunuz çocuk sayısı:
5. Eğitim seviyesi: (Lütfen en son bitirdiğiniz seçeneği işaretleyiniz.)
() Okuryazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Önlisans () 4-5-6 Yıllık Fakülte () Yüksek Lisans () Doktora
6. İkametgâh yeri:(İlçe/İl olarak yazınız.)
...../.....
8. Şu anki çalışma durumu: () Full-time çalışıyor () Part-time çalışıyor () Ev hanımı
() Emekli () Çalışmıyor
9. Hanedeki esas geliri kazanan kişi siz misiniz?: () Evet () Hayır
10. Hane halkı geliri: () 0-1000 TL () 1001-2000 TL () 2001-3000 TL
() 3001-4000 TL () 4001-5000 TL () 5001 TL ve üzeri
11. Hizmet sunumu sırasında dil problemi yaşıyor musunuz? () Evet () Hayır

A2. Hastalıkla İlgili Faktör

1. Kanser Türü.....
2. Kanser Evresi () Evre I () Evre II () Evre III () Evre IV
3. Aldığınız Tedavi Türü Nedir?
4. Ne kadar süredir tedavi görmektesiniz?..... (Ay olarak)
5. Hastalığınıza eşlik eden diğer hastalıklar (komorbidite) var mıdır?
.....
6. Bu süreç içerisinde herhangi bir cerrahi işlem geçirdiniz mi?: () Evet () Hayır
7. Algılanan fiziksel sağlık statüsü: () Çok Kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi
8. Algılanan ruhsal sağlık statüsü: () Çok Kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

A3. Kanser Tedavisine Erişim ve Tedavinin Kullanımına İlişkin Faktörler

1. Tedaviye erişim konusunda sorun yaşıyor musunuz? () Evet () Hayır

2. Ne kadar sıklıkla sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?(ayda kaç kez)

3. Sosyal güvence durumu: () SGK () Özel sigorta () Yurtdışı sigorta () SGK ve Özel sigorta () Sağlık sigortası yok

4. Sağlık hizmeti kullanımı sırasında personel size nazik davranıyor mu? () Evet () Hayır

A4. İlişki Faktörleri

1.Sağlık Personelinin sizinle kurduğu iletişim süresi ne kadardır?(dakika olarak belirtiniz)

2. Doktorunuz veya size hizmet sunan diğer sağlık çalışanlarına ne ölçüde güvenirsiniz
() Hiç güvenmiyorum () Güvenmiyorum () Kararsızım () Güveniyorum () Çok Güveniyorum

3. Doktorunuz veya size hizmet sunan diğer sağlık çalışanlarının sizin inanç ve değerlerinize karşı yaklaşımı nasıldır?

() olumlu () olumsuz

4.Doktorunuz veya size hizmet sunan diğer sağlık çalışanları mahremiyet ve özerkliğinize önem veriyor mu?

() Evet () Hayır

B. Kanser Bakımında Hasta Merkezli İletişim (PCC-Ca-36) Ölçeği

Bilgi Paylaşımı

1. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları ne sıklıkla...

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
a. Endişeleriniz ve sorularınız hakkında sizinle konuşurlar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sormasanız dahi size faydalı bilgi verirler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. İhtiyacınız olan bilgiye sahip olduğunuzdan emin olurlar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Bilmeniz gereken bilgiyi anlamana yardımcı olurlar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Sorularınızın cevaplandığından emin olurlar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları soru sormada rahat hissetmenizi ne kadar sağlarlar?

- Hiç
- Çok Fazla Değil
- Biraz
- Çok
- Çok Fazla

Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanlarıyla İlişkiler

3. İhtiyacınız olan bakımı vermeleri için doktorlarınıza ve diğer sağlık çalışanlarına ne kadar güvenebilirsiniz?

- Hiç
- Çok Fazla Değil
- Biraz
- Çok
- Çok Fazla

4. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları ne sıklıkla...

