



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**İLETİŞİMDE JOHARI PENCERESİ: HASTANE YÖNETİCİLERİ,  
HEKİMLER VE HEMŞİRELERİN İLETİŞİM BECERİ DÜZEYLERİNİN  
KİŞİSEL AÇILIM VE GERİ BİLDİRİM DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Gölsüm Şeyma KOCA

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2016

İLETİŞİMDE JOHARI PENCERESİ: HASTANE YÖNETİCİLERİ, HEKİMLER VE  
HEMŞİRELERİN İLETİŞİM BECERİ DÜZEYLERİNİN KİŞİSEL AÇILIM VE GERİ  
BİLDİRİM DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Gölsüm Şeyma KOCA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

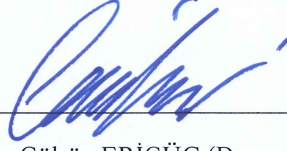
Ankara, 2016

## KABUL VE ONAY

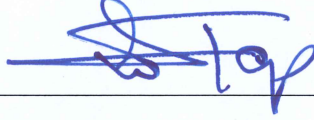
Gölsüm Şeyma KOCA tarafından hazırlanan “İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticileri, Hekimler ve Hemşirelerin İletişim Beceri Düzeylerinin Kişisel Açıılım ve Geri Bildirim Düzeyleri Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışma, 14.11.2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



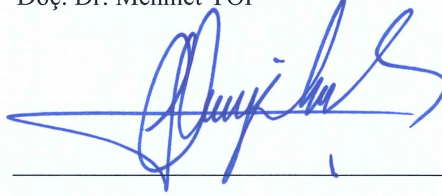
Doç. Dr. Menderes TARCAN (Başkan)



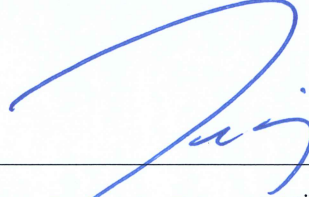
Doç. Dr. Gülsün ERİGÜÇ (Danışman)



Doç. Dr. Mehmet TOP



Doç. Dr. Oğuz IŞIK



Yrd. Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

14.11.2016

---

Gülsüm Şeyma KOCA



## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmama başlarken beni teşvik eden, cesaretlendiren, bilgi ve tecrübeleri ile beni yönlendiren, bu süreç boyunca yardım ve desteğini yoğun programına rağmen özveriyle sürdürerek çalışmama katkıda bulunan saygı değer hocam Doç. Dr. Gülsün ERİGÜÇ'e,

Veri toplama sürecim boyunca araştırmaya her türlü katkılarını sağlayan Prof. Dr. Rabia KAHVECİ' ye, Prof. Dr. Levent KESKİN'e, Başhekim Yrd. Ercan BAL'a, Doç. Dr. Nursel KOYUNCU 'ya ve diğer tüm hastane personeline,

Tez çalışmam boyunca büyük bir sabırla beni destekleyen, maddi ve manevi olarak desteklerini esirgemeyen anne ve babama, her sıkıntıda yanımda olan kardeşlerim Fatih ve Yavuz Koca'ya, beni yalnız bırakmayan tüm değerli dostlarıma,

Göstermiş oldukları sabır ve anlayış için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

KOCA, Gülsüm Şeyma, *İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticileri, Hekimler ve Hemşirelerin İletişim Beceri Düzeylerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeyleri Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.

İletişimde kullanılan bir model olan Johari Penceresi modeli, bireylerin kendilerini tanımalarına ilişkin bir modeldir. Modelde, “Kişisel Açılım” ve “Geri Bildirim” olmak üzere, modeli etkileyen iki değişim boyutu vardır. Bu boyutlarda meydana gelen değişime göre Johari Penceresi’ndeki dört alan (Açık Alan, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alan) ortaya çıkmaktadır. Kişilerin kendilerini tanımaları onların iletişim becerilerini geliştirmektedir ve sağlık kurumlarında bireylerin iletişim becerilerini etkili kullanmaları kişilerarası ilişkilerde uyum ve işbirliği sağlayan bir unsurdur. Bu nedenle bu konuların ele alınması sağlık yönetimi için önemlidir. Bu çalışmada; Johari Penceresi modeli ile yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma evreni, Ankara metropolitan alanda Sağlık Bakanlığı’na bağlı beş eğitim ve araştırma hastanesinde 30 Temmuz 2015-18 Eylül 2015 tarihleri arasında görev yapan yönetici, hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır. Örneklemi ise araştırma evreninden tabakalı örneklem seçme yöntemine göre belirlenen 463 kişiden oluşmaktadır. Elde edilen sonuçlar; yönetici, hekim ve hemşirelerin Açık Alanlarının geniş, Saklı Alan, Kör Alan ve Bilinmeyen Alanlarının ise dar olduğunu göstermektedir. Ayrıca Geri Bildirim düzeyi yönetici olma durumuna göre farklılaşmaktadır. Bununla birlikte araştırmaya katılan bireylerin iletişim becerilerinin orta düzeyde olduğu ve iletişim becerilerinin yaşa, cinsiyete, eğitime, mesleğe, yönetici olma durumuna ve çalışma sürelerine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin iletişim beceri düzeylerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri üzerine etkisi incelendiğinde; Kişisel Açılımı, iletişim becerileri boyutlarından *Sosyal Davranış, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri* boyutlarının birlikte etkilediği, Geri Bildirimi, iletişim becerileri boyutlarından, *Sosyal Davranış, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri* boyutlarının etkilediği görülmüştür.

### Anahtar Sözcükler

Kişisel Açılım, Geri Bildirim, İletişim Becerileri

## ABSTRACT

KOCA, Gülsüm Şeyma, *Johari Window in Communication: Effect of Communication Skills Levels of Hospital Managers, Physicians and Nurses on Self Disclosure and Feedback Levels*, Master's Thesis, Ankara, 2016.

Johari Window model, which is a model used in communication and it deals with self-knowledge. In this model, there are two variance dimensions affecting the model, these are Self-Disclosure and Feedback. Four areas appear on the Johari Window based on the change occurs in these dimensions. These areas are called Open Area, Blind Area, Hidden Area and Unknown Area. Individuals self-knowledge improving their communication skills and in the healthcare organizations the skill of effective communication is a factor which provides harmony and cooperation in interpersonal relations. Therefore, these issues become important for healthcare administration. In this study, it is aimed at determining the effect of communication skills levels of managers, physicians and nurses on Self-Disclosure and Feedback levels by Johari Window model. Target population of the study consists of managers, physicians and nurses from 30 July 2015 to 18 September 2015 working in five training and research hospitals affiliated to the Ministry of Health in Ankara metropolitan area. The sample group of the study consists of 463 people determined from the research population according to the method of stratified sampling. According to the obtained results, the manager, the physicians and the nurses Open areas are expanding and Blind, Hidden and Unknown areas are decreasing. Additionally, the level of Feedback differs according to the status of the manager. However, the communication skills of the individuals participating in the research are middle and communication skills differed according to age, gender, education, occupation, management status and duration of working. When the level of communication skills of individuals is examined on the level of Self Disclosure and Feedback levels; Self-Disclosure was found to be affected by the dimensions of the communication skills *Social Behavior, Harmony, Human Relations*, Feedback was found to be affected by the dimensions of the communication skills *Social Behavior, Individual Aspect in Communication, Sensitivity, Encouragement to Communicate Competence and Human Relationship*.

### Key Words

Self-Disclosure, Feedback, Communication Skills

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY .....</b>	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM.....</b>	<b>i</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>vi</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR .....</b>	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER.....</b>	<b>x</b>
<b>TABLOLAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM: GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. İLETİŞİM KAVRAMI.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. İLETİŞİM KAVRAMININ TARİHSEL İNCELENMESİ.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3. İLETİŞİMİN TEMEL AMAÇLARI.....</b>	<b>6</b>
<b>1.4. İLETİŞİM SÜRECİ.....</b>	<b>7</b>
<b>1.5. İLETİŞİM SÜRECİNİN ÖĞELERİ.....</b>	<b>8</b>
<b>1.6. İLETİŞİMİ ETKİLEYEN ETMENLER.....</b>	<b>9</b>
<b>1.7. İLETİŞİMİN TÜRLERİ .....</b>	<b>12</b>
1.7.1. Sözlü İletişim .....	12
1.7.2. Sözsüz İletişim .....	13
1.7.3. Terapötik İletişim.....	14
<b>1.8. İLETİŞİM BECERİLERİ KAVRAMI.....</b>	<b>15</b>
<b>1.9. İLETİŞİMSEL YETERLİLİK KAVRAMININ TARİHİ GELİŞİMİ .....</b>	<b>16</b>
<b>1.10. İLETİŞİM BECERİLERİ TÜRLERİ.....</b>	<b>17</b>
1.10.1. Sözlü İletişim Becerileri.....	18
1.10.1.1. Konuşma becerisi .....	19
1.10.1.2. Empati kurma.....	20
1.10.2. Sözsüz İletişim Becerileri .....	21
1.10.2.1. Dinleme becerisi .....	22
1.10.2.2. Yazma becerisi .....	24
1.10.2.3. Beden dili .....	24
<b>İKİNCİ BÖLÜM: SAĞLIKTA İLETİŞİM BECERİLERİ.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. SAĞLIK KAVRAMI .....</b>	<b>26</b>



<b>2.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İLETİŞİM BECERİLERİ.....</b>	<b>28</b>
2.3.1. Sağlık Yöneticilerinde İletişim Becerileri.....	29
2.3.2. Hekimlerde İletişim Becerileri.....	30
2.3.3. Hemşirelerde İletişim Becerileri .....	33
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: JOHARI PENCERESİ KAVRAMI.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1. İLETİŞİMDE JOHARI PENCERESİ KAVRAMI.....</b>	<b>36</b>
3.1.1. Kişisel Açılım Kavramı ve Sağlıkta Kullanımı .....	42
3.1.2. Geri Bildirim Kavramı ve Sağlıkta Kullanımı .....	44
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER .....</b>	<b>48</b>
<b>4.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....</b>	<b>51</b>
<b>4.4. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....</b>	<b>52</b>
<b>4.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI.....</b>	<b>54</b>
4.5.1. Kişisel Açılım Envanteri.....	54
4.5.2. İletişim Yeterlilik Ölçeği (Communicative Competence Scale).....	57
<b>4.6. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ.....</b>	<b>58</b>
4.6.1. Kişisel Açılım Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliği.....	58
4.6.2. İletişim Yeterlilik Ölçeği (Communicative Competence Scale)'nin Geçerliği.....	58
4.6.3. İletişim Yeterlilik Ölçeği (Communicative Competence Scale)'nin Güvenirliği .....	62
4.6.3.1. Test-tekrar test (Test-re-test sonuçları) .....	62
<b>4.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....</b>	<b>63</b>
<b>4.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....</b>	<b>64</b>
<b>4.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI .....</b>	<b>65</b>
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM: BULGULAR.....</b>	<b>66</b>
<b>5.1. TANIMLAYICI BULGULAR.....</b>	<b>66</b>
<b>5.2. ARAŞTIRMA MODELİNE İLİŞKİN HİPOTEZLERİN TEST EDİLMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3. İLETİŞİM BECERİ ALT BOYUTLARININ KİŞİSEL AÇILIM ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI .....</b>	<b>108</b>
<b>5.4. İLETİŞİM BECERİLERİ ALT BOYUTLARININ GERİ BİLDİRİM ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI .....</b>	<b>112</b>
<b>ALTINCI BÖLÜM: TARTIŞMA .....</b>	<b>115</b>