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
a. Sizi önemsediklerini gösterirler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. İki ziyaret/vizit arasında sizle ilgili detayları hatırlarlar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Sizinle açık ve dürüst bir iletişim kurarlar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Söylemeniz gerekenleri dikkatlice dinlerler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları, kanser türünüz hakkında ne kadar bilgili görünüyorlar?

- Hiç
- Çok Fazla Değil
- Biraz
- Çok
- Çok Fazla

Duyularınıza önem verme

10. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları, his ve duygularınız için ihtiyaç duyduğunuz ilgiyi ne sıklıkla gösterirler?

Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	Uygun Değil/Hislerime Önem verilsin İstemem
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları ne kadar...

	Hiçbir zaman	Çok Değil	Biraz	Çok	Çok Fazla	Uygun Değil
a. Duygusal olarak nasıl olduğunuza dikkat ederler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Sadece hastalığınıza değil hislerinize de ilgi gösterirler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Ailenizin duygusal olarak nasıl olduğuna ilgi gösterirler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Korkularınız, stresiniz ve diğer duygularınız hakkında rahatça konuşabilmenizi sağlıyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları korkularınız, stresiniz ve diğer hisleriniz ile başa çıkma konusunda sizinle ne kadar iyi konuşuyor?

Çok az	Çok İyi Değil	İyi	Çok İyi	Mükemmel	Uygun Değil
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kendi Kendine İlgilenme

13. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları sağlığınıza dikkat etmenin yollarını anlamanıza ne kadar iyi yardımcı oluyorlar?

Çok az	Çok İyi Değil	İyi	Çok İyi	Mükemmel
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları..... konularını anlamanıza ne kadar yardımcı oluyorlar?

	Hiçbir zaman	Çok Değil	Biraz	Çok	Çok Fazla	Uygun Değil
a. İyileşiyor ya da kötüleşiyor olmanız	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tedavinin amacını	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Kanserinize muhtemelen ne olacağı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Semptomlarınızın nasıl değişebileceğini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Hastalar genellikle farklı yerlerden bilgi alırlar. Doktorlarınız ve diğer sağlık çalışanları hangi bilgilerin en önemli olduğunu anlamanıza ne kadar iyi yardımcı olmaktadır?

Çok az	Pek İyi Değil	Oldukça Yeterli	Çok İyi	Mükemmel	Uygun değil/Henüz farklı yerlerden bilgi almadım
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. HASTA KATILIM ÖLÇEĞİ

Genel olarak aşağıdakilerden her birini ne sıklıkla yaparsınız?

	1=Hiçbir Zaman	2=Bazen	3=Genellikle	4=Her zaman
1. Doktor ziyaretlerinde yanına gidermek istediğin endişe ya da soruların bir listesini almak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doktor ziyaretlerinde tüm reçeteli ilaçlarınızın bir listesini yanınıza almak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doktorunuzdan size bir test, tedavi veya prosedürü ayrıntılı olarak açıklamasını istemek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Size yeni reçete edilen ilaçlar hakkındaki yan etkiler ve alınabilecek önlemler gibi bilgileri okumak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Doktorunuzu gördükten sonra bir sağlık veya tıbbi konu hakkında kendi araştırmanızı yapmak

6. Edindiğiniz her türlü sağlık bilgisini doktor ziyaretinde yanınıza almak

D. HİZMET KALİTE ALGISI

Kanser tanısı konulduktan sonra, hastalığınızla ilgili aldığınız sağlık hizmetinin kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?

1=Yetersiz

2=İyi

3=Çok İyi

4=Mükemmel

E. HASTA TATMİNİ ÖLÇEĞİ

1.Tedavi / bakımınızın etkisinden ne kadar memnunsunuz?

- Çok memnunum (0)
- Memnunum(1)
- Ne memnunum ne de memnun değilim (2)
- Memnun değilim (3)
- Hiç memnun değilim (4)

2. Doktorun / diğer sağlık çalışanlarının size tedavi / bakımınızın sonuçlarıyla ilgili verdiği açıklamalardan ne kadar memnunsunuz?