<b>YEDİNCİ BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>129</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>134</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>152</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANA	: American Nurses Association
DNY	: Dinleme Yeterliliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DY	: Duyarlılık Yeterliliği
EY	: Empati Yeterliliği
GB	: Geri Bildirim
ICN	: International Council of Nurses
IOM	: International Organization Migration
İ.B.P.	: İletişim Becerileri Puanı
İBY	: İletişimde Bireysel Yönler
İİ	: İnsan İlişkileri
İTY	: İletişime Teşvik Yeterliliği
KA	: Kişisel Açılım
n	: Örneklem Sayısı
Ort.	: Ortalama
RCGP	: Royal Collages of General Practioners
SDV	: Sosyal Davranış Yeterliliği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS.	: Standart Sapma
UK	: United Kingdom
UY	: Uyum Yeterliliği

## ŞEKİLLER

<b>Şekil 1.</b> İletişim Süreci.....	7
<b>Şekil 2.</b> Mesaj Aktarma Süreci .....	8
<b>Şekil 3.</b> Johari Penceresi .....	37
<b>Şekil 4.</b> Geri Bildirim Verme.....	40
<b>Şekil 5.</b> Bilinmeyen Yönleri Öğrenme.....	41
<b>Şekil 6.</b> Araştırmanın Modeli.....	48
<b>Şekil 7.</b> Johari Penceresi Puanlandırılması .....	70
<b>Şekil 8.</b> Hekimlerin Johari Penceresi .....	83
<b>Şekil 9.</b> Hemşirelerin Johari Penceresi .....	84
<b>Şekil 10.</b> Yöneticilerin Johari Penceresi .....	85

## TABLOLAR

<b>Tablo 1.</b> Yüksek ve Düşük Bağlam Kültürlerinde İletişim .....	10
<b>Tablo 2.</b> Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Ulusal Hemşireler Birliği (ICN)'nin Johari Penceresi Kullanarak Hemşirelik Eğitiminde İhtiyaç Duyulan Gereksinime İlişkin Yönetici ve Hemşirelerin Görüşleri .....	46
<b>Tablo 3.</b> Evrendeki Toplam Hekim ve Hemşire Sayısı .....	53
<b>Tablo 4.</b> Örneklem Alınması Gereken Toplam Hekim ve Hemşire Sayısı .....	53
<b>Tablo 5.</b> Johari Penceresi Testi (Kişisel Açılım Envanteri) Puanlandırılması .....	56
<b>Tablo 6.</b> İletişim Yeterlilik Ölçeği ve Boyutları.....	57
<b>Tablo 7.</b> İletişim Yeterlik Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları .....	60
<b>Tablo 8.</b> Test-Tekrar-Test Sonuçları .....	63
<b>Tablo 9.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bilgileri ....	67
<b>Tablo 10.</b> Araştırmaya Katılan Hekim, Hemşire ve Yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeyleri ile İletişim Becerileri Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri, Ölçek Boyutlarından Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değerler .....	69
<b>Tablo 11.</b> Johari Penceresi Gruplarının Puanlandırılması.....	70
<b>Tablo 12.</b> Araştırmaya katılan bireylerin Johari Penceresi ve İletişim Yeterlik Ölçeği Boyutları ile Tanımlayıcı Bulguları Arasındaki İlişki .....	71
<b>Tablo 13.</b> Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim ile İletişim Becerilerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları .....	78
<b>Tablo 14.</b> Yönetici, Hekim ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorlarının Değerlendirilmesi .....	80
<b>Tablo 15.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	81
<b>Tablo 16.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Medeni Durumuna Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	81
<b>Tablo 17.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	82
<b>Tablo 18.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Mesleklerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	83
<b>Tablo 19.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olma Durumuna Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	85

<b>Tablo 20.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olarak Çalışma Sürelerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	86
<b>Tablo 21.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	87
<b>Tablo 22.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Kurumdaki Çalışma Sürelerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	87
<b>Tablo 23.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları .....	88
<b>Tablo 24.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaşlarına Göre İletişim Yeterlik Skorları ...	89
<b>Tablo 25.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları.....	91
<b>Tablo 26.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Medeni Durumuna Göre İletişim Becerilerindeki Skorları.....	92
<b>Tablo 27.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre İletişim Becerilerindeki Skorları .....	93
<b>Tablo 28.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Mesleklerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları.....	96
<b>Tablo 29.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olma Durumuna Göre İletişim Becerilerindeki Skorları .....	98
<b>Tablo 30.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olarak Çalışma Sürelerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları .....	100
<b>Tablo 31.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları .....	102
<b>Tablo 32.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Kurumdaki Çalışma Sürelerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları .....	104
<b>Tablo 33.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelere Göre İletişim Yeterlik Skorları.....	106
<b>Tablo 34.</b> İletişim Becerileri Alt Boyutlarının Kişisel Açılım Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Sonuçları .....	110
<b>Tablo 35.</b> İletişim Becerileri Alt Boyutlarının Geri Bildirim Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Sonuçları .....	113

## GİRİŞ

Bireyler çoğu zaman duygu ve düşüncelerini diğer insanlarla paylaşma gereği duymaktadırlar. Bu gereksinim iletişimi oluşturmaktadır. İletişim, kişilerin duygu, düşünce, bilgi ve sahip olduğu becerilerini çeşitli iletişim biçimleri ile diğer bireylere aktarması şeklinde tanımlanmaktadır (Kılıç ve diğ., 2002: 3). İletişim, birçok uygulamalı akademik disiplin tarafından tanımlanmıştır. Ancak yaşam boyu bireylerin iletişim ile ilgili kazandığı deneyimler, birçok teorik ve felsefi iletişim araştırmacısının bu konu ile ilgili uğraşlarından alınan bilgilerden daha fazlasının öğrenilmesini sağlamaktadır. İletişim ile ilgili bilgiler; tarihsel, antropolojik ve sosyal bilimlerdeki iletişim çalışmalarında sıklıkla ele alınmaktadır. Bu alandaki ilk araştırmalar incelendiğinde, bunların Eski Yunan filozofları ve ilk öğreticileri olan Plato ve Aristo tarafından iletişim ile ilgili ilk sistematik çalışmalara uzandığı görülmektedir. Bu araştırmalarda sözlü iletişimde, konuşma ile ilgili bilgilere odaklanılması üzerine yoğunlaşmaktadır. İletişim ile ilgili araştırmalarda araştırmacılar kişilerarası, grup, kültürlerarası ve medya iletişimini içeren çeşitli alanlara odaklanmakla birlikte; dinleme, algı gibi sözsüz iletişimi içeren temel iletişim süreçlerini de ele almaktadır. Bireylerin diğer insanlarla iletişim halinde olma süreçleri, sözlü ve sözsüz iletişim kullanılarak geliştirilebilir (Schmitz, 2012: 1). Gürgeç ve diğ. (2003: 105) sözlü iletişimi, daha çok ses ve işitme ile ilişkili yüz yüze, herhangi bir araca bağlı kalınmaksızın gerçekleştirilebilen, kaynak ve alıcı arasında geçen konuşmaların her türü olarak tanımlamaktadır. Bireyler çoğu zaman duygu ve düşüncelerini ifade etmede bu araçlara başvururlar fakat bütün bunlar sözsüz iletişim ile desteklendiğinde anlamlı hale gelmektedir. Sözsüz iletişim, sözlü iletişimde kurulan mesajların anlamlandırılmasına yardımcı olan araçlardır. Beden dili, ses tonu bu araçlardandır ve bireyler arasındaki samimiyeti ortaya koymaktadır (Gürgeç ve diğ., 2003: 105). İletişim ile ilgili sözlü ve yazılı raporlar, programlar bireylerin konuşma, yazma becerilerinin geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Bu deneyimsel bilgi, iletişim etiği ve iletişimle ilgili faydalı esasların öğrenilmesini sağlamaktadır (Schmitz, 2012: 1; Griffin ve diğ., 2014: 16). Deneyimsel bilgiye yönelik uygulamada gösterilen davranışlar, becerileri şekillendirilen birer anahtardır. Araştırmacılar iletişim çalışmalarının uzun ömürlü ve temel amacının beceriler olduğunu ifade etmektedirler. İletişim becerileri, konuşma, dinleme, okuma ve

yazma ile ilişkili olup, bireylerin hedeflerine ilişkin becerilerinin tanımlanabilmesi, kişilerarası hedeflerin başarılı bir biçimde gerçekleştirilebilmesi ve uygun iletişimsel davranışlar arasında tercih yapabilme yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Gürgen ve diğ., 2003: 30; Hargie, 2004: 12-13). Etkili iletişim becerileri, kişilerarası ilişkilerde, çoğu mesleki alan ve disiplinde insanlar arasındaki ilişkileri kolaylaştırmaktadır. Bu yönüyle uzmanlaşmanın oldukça fazla olduğu sağlık alanında, önemli bir hale gelmektedir (Kumcağız ve diğ., 2011: 48; Gökdoğan ve Yorgun, 2010: 56; Tengilimoğlu ve diğ., 2014: 349). İletişimin sağlık profesyonelleri ve bu grupta yer alan bireyler içerisinde ilişkinin temelini oluşturan bir rolü vardır. Sağlık hizmetlerinde etkin bir hizmet verilebilmesi konusunda iletişime ihtiyaç duyulmaktadır. Etkin iletişim, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumlarındaki bireyleri pozitif yönden etkileyerek bireylerin iyi bir performans gösterebilmesini sağlamaktadır. İletişim becerilerinin öğrenilen becerilerden oluşması, diğer beceriler ile birlikte kullanılmasını gerektirebilmektedir. İletişim becerileri olmaksızın diğer becerilerin de etkili kullanılması zorlaşmaktadır (Akyurt, 2009: 20). Bu konuyla ilişkin olarak sağlık alanında iletişim becerileri kavramının ele alınması önemli bir hale gelmekte ve bu alanda araştırmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Kişilerarası ilişkilerde iletişimin anlaşılmasına yardımcı olarak etkileşimin kategorize etmesi yönüyle ele alınan Johari Penceresi modelinde bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirimleri ele alınmaktadır. Otong (2007: 80) Kişisel Açılım kavramını, hemşire-hekim ilişkisinde sağlıklı ilişkiler kurulabilmesi için gerekli bir unsur olduğunu ifade etmektedir. Sağlık bakımında bireyler ile doğal bir iletişimin geliştirilmesini sağlayarak, bireylerin birbirlerini anlayabilmeleri ve motivasyonları üzerine etkili olabilmektedir. Geri Bildirim ise, kişilerarası ilişkilerde başkalarının endişelerini anlamaya yardım ederek hastaların problemlerine çözüm bulma noktasında önemlidir (Eunson, 2012: 331). Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarında çalışan; yöneticiler, hekimler ve hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin Johari Penceresinin iki boyutu olan Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri üzerine etkisini belirlemektir.

Çalışmanın birinci bölümünde iletişim kavramı, iletişim kavramının tarihsel gelişimi, iletişimin temel amaçları ve süreci konusunda genel bilgiler ele alınmış olup, iletişim becerileri kavramına yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık kavramı,



sağlık iletişimi, sağlık yöneticilerinde iletişim becerileri, hekimlerde iletişim becerileri ve hemşirelerde iletişim becerileri gibi kavramlar ele alınmış olup, üçüncü bölümde ise Johari Penceresi kavramına yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümü olan metodolojide ise hastane yöneticileri, hekimler ve hemşireler için iletişim beceri düzeylerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri üzerine etkisinin belirlenmesine yönelik analizlere yer verilmiştir. Son bölümde ise istatistiksel bulgulara yönelik tartışma, sonuç ve öneriler kısmına yer verilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

Bu bölümde iletişim kavramı, kavramın tarihsel incelenmesi, temel amaçları, iletişim süreci, iletişimi etkileyen etmenler ele alınacaktır. İletişim türlerinin ele alınmasından sonra ise temel iletişim becerileri, sözlü ve sözsüz iletişim becerileri kavramlarına yer verilecektir.

#### 1.1. İLETİŞİM KAVRAMI

İletişim, günlük yaşam için gerekli ve birey olmanın temel bir yönüdür. Yaşamın birçok alanında mevcuttur. Bireyler, başka insanlardan uzak bir şekilde yaşasa bile, kendi düşünceleri aracılığıyla iletişim halinde olmaktadır. Bu durum bireylerin diğer insanlar ile nasıl iletişim kuracağını, iletişimlerini nasıl geliştireceğini anlamalarını sağlayan temel bir yaşam becerisidir. Beebe ve diğ. (2015: 4) tarihsel süreçte ‘‘iletişim’’ sözcüğünü ‘ortak, karşılıklı’ sözcükleri ile ilişkilendirmektedir. Rousengren (2006: 1), iletişim kavramını sözlü ve sözsüz mesajlar aracılığıyla, insanlar arasında mesaj alma-gönderme, anlam yaratarak başkalarının duygularını paylaşma ve dış dünyayı anlamlandırma süreci olarak ele almaktadır. Otong (2007: 3) iletişim kavramını bilgi paylaşmak, iletme, katılmak ve vermek anlamlarına gelen Latince communicare ‘iletişim kurmak’ kelimesinden geldiğini ifade etmektedir.

Riley, (2012: 3); Wood, (2014: 163); Erdoğan, (2011: 37) ise iletişim kavramını, bir kişiden diğerine bilgi iletme ve ortak anlayış süreci, iki ya da daha fazla kişi arasında karşılıklı mesaj alma ve göndermeyi içeren bilgi paylaşımı için entegre olmuş sözlü ve sözsüz davranışların bileşimi olarak ele almaktadırlar. İletişim, insanın biyolojik, psikolojik ve toplumsal varlığının geliştirilebilmesi için zorunlu olan düşünsel çabalarının tamamı olarak ele alınabilmektedir. Bütün bu düşünsel çabalar, yaşamı idame ettirebilmenin bir yolu olan beceriler kadar önemli temel bir yaşam becerisidir. Dolayısıyla bireyler, konuşmak için fiziksel yetenekle doğmuş olsalar da bu yetenekleri daha fazla geliştirmek ve iletme için özel bir çaba göstermeksizin iyi bir iletişim

kuramazlar (Lunenburg, 2010: 1; Adler ve Towne, 1978: 7). Sonuç olarak, bireylerin iletişim ile ilgili sahip oldukları özellikler, onların yaşam boyu devam eden ve gelişen özellikleridir. Bu yönüyle tarihsel süreçte iletişim düşüncesi çoğu zaman insanların birinci önceliği olarak önem taşımaktadır (Gönenç, 2007: 87). Bu kapsamda Peters (2012: 7) iletişim düşüncesinin gelişiminin incelenmesi konusuna ihtiyaç duyulduğunu ifade etmektedir.

## 1.2. İLETİŞİM KAVRAMININ TARİHSEL İNCELENMESİ

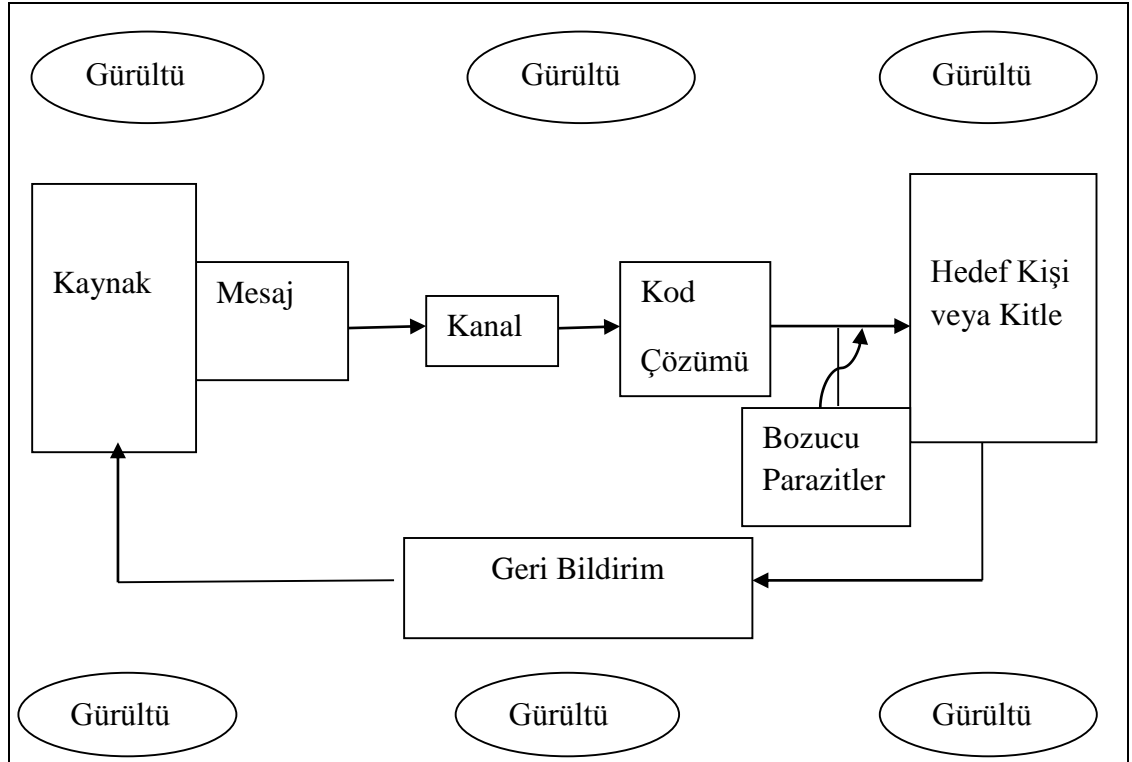
İletişim düşüncesi, birçok dilde ortak anlamlar içermektedir. Bu anlamlandırmalar bir kişiden diğerine mesajları iletme için bir araçtır. Tarihsel süreçte iletişim ile ilgili ilk modellerde mesaj aktarılmasının teknik yönü vurgulanmıştır. Bu anlamda Harold Laswel 1948’de iletişimi, “Kim? Ne söylüyor? Kime? Ne etkisi ile?” şeklinde basit bir şekilde tanımlamıştır. Laswel, 1948’deki modelinde “Kim? ve Kime?” ifadeleri ile insanların kararlarının her birinin arkasındaki, psikolojik etkinin ele alınması vurgulanmakta iken, modelinin bir bölümü olan “Ne Diyor?” ifadesi ile de kültürel etkileşim üzerine ne söylendiği ve tahmini durumlar, dilin anlamlandırılması dâhil olmak üzere bütün bir toplumsal süreç ele alınmaktadır. Modelin son kısmında ise iletişimin “Ne etkisi ile” olduğu meselesi ele alınmaktadır. İletişim ile ilgili diğer modellerden olan Shannon ve Weaver’ in 1949 yılındaki modeli ise oldukça basit olmasının yanında bu faktörlere bir faktör daha eklemekte, gürültü kavramını ele almaktadır. İlerleyen yıllarda iletişim Alfred Korzbski, S.I. Hayakawa ve Irving J. Lee gibi araştırmacıların insanların genel semantik (anlam bilimi) dili nasıl kullandıklarını anlatmaya çalışılması ile gelişmiştir (Aktaran: Eunson, 2012: 4). John Durham Peters ise 1999’da iletişim ile ilgili mesajları iletme için teknolojinin kullanımı fikrini savunmuştur. Peters 1999’da iletişimi, yaygınlaştırma ve diyolog olarak iki temel modelde tanımlamıştır. Ancak, yaygınlaştırma ve diyolog “kitle iletişim” ve “kişilerarası iletişime” karşı sürdürülebilirliğini koruyamamıştır. Sonuç olarak, iletişim fikri 20.yy’ın önemli konularından biri haline gelmiş, toplumun güç yapısının yansıtılması, iletişimin nasıl olabileceği ve temel amaçlarını ortaya koyma noktasında önem arz eden bir unsur haline gelmiştir (Aktaran: Eunson, 2012: 5-15).

### 1.3. İLETİŞİMİN TEMEL AMAÇLARI

Kroon, (1990: 373) iletişimin amacını, iletişim kurulan bireye mesajın net bir şekilde iletilmesi, belirli bir aktiviteyi gerçekleştirebilmek için bilgilendirme olarak ele almaktadır. Bireyler, insanların içsel duygu ve düşüncelerine erişebilmek için; gördükleri, duydukları ve deneyimleri ile sonuçlar çıkarabilmektedirler. Çünkü iletilen mesajın ne anlama geldiği ve nasıl iletişim kurulması gerektiği, ne şekilde bir etki oluşturduğu benzer durum ve sistemlerin oluşması ile olmaktadır (Samovar ve diğ., 2009: 17). İletişimde bu benzer durum veya sistemler, belirli amaçların gerçekleşmesi ile ilgilidir. Bireylerin yaşamları boyunca iletişim ile ilgili davranışlarının birtakım amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlar kimi zaman kişiyi bilgilendirme, kimi zaman anlamak, ikna etmek, yönetmek, yönlendirmek amaçlı olmaktadır. Bütün bu amaçların sonuçları anında veya daha uzun bir sürede elde edilebilmektedir. İletişim ile ilgili amaçlara ait beklentiler; “gecikmeden ödüllendirme” veya “sonradan ödüllendirme” olarak iki türde ele alınabilir. Bunun sonucunda iletişim halinde olan bireyler bazen iletmek istediklerini üretirken veya aktarırken ödüllendirilmiş olurlar. Örneğin, bir öğretmen için mesleğinde elde etmiş olduğu başarıya yönelik takdir duyması sonradan ödüllendirmeyi ifade etmektedir. Bu durum “araçsal” bir iletişim aracını oluşturmaktadır. Bir yönetici için toplantıda yeni projelerini anlatırken duyduğu keyif ve hedef kitlesi ile paylaşılmasına yönelik duyduğu beklenti ise geciktirilmeden ödüllendirilmedir. Bu durum “tüketime” yönelik bir iletişim aracını oluşturmaktadır (Zıllıoğlu, 2007: 26). Richards ve Schmidt (2014: 3) ise, iletişimin temel amaçlarını açıklarken iletişimi; sosyal etkileşimde kullanılan yüksek düzeyde öngörülmezlik, yaratıcı düşünce ve mesaj içeren bir araç olarak ele almaktadırlar. Buna göre, iletişimin temel amacı; sözcüklerin doğru yorumlanmasında ipuçları vermesi, dilin uygun bir şekilde kullanılmasına olanak sağlaması ve çevremizdeki kişilerin davranışlarının değişimi sağlayarak gelişiminde etkin olmak olarak düşünülebilmektedir (Richards ve Schmidt, 2014:3; Zıllıoğlu, 2007: 28).