- Hiç memnun değilim (0)
- Memnun değilim (1)
- Ne memnunum ne de memnun değilim (2)
- Memnunum (3)
- Çok memnunum (4)

3. Doktor / diğer sağlık çalışanları sizi muayene ederken her şeyi kontrol etme konusunda çok dikkatliydi.

- Kesinlikle katılıyorum (0)
- Katılıyorum (1)
- Emin değilim (2)
- Katılmıyorum (3)
- Kesinlikle katılmıyorum (4)

4.Sağlık bakımınızı etkileyen kararlardaki seçimlerinizden ne kadar memnunsunuz?

- Hiç memnun değilim (0)
- Memnun değilim (1)
- Ne memnunum ne de memnun değilim (2)
- Memnunum (3)
- Çok memnunum (4)

5.Tedavi için geçirdiğiniz zamanın ne kadarında hekim / diğer sağlık çalışanları tarafından saygı gördüğünüzü hissettiniz?

- Her zaman (0)
- Çoğu zaman (1)
- Zamanın yarısında (2)
- Bazen (3)
- Hiçbir zaman (4)

6. Doktor veya diğer sağlık çalışanı ile birlikte geçirdiğiniz süre çok kısaydı

- Kesinlikle katılıyorum (0)
- Katılıyorum (1)
- Emin değilim (2)
- Katılmıyorum (3)
- Kesinlikle katılmıyorum (4)

7. Hastanede / klinikte aldığınız bakımdan memnun musunuz?

- Çok memnunum (0)
- Memnunum (1)
- Ne memnunum ne de memnun değilim (2)
- Memnun değilim (3)
- Hiç memnun değilim (4)

F. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, her grubun karşısında bulunan kutulardan birine yandaki gibi bir işaret koyarak (☑ bu şekilde), bugünkü sağlık durumunuzu en iyi ifade eden cümlecığı işaretleyiniz.

Hareket Edebilme

- Yürüyerek dolaşırken bir güçlük yaşamıyorum
- Yürüyerek dolaşırken bazı sorunlar yaşıyorum
- Yatalağım

Kendi Kendine Bakabilme

- Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı sorunlar yaşıyorum
- Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

Olağan İşler (örneğin; iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

- Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
- Olağan işlerimi yaparken bazı sorunlar yaşıyorum
- Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

Ağrı / Rahatsızlık

- Ağrı veya rahatsızlığım yok
- Orta derecede ağrı veya rahatsızlığım var
- Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlığım var

Endişe / Moral Bozukluğu

- Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

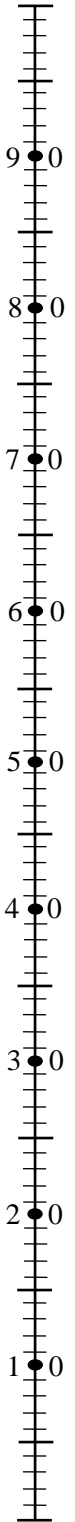
İnsanlara sağlık durumunun ne kadar iyi veya kötü olduğunu söylemede yardımcı olmak için, üzerinde hayal edebileceğiniz en iyi sağlık durumunu 100 ile ve hayal edebileceğiniz en kötü sağlık durumunu 0 ile gösterebileceğiniz (bir termometreye oldukça benzeyen) bir ölçek çizdik.

Bu ölçek üzerinde, bugünkü sağlığınızın kendi düşüncenize göre ne kadar iyi veya kötü olduğunu işaretlemenizi istiyoruz. Lütfen bunu alttaki kutucuktan, şu anki sağlık durumunuzun ne kadar iyi veya kötü olduğunu gösteren noktaya kadar bir çizgi çizerek yapınız.

**Bugünkü sağlık
durumunuz**

Hayal edilebilecek
en iyi sağlık
durumu

100



1

Hayal edilebilecek
en kötü sağlık
durumu