#### 1.4. İLETİŞİM SÜRECİ

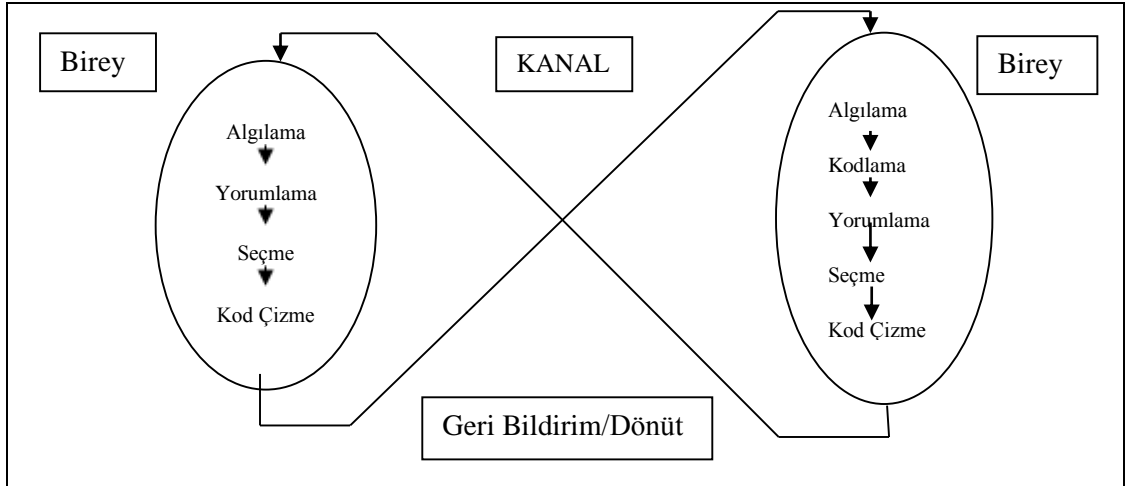
İletişim sürecinin bir takım öğeleri vardır ve iletişim kurulabilmesi için bu öğelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu öğeler; kaynak, mesaj, kanal, alıcı ve geri bildirimdir. İletişim süreci, kişilerin aktardığı mesajların algılaması ile başlamaktadır. Bilgi, düşünce, tutumların ortak semboller kullanılarak birey ve gruplar arasında iletilmesiyle de gerçekleşebilmektedir. Bu süreç mesajın ulaştığı kaynağın, aktarılmak istenilen mesajı uygun araçlarla birey ve gruplara iletilmesi sonrasında, bu bağlamsal faktörler ile bireyin çevresel ilişkilerini değiştirmesi ve geliştirmesi ile tamamlanmaktadır. Mesaj gönderen ve alıcı arasındaki döngüsel etkileşimi içeren iletişim süreci Şekil 1’de ifade edilmektedir (Mısırlı, 2013: 7; Akgöz ve Sezgin, 2009: 14; Moran ve diğ., 2014: 38).



Şekil 1. İletişim Süreci

**Kaynak:** Akgöz ve Sezgin, 2009: 14

Gönderen ve alıcı arasında gerçekleşen döngüsel iletişimde, mesajı gönderen kişi, alıcıya mesajı göndermekte ve alıcı anlatılmak istenileni anladığında, etkili bir iletişim gerçekleşmiş olmaktadır. İletişim sürecinde; gönderici ve alıcı bir kişi ya da grup olabilmektedir ve aktarılan mesajın içeriğinin ne olduğu, nasıl semboller kullandığı mesaj da daha önemlidir. Alıcı tarafından mesajın alınması ve yorumlanması sürecinde bireylerin algısal tercihleri bağlamında bilgiyi algılamada seçici olabilmekte, bilginin taşıdığı önem doğrultusunda farklı eğilimler gösterebilmektedir. Bu durumda bireylerin öz-benliği, ihtiyaçları, değerleri, beklentileri, hedefleri, standartları, kültürel normları ve kişiliği mesajın alınması ve yorumlanmasında etkilidir. Dolayısıyla bu süreç, bireylerin bireysel birtakım normlarına göre değişebilmekte, aynı mesaj farklı bireylerde farklı anlamlandırmalar oluşturabilmektedir. Bu sürecin etkin bir şekilde gerçekleşebilmesi iletişim sürecindeki bir takım öğelere göre gerçekleşebilmektedir. Mesaj aktarım sürecine ilişkin bilgiler Şekil 2’de ifade edilmektedir (Moran ve diğ., 2014: 39).



**Şekil 2. Mesaj Aktarma Süreci**

**Kaynak:** Mısırlı, 2013: 9

## 1.5. İLETİŞİM SÜRECİNİN ÖGELERİ

İletişim sürecinin etkin olabilmesi için iletişim öğelerinin bir arada olması gerekmektedir. Çünkü iletişim süreci bireylerin kültürüne, özelliklerine, psikolojik ve sosyolojik faktörlere göre değişim göstermektedir. İletişim sürecindeki bütün unsurlar,

gönderen kişinin aktaracağı iletiyi düzenleyip, kodlamaya başvurması, alıcının gönderen kişinin mesajını algılayabilmesi, çözümleyebilmesi ve bunun ile ilgili fikir edinebilerek geri bildirimde bulunması sürecindeki yer alan tüm unsurlar iletişimin öğelerini oluşturmaktadır. Nazik ve Bayazıt (2005: 105)'a göre iletişimin öğeleri aşağıda kısaca açıklanmaktadır:

*Gönderici (Kaynak):* İletişim sürecini başlatan, üretilen bilginin çeşitli simgeler yoluyla iletilmek istenilen kişi, grup ve ya kurumlara gönderme işlemini gerçekleştirendir.

*Mesaj:* Göndericinin iletmek istediği iletilerdir ve anlaşılabilir olması için bu iletilerin semboller ile kodlanması gerekmektedir.

*Kanal:* Mesajın bireylere iletilmesinde etkili olan araç ve gereçlerdir ve iletişimin gerçekleşmesinde etkili olan taraflar arasındaki bağıdır.

*Alıcı:* Gönderilen iletiyi alan ve bunu algılayarak anlamlandırarak bir fikir edinen birey veya gruplardır.

*Geri Bildirim:* Alınan iletinin geriye doğru bilgi akışının sağlanmasında, istenilen bir şekilde hedefe ulaşmış, ulaşmadığına etkili olan unsurdur.

Yukarıda açıklanan iletişim öğeleri iletişim sürecinin doğru bir şekilde gerçekleşmesi için gereklidir (Nazik ve Bayazıt, 2005: 105-108). Bu süreçler iletişim akışını etkilemektedir ve iletişimi etkileyen birçok faktör bulunmaktadır (Mısırlı, 2013: 24). Küreselleşme, kültür, teknoloji, çevre ve zaman bu faktörler arasındadır. Bu faktörlerden kültürel faktörler iletişim ile ilgili anlaşmazlıkları gidermekte, konuşmaya dayalı problemlerde iletişime yardımcı olmaktadır (Kılıç ve diğ., 2002: 111; Bayar, 2008: 25; Mısırlı, 2013: 33).

## **1.6. İLETİŞİMİ ETKİLEYEN ETMENLER**

İletişimi etkileyen etmenlerden biri olan küreselleşme, birçok disiplin içerisinde kullanılan ve çoğu dilde ortak bir terim haline gelen bir unsurdur. Küreselleşme tanım olarak “Dünya ekonomilerinin entegre haline gelmesi” olarak tanımlanmaktadır. Küreselleşme kavramının ele alınmasıyla beraber, kültür kavramı, kültürlerarası iletişim

kavramı önem kazanmaktadır (Samovar ve diğ., 2009: 2). Kültür kavramı tanım olarak bireylerin davranışlarında etkili olan somut veya somut anlam ifade eden değerlerden oluşan bir bütündür (Demirel ve Tikici, 2004: 53). Samovar ve diğ., (2009: 20-21) kültür kavramını, düşük ve yüksek bağlam olarak iki farklı şekilde kategorize etmektedir. Düşük ve yüksek bağlamdaki kültürlerin sözlü ve yazılı mesaj aktarımlarında farklı iletişim çeşitleri ve farklı tutumlar gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla, yüksek bağlamdaki kültürlerde bilgilerin çoğu, mesajın içeriğinden anlaşılmakta iken düşük bağlamdaki kültürlerde, mesajın içeriği daha az önemlidir ve yazılı iletişim sözlü ifadelerden daha önemlidir. Almanya, İskandinav ve Kuzey Amerika kültürleri düşük bağlamdaki kültürler arasında ele alınabilmektedir. Yüksek ve düşük bağlamdaki kültürler için iletişimde etkili olan etmenler Tablo 1’ de gösterilmektedir.

**Tablo 1. Yüksek ve Düşük Bağlam Kültürlerinde İletişim**

	<b>Yüksek Bağlam</b> (Japonya, Birleşik Arap Emirlikleri)	<b>Düşük Bağlam</b> (Almanya, Kuzey Amerika)
Tercih edilen iletişim stratejisi	<i>Dolaylılık, nezaket, belirsizlik</i>	<i>Acele, yüzleşme, açık</i>
İletişim kelimelerine güven	<i>Düşük</i>	<i>Yüksek</i>
İletişimdeki sözsüz işaretlere güven	<i>Yüksek</i>	<i>Düşük</i>
Yazı kelimelerin önemi	<i>Düşük</i>	<i>Yüksek</i>
Yazılı yapılmış anlaşmalar	<i>Bağlayıcı değil</i>	<i>Bağlayıcı</i>
Sözlü yapılmış anlaşmalar	<i>Bağlayıcı</i>	<i>Bağlayıcı değil</i>
Detaylara dikkat etme	<i>Düşük</i>	<i>Yüksek</i>

**Kaynak:** Samovar ve diğ., 2009: 21.



Samover ve diğ. (2009: 18-19); Tutar ve Yılmaz (2013: 190) iletişimi etkileyen önemli etmenler olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu etmenlere sırasıyla aşağıda yer verilecektir:

- ✓ **Kültürel bağlam;** en geniş bağlamsal bileşendir. İletişim esnasında toplum tarafından belirlenmiş kurallar ve öğrenilmiş davranışlar, tüm çevresel faktörleri içeren kültürel bağlam ile ilgilidir. Kültürel bağlamda bireylerin aralarındaki iletişim, kültürel olarak gösterilmiş olunan özelliklerden etkilenmekte ve aralarındaki ikna süreçlerini etkilemektedir. Bu süreçte birey için önemli olmayan bir özellik, içinde bulunduğu toplum veya grup için önemli olabilmektedir.
- ✓ **Çevresel bağlam;** iletişimde bulunulan çevre ve davranışlar ile ilgili olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, bireylerin sahip oldukları bazı temel iç gözlemler, insanların her çevrede aynı davranışları göstermediğini oraya koymuştur. Çevresel bağlam, kültürel çevre ile ilgili yerleşmiş olan geçerli birçok kural ve davranışlar için rehberlik sağlamaktadır.
- ✓ **Durumsal Faktör;** bütün çevresel ve davranışsal koşullar iletişim ile ilgili durumsal faktörleri etkileyerek bireylerin davranışlarının kontrolünü sağlamaktadır. Bu durumsal faktörler belirgin bir şekilde farklı davranış şekilleri göstermektedir. Örneğin, Amerikalı bir Protestan'ın cenazesinde hüzünlü ve sesiz bir şekilde anmak bir kuralken, İrlandalı bir kişinin cenazesinde ise, canlı müzikli bir anma kural olabilmektedir.
- ✓ **Zamanın etkisi;** ince ve sıklıkla gözden kaçan bir etkidir ve iletişim kurulmasını etkilemektedir. İletişim kurulurken eğer zaman çok az ise, harcanılan vakit önemli hale gelmektedir. Bu nokta karşımızdaki birey ile iletişim kurulurken zamanın az olması aceleci bir şekilde konuşulmasına neden olabilmektedir ve iletişime engel olabilmektedir.
- ✓ **İnsanların sayısı;** iletişimin akışını etkileyen bir etmendir. Bireylerin bir kişi ile konuşma durumuyla bir grupta ya da daha fazla sayıda insan ile iletişim halinde olma durumu ve hisleri farklıdır. Örneğin, Japonlar küçük gruplar ile etkileşime geçmeyi formal halk konuşmalarına göre daha fazla hoşlanmakta ve daha az rahatsızlık duymaktadırlar.

## 1.7. İLETİŞİMİN TÜRLERİ

İletişim çok boyutlu, etkileşimli bir süreçtir. Bu süreçte, bir bireyin etkileşimine diğer bireyin ne şekilde tepki vereceği; kelimeleri içeren sözlü iletişim, gözle görülebilir vücut hareketleri ve beden dilini içeren sözsüz iletişim ile ortaya konulabilmektedir (Esposito, 2007: 4). Buna göre, sözlü iletişim; kelimelerin oluşturduğu çağrışım, duygu ve fikirlerin kelimeler ile ifade edilmesi olarak ele alınabilirken, sözsüz iletişim; sözsüz hareketler ve beden dilini ifade etmektedir. Terapötik iletişim ise sağlık çalışanlarının kendi aralarında ve hastalar ile etkileşimini ifade etmektedir. Bütün iletişim çeşitleri, iletişimde bulunulan kaynağın tutumuna göre değişik etkiler göstermektedir. Bireyler, sözlü ve sözsüz iletişimi içeren çeşitli iletişim türlerini kullanarak kişilerarası iletişimde etkili olabilmektedir. Bu kapsamda aşağıda iletişim türlerine yer verilecektir (Boyd, 2005: 175; Ball ve Byrnes, 1960: 30).

### 1.7.1. Sözlü İletişim

Sözlü iletişim, sözlü öğelerle gerçekleştirilen karşılıklı konuşmaya dayalı mesaj aktarımı, kaynak ve alıcı arasında gerçekleşen bir iletişim çeşididir. Sözlü iletişimin gerçekleşmesi için, kurulan cümlenin mesaj içermesi, kaynak ve alıcı arasında gerçeklik ilişkisinden doğan bir anlamlılık ve etkileşimi sağlayan bir kod olmalıdır. Sözlü iletişimin kolay açıklanabilir olması, oldukça fazla tercih edilmesine neden olmaktadır. Bireylerin karşılıklı konuşması ile ortaya çıkan sözlü iletişim, dil ve dil ötesi kavramları ile ele alınmaktadır. İletişim halinde olan tarafların birbirlerine karşılıklı tepki verebilmesini sağlamasından dolayı önemlidir (Tutar ve Yılmaz, 2013: 80; Küçük ve diğ., 2016: 34; Saraç, 2006: 109). Günlük yaşamda kullanılan bu iletişim, sözlü iletişimi oluşturmaktadır ve bireyler günlük yaşamlarının önemli bir bölümünü sözlü iletişim kurarak geçirmektedir. Daha çok konuşma odaklı gerçekleşen iletişim, sözlü iletişimin bir yolu olarak ele alınabileceği gibi, yüz yüze görüşmeler, brifingler, sözlü sunular, konferanslarda sözlü iletişimde kullanılabilir (Tutar ve Yılmaz, 2013: 81).

Sözlü iletişim; zaman, dil, mekân, ortamın farklılaşması gibi faktörlerle birlikte ele alınabilmektedir. Toplumsal değişim, bulunulan yer ve diğer birçok faktör değişiklik göstermesine rağmen sözlü dil olarak ele alınan bir takım öğeler aynı kalmakta ve kullanılan kelimelerde bir değişiklik olmamaktadır. Bu temel öğelerden biri olan dil, bireylerin bireylerle, bireylerin toplumla etkileşiminin sağlanması için sürekli bir değişim içerisinde, dinamik ve değişen bir yapıdadır (Bekcan, 2015: 11). Bununla beraber sözlü iletişimde kullanılan dil ile sözsüz iletişim, birbirinden farklı kodlamalarla ele alınmakta, sözsüz iletişimdeki tutumlara göre değişebilmektedir. Dolayısıyla, sözlü iletişimin sözsüz iletişim ile desteklenerek kullanılması gerekmektedir (Fieding, 2006: 493). Bu durum bireylerin, sözlü iletişimi etkin bir biçimde kullanarak öğrenmesini sağlamakta ve çoğu disiplin içerisinde bireylerin başarılı olmasını sağlayarak hem birey hem de toplum için önemli olmaktadır (Saraç, 2006: 109-110).

### **1.7.2. Sözsüz İletişim**

Sözsüz iletişim; iletişimde sözcüklerin kullanılmaması, karşılıklı aktarılmak istenilen mesajın iletilmesidir. Mesajların yazılı ve sözlü olarak aktarılması dışında kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Locker, 2003: 296). Krüger (2008: 2), sözsüz iletişimi, kavram olarak “kelimelerin kullanılmadığı çoklu iletişim kanalları” olarak tanımlamaktadır. Sesli dil, işaret dili ve yazılı dil üzerinden gerçekleştirilemeyen bir iletişim türüdür. Çoğunlukla sözsüz iletişimde bulunulan işaretlemeler (beden dili, yüz ifadeleri) yoluyla gerçekleştirilmektedir (Locker, 2003: 296).

Sözsüz iletişimdeki çeşitli işaretlemelerin, sembol ve imgelerin kullanılması, bireylerin kullandıkları beden dili tarihsel süreçte ilk anlaşma araçlarından. Bireyler sözsüz iletişimi kullanarak başkalarına bir takım anlamları anlatma ihtiyacı duymakta, sözlü iletişimin akıcılığını sağlanmasına gerek duyulmaktadır. Sözsüz iletişimde kullanılan jest ve mimikler, yüz ifadeleri, el, kol hareketleri, göz teması gibi kullanılan bütün kodlamalar kişilerarası ilişkilerde sıklıkla başvurulan ve bireylerin günlük yaşamlarında sıklıkla farkına varmadan kullandıkları araçlardır (Akgöz ve Sezgin, 2009: 54-55; Tutar ve Yılmaz, 2013: 85).

DePaulo (1992: 203) kişilerin sözlü ve sözsüz iletişim sayesinde iletişimde buldukları insanlara kendilerini daha net bir şekilde anlatabildiğini ifade etmiştir. Bu kapsamda sözsüz ifadelerin, iletişimde önemli anlamlandırmaları ortaya çıkardığını vurgulamıştır. Krüger (2008: 3) buna ilişkin olarak sözlü ve sözsüz iletişimin birbiriyle senkronize bağlantılı olduğunu ifade etmiş ve sözsüz ipuçlarının sözlü mesajlar ile birlikte kullanıldığını belirtmiştir. Bireylerin iletişim kurmadan önceki otuz saniye içerisinde izlenimin oluşturduğu konusu ele alındığında sözsüz iletişimin bireylerin duygu ve düşüncelerini ortaya koymada ne kadar önemli bir role sahip olduğu anlaşılmaktadır. Tüm bu sonuçlar sözsüz iletişimin önemini vurgulanmaktadır (Akgöz ve Sezgin, 2009: 56-57). Bununla birlikte Tamparo ve Lindh (2012: 15) sözsüz iletişimdeki bir takım öğelerin klinik iletişimin sağlanmasında kullanıldığını ve çoğu sağlık bakım sağlayıcısının terapötik iletişimde sözsüz iletişimi kullandıklarını ifade etmektedirler. Dolayısıyla terapötik iletişim, bireyler arasında ilişki kurulmasını sağlamaktadır.

### **1.7.3. Terapötik İletişim**

Terapötik iletişim, tedavi amacı ile yardım alan birey ile veren arasında karşılıklı oluşan iletişimdir. Etkileşim, empati, kişilerarası iletişim ve dilin kullanımı şeklinde etkili olan etmenlerden oluşmaktadır ve terapötik iletişimin atırılması, tedaviyi veren ve birey arasındaki karşılıklı bilişsel ve duygusal hizmetleri kolaylaştırmak için geliştirilmiş bir takım süreçlerden de etkilenmektedir. Terapötik iletişimde tedaviyi veren, bireyin duygusal süreçlerini ve neler hissettiğini anlamakta ve edindiği bilgiler doğrultusunda bireylerin hangi süreçleri yaşayacağını bilmektedir. Bu noktalarda bireye psikolojik yardım sağlamaktadır (Knapp, 2015: 11; Wachtel, 2011: 11; Bekcan, 2015: 40; Otong, 2007: 55). Terapötik iletişimin kaliteli gerçekleşmesinin en temel noktalarından birisi de tedavi verenin göstermiş olduğu tutumdur. Tedaviyi verenin temel amacı tedaviyi alan ile birlikte kendisine gelen problemi çözebilmek için terapötik çalışma ile uyumlu ilişki kurmak ve bu durumun çözümüne yönelik olumlu sonuçlar elde edebilmektir (Özkurt, 2010: 37). Bu durum bireyin diğer insanlar ile iletişim içerisine girme ve bulunduğu yere uyum gösterebilme becerisi için gerekli olan bir faktördür. Temelinde insan ilişkileri olmakla birlikte çeşitli boyutları bulunmaktadır (Bekcan, 2015: 4). Bu boyutlar

“saygı, empati, saydamlık, somutluk, kişisel açılım, yüzleştirme” ve “ilişkinin şimdiliği ve buradalığı” kavramlarıdır (Bekcan, 2015: 40). Terapötik iletişim aynı zamanda etkileşimli iletişimin temelidir. Bu durum bireyler arasında ilişkileri kurmak için fırsatlar tanımakta, hekimin deneyimlerini anlamayı, bireyselleşmeyi hazırlamakta, hekim odaklı aracılık ve sağlık bakım kaynaklarının en iyi şekilde kullanımını sağlamaktadır. Çoğunlukla, hekim, hemşire, hasta arasındaki ilişkilerin rahat, uyumlu, güvenilir olmasında etkilidir, terapötik etkileşimdeki bu etkileşimin iletişim için önemli olduğu vurgulanmaktadır (Otong, 2007: 55).

### 1.8. İLETİŞİM BECERİLERİ KAVRAMI

Beceri, “*Bireyin yatkınlık ve öğrenimine bağlı olarak bir işi başarma ve bir işlemi amacına uygun sonuçlandırma yeteneği, maharetidir*” (Türk Dil Kurumu). İletişim becerisi, kaynağın gönderdiği iletileri doğru bir şekilde uygun semboller ile kodlanması ve alıcıya iletilmesindeki süreçlerin eksiksiz yerine getirilebilmesi için gereken etkili cevap verebilme becerilerinin tamamıdır (Deniz, 2003: 8). Bireyin kendisini ve diğer insanları tanıyarak çevresindeki insanlar ile anlamlı ilişkiler kurabilmesi, duygularının farkında olarak diğer insanların duygularının farkına varması ve sorunlar ile etkili baş edilebilmesidir (Kuzu ve Eker, 2010: 15). Bu süreç, diğer insanlara geribildirim verme, pratik uygulama, gözlem ve fırsat yaratma deneyimlerini gerektirmektedir. Bireylerin; empati kurma, aktif dinleme, geri bildirim alma-verme, sözlü-sözsüz iletişim, onaylama-reddetme becerisi, müzakere, işbirliği ve ekip çalışması, ilişki kurabilme ve ortak bir toplum olabilme becerilerini içermektedir. Etkili iletişim becerisi; kişisel ilişkiler, sosyal gruplar ve ilişkilerin geliştirilmesinde, benlik saygısının artmasında, çevrenin kabulü ve desteğinin artmasında önemli olmaktadır. İletişim esnasında hassas konuların açık bir biçimde konuşulması, iletişime ilişkin değer ve fikirlere geniş bir bakış açısından bakılmasını sağlayarak problemlere çözüm bulunmasına yardımcı olmaktadır. Toplumun genelinde sağlıklı, pozitif katılımlı sorumlu davranışlar geliştirilebilmesi için insanları teşvik etmektedir. Dolayısıyla, iletişim becerilerinin etkin kullanımı, bireylerin bilinçli kararlar vermelerine ve esnek olmalarına yardımcı olmaktadır (International Organization Migration (IOM), 2009: 48).

## 1.9. İLETİŞİMSEL YETERLİLİK KAVRAMININ TARİHİ GELİŞİMİ

Bireylerin sosyal yaşantılarında kendi hedeflerine ulaşabilmeleri, onların iletişimsel yeterlilikleri üzerinde oldukça büyük bir önem taşımaktadır. İletişimsel yeterlilikle ilgili ilk tartışmalar, insanların diğer insanlarla nasıl iletişim kurmaları gerektiği ile ilgilidir. İletişimsel yeterlilik fikri tarihsel süreçte birçok araştırmacı tarafından ele alınmıştır. Bu noktada, iletişimsel yeterliliğin tarihinin anlaşılabilmesi için yüzyıllar öncesini incelemek gerekmektedir. Eski Yunan ve Roma filozofları; Aristo, Plato ve Cicero iletişimsel yeterliliğin ne olduğunu, iletişimsel yeterliliğin nasıl görüldüğü ve ne şekilde çalıştığını tanımlama girişiminde bulunan ilk düşünürlerdir. Buna yönelik olarak iletişim yeterliliğe ilişkin ortaya çıkan modellerin, dayanak noktası Benjamin Bloom tarafından 1956'da atıf yapılarak geliştirilen, oldukça fazla kullanılan modeldir. Aslında iletişimsel yeterlilik, Yunan ve Roma her iki aristokrasi arasında kamu tartışması ve diyalektik olarak, özellikle iletişim eğitimi kavramından hareketle toplum önünde konuşma için bir ihtiyaç olarak ele alınmıştır. Bu tartışmalar iletişimsel yeterlilik kavramının yüzyıllarca nasıl görüldüğünün görülmesini sağlamaktadır (Kovačić, 1997: 25; Eunson, 2012: 444; Rickheit ve Strohner, 2008: 34). İletişimsel yeterlilik fikrinin bilimsel tarihi, bireylerin dili kullanma becerilerinin kavramsal ve durumsal faktörlerden etkilenmeden iyi bir dilbilgisi üzerine odaklanılmış dil tabanlı teoriyi ortaya çıkaran dilbilimci Noam Chomsky tarafından 1960'larda başlamıştır. Chomsky iletişimde dilin kullanımında "yetkinlik" ve "performans" üzerine odaklanmıştır (Chomsky, 1965: 17). Chomsky'nin soyut olarak ele aldığı bu kavramı Hymes 1962, 1964, 1972 yıllarında, gramer kurallarının bilinmesinin konuşma dili ve iletişim için yeterli olmadığını vurgulayarak, kim, ne söylüyor, en uygun bir biçimde nasıl söylenir şeklinde ele almaktadır (Rickheit ve Strohner, 2008: 15; Hymes, 1972: 281). John Wiemann (1977), Spitzberg ve Cupach (1984)'in de katkıları ile iletişimsel yeterlilik kavramı kapsamlı bir şekilde geliştirilmiştir. Bu kapsamda John M. Wiemann (1977)'de iletişim yeterliliği 5 boyuttan oluşan bir model ile incelenmiştir.

Buna göre iletişimsel yeterliğe ilişkin kavramlar aşağıda verilmektedir;

1. Bağlanma/destekleme Becerisi,
2. Sosyal Rahatlama Becerisi,
3. Empati Becerisi,
4. Davranışsal Esneklik
5. Genel İletişim Yeterliğidir.

Modelin ana faktörü ise genel iletişim yeterliğidir. Wiemann modeli, Goffman'ın iletişimsel yeterlilik ile ilgili çalışmalarının ilk yaklaşımlarına dayalı olarak ele alınmıştır (Wiemann, 1977: 197). Benzer şekilde Spitzberg ve Cumpach (1984: 28) iletişimsel yeterliliği doğruluk, açıklık, anlaşılabilirlik, tutarlılık, uzmanlık, verimlilik ve uygunluğu kavramları ile ele almışlardır. Daha sonralarında ise iletişim yeterlilik ile ilgili çalışmalarda Greene ve Burleson ise bireyden ziyade ilişkiler üzerine odaklanmıştır. Cushman ise teorik kuralla, belirlenmiş davranış kalıplarına göre iletişimin kullanımı olarak ele almıştır (Aktaran: Kovačić, 1997: 2; Aktaran: Rickheit ve Strohner, 2008: 20). Bilimsel araştırmalar sonucunda elde edilen bu araştırmalar geçmişten günümüze iletişim becerilerinin anlaşılmasını ve değerlendirilmesini sağlamaktadır (Moran, 2010: 7).

## 1.10. İLETİŞİM BECERİLERİ TÜRLERİ

Bireyler iletişim becerilerini çoğu zaman amaçları doğrultusunda sahip olduğu becerilere göre kullanmaktadırlar (Barker, 2010: 5). Bu durum kimi zaman kelimelerin etkili kullanımını içeren sözlü becerileri içermekte iken; kimi zaman ise iletişimi anlama ve beden dilini içeren sözsüz becerilerin kullanımını ifade etmektedir (Barker, 2010: 10). Sözsüz becerilerden dinleme, konuşma, yazma becerileri, sıklıkla kişilerarası iletişimde ve karar verme süreçlerinde kullanılmaktadır. İletişim becerilerinin türlerini ifade etmekte olan bu beceriler, kişilerarası iletişimde akıcı bir şekilde konuşabilme ve yazabilmeyi kolaylaştırarak bireylerin kavrayışlarını etkilemekte, karşıdaki bireyin dikkatli bir şekilde dinlemesini sağlarken, yazma konuşma ve dinleme becerisi başarılı bir iletişimin kurulmasına olanak sağlamaktadır (Publishing, 2009:3). Bu beceri türlerinden biri olan sözlü beceriler bireylerin davranışları, tutumları ve duygularını yansıtılmasında oldukça etkili olabilmektedir (Nielsan, 2008: 54).

### 1.10.1. Sözlü İletişim Becerileri

Sözlü iletişim kavramı olarak çoğunlukla konuşma ve görüşmeye dayalı informal bir iletişim biçimi olarak ele alınmaktadır. Bu tür iletişimlerin çoğu temelde ikna edici bir şekilde konuşma ve empati kurma, aktif dinleme ile ilişkili oluşan profesyonel ilişkilerdir (Butterfield, 2013: 74). Konuşma ve empati kurularak gerçekleştirilen sözel iletişimlerde bireylerin duygu ve düşüncelerinin sözel süreçlerde kullanılması, sözlü iletişim becerilerini oluşturmaktadır (Levent, 2011: 79). Kişilerarası iletişimde önemli olan bu beceriler, yüz yüze karşılıklı sözlü mesaj aktarımında bulunulması yolu ile gerçekleşmektedir ve bireylerin iletişim sürecindeki başarısı sözel iletişim becerilerini kullanma durumundaki başarısına bağlı olarak etkilenen bir faktördür (Şahin, 1997: 13; Erkuş ve Günlü, 2009: 8). Sözlü iletişimden yararlanılarak oluşturulan bu beceriler, sözlü iletişimde “dil ve dil ötesi” kavramlarının etkili bir şekilde kullanılması ile gerçekleşmektedir. Dil, bireylerin bilgileri diğer insanlara ileterek onu anlamlandırması olarak ele alınırken, bireylerin ne söyledikleri üzerine odaklanmaktadır ve dil becerisi daha çok dili etkin; akıcı ve doğru kullanma, sözcüklerin anlamsal ve biçimsel olması, hataları azaltarak iyi bir biçimde konuşma, kullanılan sözcük çeşitliliği, uygun sözcük kullanımı ile ilişkilidir. Dil ötesi, sesin niteliği, hızı, tonlaması, vurgu ve duraklamaları ile ilgilidir kısaca nasıl söylediği konusudur (Karadağ, 2013: 10). “Ne söylenildiği ve nasıl söylenildiği” ile ilgili bu beceriler dil becerilerinde “anlama” becerileri için önemlidir ve “anlatma becerileri” konuşma becerilerinin etkili kullanımı için önemli bir etmendir. Bütün bu sözlü beceriler, sözsüz beceriler ile uyumlu, birlikte kullanılmakta; konuşan kişi, farkında olmadan sözsüz bu işaretlemeleri kullanmaktadır. Ayrıca sözlü becerilerin sözsüz beceriler ile birlikte kullanılması iletişimde yanlış anlamaları ve müdahaleleri önlediği belirtilmektedir (Doğan, 2009: 186; Otong, 2007: 33). Birçok beceri için temel olan sözlü ve sözsüz mesajlara gösterilen hassasiyet, etkili konuşma, dinleme, empati ve geri bildirim verme süreçleri ile gerçekleşmektedir (Gaskar ve Ergin, 2011: 20-48). Bu süreçlerden biri olan konuşma becerisi iletişimde dilden kaynaklı karmaşıklığın giderilmesinde fayda sağlayarak gerçeğe uygun olarak iletişimin planlı ve doğru bir şekilde yürütülmesini sağlaması yönünden önemli ve dikkate değer olduğu belirtilmektedir (Caple, 2012: 4).



### 1.10.1.1. Konuşma becerisi

Konuşma esnasında sesin kullanımı önemli bir beceri istemektedir. Dolayısıyla konuşma becerisi, jest ve mimikler, sözel olmayan ipuçları kullanılarak ifade edilen duygular ve insanlar için temel olan; iletişim, öğrenme, karar verme gibi pekiştirilmiş algı ve günlük aktiviteleri ifade etmektedir. Bireyler, konuşma esnasında ses tonlamaları ve vurgulamalar ile kurdukları cümleleri anlaşılır bir hale getirebilmektedirler. Bu noktada konuşma hızının kullanımı, bireylerin doğru yerlerde soluk alıp verebilmesi, etkili hitap edebilme becerisini önemli bir hale getirebilmektedir. Tüm bu becerilerin kullanımı, konuşma becerisi kapsamında ele alınabilmektedir (Tutar ve Yılmaz, 2013: 85).

İnsanların konuşma biçimleri, onlar hakkında bilgiler sunabilmektedir. Örneğin; bireyin hızlı bir şekilde konuşması, bireyin kızgınlığını veya güvensizliğini ifade ettiği şeklinde düşünülebilirken, kelimeleri yumuşak ve özenli seçmesi onun duygusallığını, sükûnetini, sağduyulu olduğunu belirtebilmektedir. Bireyler hakkında elde edilen bu bilgiler, etkin konuşma becerisi ile ortaya çıkabilmektedir (Tutar ve Yılmaz, 2013: 85). Konuşma becerisinin geliştirilmesine yönelik Scherer (1986: 143) tarafından yapılan bir araştırmada; duyuşsal konuşma analizi ile bireylerin konuşma esnasındaki sözel olmayan ifadeleri kullanımı üzerine odaklanılmıştır ve duyguları bir gösterge olarak ele alarak konuşmaların davranışsal analizine yönelmişlerdir. Schuller ve diğ. (2009: 70) tarafından konuşma becerilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, duyguları sınıflandırmada 6000'in üzerinde fonksiyonel özellik incelenmiş ve yeni uygulamaya yönelik olarak elde edilen algoritma sınıflandırmalarında, konuşma becerilerini değerlendiren çok boyutlu sistemin, konuşma becerisinde çok fazla etkili olduğu doğrulanmıştır. Dolayısıyla konuşma becerisinin etkin kullanımı sayesinde kişiler, kelimeler ile anlatmak istediklerinin daha fazlasını karşılarındaki bireye doğru bir biçimde aktarabilmekte, bilme süreçlerine yönelik olarak konuşma becerilerini kullanabilmektedir. Kişilerin konuşma esnasındaki duyguları, konuşma hızı, tonu, temposunun anlaşılabilir olması gibi çeşitli etmenler bireyin konuşma esnasındaki duygularının bir göstergesi olarak ortaya çıkabilmektedir ve mesajı aktaran kişinin mesajı aktarma biçimine göre aralarındaki iletişim gelişebilmektedir. Konuşma becerisi, duygu ve düşüncelerin daha anlaşılır hale gelmesini, etkili iletişimin gerçekleşmesini ve

iletişimdeki anlamsızlıkların giderilmesine yardımcı olurken, mesajın aktarılmak istenilen kişilere düşüncelerin net olarak aktarılmasında fayda sağlandığı görülmektedir (Tutar ve Yılmaz, 2013: 85). Sonuç olarak, bireylerin konuşma becerileri duygulardan etkilenmekte, genel tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Bu durum empati ile ilişkili olarak karar verme süreçlerini etkilemekte, fikir birliği ve bilişsel birlik sağlayarak empati ile ilişki kurulmasını sağlamaktadır (Nazik ve Bayazıt, 2005: 124; Morrell, 2010: 14).

#### 1.10.1.2. Empati kurma

Empati kavramı, başkalarının içsel duygu, düşünce ve davranışlarını başka bir kişinin perspektifinden anlayabilme olarak tanımlanmaktadır (Pala, 2008: 14). Pala (2008: 14) empati kavramını bireylerin gözlemlenebilir davranışlarına karşı diğer kişilerin tepki göstermesi olarak ele almaktadır. Bu bağlamda Mark (1983: 113) empati kavramını iletişim esnasında bireyin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara o kişinin bakış açısıyla anlamaya çalışma ve onun duygu ve düşüncelerini doğru bir biçimde kavrama olarak ele almaktadır. Dökmen (1989: 90) ise empati kavramını “empatik eğilim ve empatik beceri” şeklinde iki kavram ile ele almaktadır. Buna göre empatik beceri, kişinin empati kurabilmesine yönelik durumu ifade ediyorken, empatik eğilim kavramı, bireylerin empati kurarken gösterdikleri duygusal eğilim ve bu potansiyelleridir. Hofman (2000: 4) ise, insanlar ile etkileşimde empatiyi, empatik tabanlı güdüler olarak ele alarak, insanların kendisi dışında başka kişilerin duygulanım durumlarına verdikleri uygun davranışlar olarak tanımlamıştır. Bireylerin empati kurabilmeleri için benzer duygu ve düşünceleri duyabilmesi ve tanınması gerektiğini ifade etmektedir. Aksi halde, empati kurabilme noktasında sıkıntılar yaşanmaktadır. Pala (2008:14) yapılan araştırmaların, bireylerin kendileri gibi aynı kültür ve çevreye sahip olan ve benzer koşulları olan bireyler ile empati kurma noktasında daha hevesli ve başarılı olduğunu tespit etmiştir. Villadangos ve diğ. (2016: 323); Lamothe ve diğ. (2016: 20) empati ile ilgili çalışmalarda empati kurulmadan başkalarının duygusal durumlarının anlaşılamayacağı ve dolayısıyla o bireye yeterince yardımcı olunmayacağını ifade etmektedirler. Bu noktada empati, diğer bireylerin ihtiyaçları,

duygu ve hislerini önemseme imkânı sağlaması nedeniyle iletişim becerilerinde önemli bir yer edinmekte, karşımızdaki bireyler ile iyi ilişkiler kurularak, içsel duygu ve düşüncelerini anlayabilmede fayda sağlayarak iletişim becerilerinin gelişmesinde yardımcı olmaktadır (Pala, 2008: 14; Bulut, 2004: 444).

### **1.10.2. Sözsüz İletişim Becerileri**

Sözlü becerilerin geliştirilmesinde fayda sağlayan sözsüz beceriler; bakış, duruş gibi çeşitli beden dili araçlarının, yüz ifadeleri, göz teması, ses tonlamaları, elin yönü, baş hareketleri, fiziksel görünüş, genel duruş araçlarının kullanılarak duyguların ifade edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Mısırlı, 2013: 78). Sözsüz beceriler, sözsüz işaretlemeler ve ipuçları yoluyla iletilmek istenilen mesajın doğru bir biçimde yorumlanması ve anlaşılmasında etkilidir (Otong, 2007:33). Sözsüz ipuçlarından biri olan beden dili, bireylerin vücut duruşu, jestleri, yüz ifadeleri ve göz temaslarını oluşturan sözsüz iletişimdeki zihinsel ve fiziksel becerilerinin bir şeklidir (CTI Reviews, 2016:3). Aktarılmak istenilen düşüncenin, anlaşılır hale getirilmesinde beden dili sıklıkla kullanılmaktadır ve bireyler, beden dili yoluyla anlamakta zorlandığı şeyleri ifade edebilmektedirler (Otong, 2007: 33). Bu süreçte beden dili, sözsüz becerilerde tek başına yeterli olmamaktadır. Dolayısıyla sözsüz iletişimde kullanılan diğer beceriler, dinleme ve yazma becerileri ile birlikte kullanılmalıdır. Dinleme becerisi, kişilerarası iletişimde konuşmanın sürdürülebilirliği açısından gereklidir ve konuşma esnasında önemli bilgilerin toplanılmasında yardımcı olarak iletişimin sürekliliğini sağlamaktadır. İletişimin sürekliliğinin sağlanabilmesi için kişilerin iyi bir konuşma becerisine sahip olabilmeleri, bunun için de iyi bir dinleme becerisine sahip olmaları gerekmektedir (Beebe ve diğ., 2015: 96). Sözsüz iletişimde anlaşılmayan sözcükler, iletilmek istenilen mesajın net olarak aktarılmasını önlemektedir. Dolayısıyla sözsüz iletişimde aktarılmak istenilen mesajın, daha anlaşılabilir hale getirilmesi için yazma becerisi kullanılabilir. Eunson (2012: 112) yazma becerisini, kelimelerin daha açık bir hale getirilmesi olarak tanımlamaktadır. Yazma becerisi bireylerin sözlü iletişim ile ilgili bir kısım bilgileri unutulması nedeniyle ve sözlü iletişimdeki bu eksikliğin giderilebilmesi için gerekli olan bir beceridir. Bu yüzden bireylerin yazma becerilerinin

gelişimi, iletilmek istenilen mesajın doğru aktarılmasını sağlayabilmektedir. Tüm bu beceriler sözsüz iletişimin bir bütün olarak gerçekleşmesinde etkili olmaktadır (Nazik ve Bayazıt, 2005: 152-153). Bu bütünlüğün sağlanmasında dinleme becerisi, sözsüz iletişim hakkında ipuçları vererek iletişim sürecinde etkileşim kurulmasını, sözsüz ipuçlarının anlaşılmasını sağlayarak iletişim becerilerinde bilgi paylaşımını sağlamaktadır (Gray ve Moffett, 2013: 15).

#### 1.10.2.1. Dinleme becerisi

Dinleme, başarılı bir iletişimin esası, iletişim süreçlerinin önemli kısımlarından birisi olarak düşünülmektedir (Servellen, 2009: 145-146, Moron ve diğ., 2014: 38). Moron ve diğ. (2014: 39) dinleme becerisini olumlu dinleme davranışları ve olumsuz dinleme davranışları olmak üzere iki boyutta ele almışlardır. Olumlu dinleme davranışı aktif dinleme şeklindedir. Bir kişiden diğerine her şeyi paylaşma ile gerçekleşmektedir. Bilgi toplama ve aktif dinleme olarak iki şekli vardır ve aşağıda sırasıyla ifade edilmektedir:

- ✓ Bilgi toplama, sözsüz işaretler ve ifadeler ile bilginin toplanmasını içeren bir dinleme şeklindedir.
- ✓ Aktif dinleme, konuşmacının konuşma esnasındaki duygularının ve söylediklerinin nasıl anlaşılması gerektiğinin kontrolünü ifade etmektedir. Aktif dinlemede, dinleyen kişi, konuşan kişinin söylediklerini gerçek anlamda anlayabilmektedir (Moron ve diğ., 2014: 39).

Butterfield (2013: 76) aktif dinlemeyi, dinleme becerisini geliştirebilmenin en iyi yolu, geliştirilmesi gereken önemli beceri olarak ele almıştır ve aktif dinlemenin etkili bir şekilde gerçekleşebilmesi için çeşitli faktörler önermiştir. Buna göre, aktif dinleme tamamıyla dikkat gerektirmektedir. Konuşma esnasında sürekli göz kontağı kurma ve konuşan kişinin kullandığı sözsüz işaretlere dikkat edilmesini ifade etmektedir. Sözel olmayan işaretlemelerin (uygun yüz ifadesi kullanma, baş hareketleri ile onaylama) kullanımı konusuna dikkat edilerek kişilerin dikkat ve ilgilerini toplamayı içermektedir. Aktif dinleme süreci, kişilerin söylediklerini düşünerek, açıklama yoluyla konuşmayı anladığını doğrulama, diğer bireylere geri bildirimde bulunma, anlaşılmayan fikir ve noktaları açıklığa kavuşturmak için etkili sorular sorma aktif dinlemenin unsurlarıdır.

Bununla birlikte bireylerin dinleme esnasında olumsuz sonuçlara varmasında zorluklara neden olan bazı olumsuz dinleme davranışları vardır. Olumsuz dinleme davranışları olarak adlandırılabilen bu dinleme davranışları, asgari sosyal gereksinimleri karşılayacak dinleme şekilleridir. Ofansif dinleme (saldırgan dinleme), defansif dinleme (savunmacı dinleme) ve kibar dinleme şeklinde üç şekli vardır ve aşağıda sırasıyla ifade edilmektedir:

- ✓ *Ofansif dinleme (saldırgan dinleme)*, tuzak kurmak için fırsatlar arama ya da kişilerin kendi kelimeleri ile rakibini çelme şeklindeki dinleme türüdür. Bir avukatın sorgulama sırasında çelişkiler, alakasız durumlar ve zayıflıklar için dinlemesi olarak düşünülebilir.
- ✓ *Defansif dinleme (savunmacı dinleme)*, konuşan kişinin söylediğine karşın, kendi konumunu sürdürebilmek için tartışma yapılmasını ifade etmektedir.
- ✓ *Kibar dinleme*, cevap verebilmek ya da alternatif bir konuya ilişkin değişiklik yapabilmek için, asgari sosyal gereksinimleri karşılayacak yeterlilikte dinlemeyi ifade etmektedir (Moron, ve diğ., 2014: 40).

Olumlu ve olumsuz dinleme şekilleri iletişim esnasında kişilerin iyi bir dinleme becerisine sahip olmalarına, karşısındaki kişinin kendisine ne anlatmak istediğini anlayabilmesine ve önemli bilgileri kaçırmamasına yardımcı olabilmektedir. Butterfield (2013: 76), dinleme ile ilgili olarak insanların informal iletişimlerde duyduklarının sadece % 25-% 50'sini hatırladığını ve % 50-% 75'ini gözden kaçırdığını ve unuttuğunu ifade etmiştir. İyi bir dinleme ile üretkenliklerin geliştirebileceğini, yanlış anlama ve çatışmaların engelleyebileceğini ifade etmişlerdir. Battell (2006: 2), bu duruma ilişkin olarak bireylerin dinleme becerilerini geliştirmelerinin dinleme esnasında hatırlanmayan, anlaşılmayan noktaların belirlenmesi ve başkalarıyla ilgi kurmada gerekli bir beceri olarak ele almıştır.

### 1.10.2.2. Yazma becerisi

Yazılı iletişim, düşüncelerin sözcükler kullanılarak yazılı öğelerle, mesaj alma-verme ve aktarılması olarak tanımlanmaktadır (Küçük ve diğ., 51: 2016). Günlük yaşamda yazma becerilerine ilişkin bir takım artefaktların ortaya çıkması, bilgisayar sistemlerinin güç ve esneklik kazanması yazma becerisine ilişkin bir takım çalışma ve teorileri ortaya çıkarmaktadır. Bireyler sosyal yaşamlarında her türlü gereksinimlerini, duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını konuşarak ve yazarak başkalarına aktarmayı, dinleyerek ve okuyarak ise başkalarını anlamak istemektedirler (Çetinkaya, 2011: 567). Davidson (2001: 147-148) yazma becerisini, bir dizi teknoloji kullanarak bilgiyi hatırlatma, depolama ve dağıtım olarak ifade etmektedir. Biçimsel ve sözlü iletişimden daha etkili olan yazma becerisi, toplumsal süreç ve kültürden etkilenmektedir. Bireylerin iletişim ile ilgili kısıtlılıklarını genişleten, iletişimin kolay geçekleşmesine yardımcı olan bir beceridir. Bu beceri bilginin elde edilmesi ve açıklanması ile ilgili süreçlerde etkili olup, bireylerin yazma becerileri geliştikçe öğrenme süreçleri de artmaktadır (Belet ve Yaşar, 2007: 70-71). Hearly ve Mulholland (2012: 10) yazma becerilerini bireylerin konuşma esnasındaki önemli noktaların unutulmaması için önemli bir beceri olduğunu ifade etmişlerdir. Etkili yazma becerisinin, etkili bir şekilde dinleme ile gerçekleştirebileceğini ve konuşma becerilerine katkı sağlayabileceği belirtilerek iletişimdeki önemine vurgu yapmaktadırlar (Hearly ve Mulholland, 2012: 4).

### 1.10.2.3. Beden dili

Kişilerarası iletişimde beden dili, sözsüz iletişimin büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır ve iletişimde beden dilinin öneminin % 60 olduğu ifade edilmektedir (Küçük ve diğ., 2016: 69). Bireyler genellikle iletişim esnasında bilinçsiz bir şekilde, simgesel kodları (duruş, hareket, göz teması, yüz ifadeleri) kullanmakta ve çeşitli etmenler ile ikincil mesajlar göndermektedirler (Küçük ve diğ., 2016: 70). Sözlü iletişimin daha anlaşılır bir hale gelmesinde etkili olan tüm bu sözsüz kodlamalar, sözel olmayan davranışları oluşturmaktadır. Ayrıca, sözel olmayan bu tutumlar; bilgi sağlama, samimiyeti ifade etme, sosyal kontrol sağlama ve hedeflere ulaşmayı

kolaylaştırmaktadır. Böylece sözsüz iletişim, sosyal ve örgütsel ortamda bireyler için önemli sonuçlar doğurabilmektedir (Aguinis ve Hendle, 2001: 537-538). Ekman ve Friesan (2009: 49) bireylerin, sözel olmayan davranış biçimlerinin anlaşılması için, kişilerin göstermiş oldukları hareketlerine bakılması, yüz/vücut dilinin anlaşılması veya bilgi aktarma döngüsünün ve davranışlarını açıklayan döngünün anlaşılması gerektiğini vurgulamışlardır. Sözsüz iletişimde bireylerin iletmek istedikleri mesajlar bazen net olarak iletilemez. Mesajı alan kişinin aktarılan mesajı anlaması gerekmektedir, bu durum beden dilinin kullanımını zorlaştırmaktadır. Bu yüzden bireylerin beden dili mümkün olduğu kadar sade ve anlaşılır kullanmaları gerektiğinin önemi üzerinde durulmaktadır. Sade ve anlaşılır kullanım iletişim ile ilgili yanlış anlaşılmaları gidermekte, sürecin doğru işleminde yardımcı olmaktadır (Küçük ve diğ., 2016: 70).

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIKTA İLETİŞİM BECERİLERİ

#### 2.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık sistemi, bütün bireyleri kapsayan ve birincil amacı sağlığın geliştirilmesi olan bir kavramdır. Diğer sosyal sistemlerden farklı görünmemekle beraber karşı karşıya kaldığı talep ve performansına yönelik teşvikler, diğer mal ve hizmetlerin karşılığı gibi devletlerin koyduğu bir takım düzenlemeler ile büyük bir piyasa oluşturmaktadır (DSÖ, 2000: 3). Bu piyasada sağlık sisteminin işlevsel ve duygusal hedeflerinden biri olan hastalık ve sağlık kavramının açıklanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalık ve sağlık kavramının tanımlanması, bireylerin sağlık problemlerinin çözümü, sosyal çevresi, epidemiyolojisi, hastalıkların dağılımı, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerinin uyumlu hale getirilmesi sağlık kuruluşlarında yönetim, izlenen politika, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili konular sağlık kavramı ile ele alınan konulardandır (Patrick ve diğ., 1973: 6). Sıklıkla kullanılan tanımlamalardan biri olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 tanımlamasına göre “*Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir*” (Okay, 2009: 13). Kesgin ve Topuzoğlu (2006: 47) Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımlamasındaki kavramı ile birlikte bireylerin toplumsal yönünün ele alınmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Bu noktada Somunoğlu (1999: 52), Robinson ve Elkan (1996: 29) sağlık kavramının tanımlamasında, iki önemli noktayı vurgulamışlardır. Bunlardan ilki, sağlığın negatif olarak değerlendirilmesi, diğeri ise sağlığın pozitif değerlendirilmesi ile ilgilidir. Bu değerlendirmelere göre hasta, hastalık, rahatsızlık, memnuniyetsizlik gibi kavramlar sağlığın negatif olarak değerlendirilmesi, bunun yanı sıra sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlığın planlanması, farklı popülasyonların sağlık statülerinin karşılaştırılması, sağlık statüsünün kapsamlı olarak ölçülmesi ise sağlığın pozitif olarak değerlendirilmesine ilişkindir. Tüm bu değerlendirmeler içinde yaşanan toplum ile ilgilidir. Topluma ve kültüre göre değişiklik gösterebilmektedir (Rayner ve Lang, 2012: 243). Bu noktada sağlığın sosyal yapısı, toplumun belirgin bir biçimde göstermiş olduğu sağlık davranışı,



o toplumun modern sağlık hizmetlerini kabulü, sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin planlanması açısından önemli bir hale gelmektedir (Tanrıverdi ve diğ., 2007: 436). Toplum sağlığındaki bu ilerlemeler toplumu sağlıklı bir hale getirmektedir. Fakat toplum sağlığının ilerlemesi ve gelişimi sağlık ile ilgili bir takım sorunların çözümünü gerektirmektedir. Sağlıktaki problemler sağlık hizmeti sunanlar ve hastalar arasında, araştırmacılar arasında, toplum sağlığı sağlayıcıları ve toplum arasındaki iletişimi azaltmaktadır ve bu noktada sağlık ile ilgili problemlerin çözümünde iletişim doğrudan ve dolaylı olarak etkilidir. Bu kapsamda sağlık iletişiminin anlaşılması toplumun sağlık problemlerinin çözümünde önemli hale gelmektedir (Wright ve diğ., 2013: 2).

## 2.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ

Toplumdaki tüm bireylerin sağlığının yönetilmesi, kişilerin bireysel ve toplumsal anlamda sağlığın gelişmesini sağlama ve bu gelişimin sosyal çevrelerce desteklenmesi anlayışı sağlık iletişimi kavramını içeren konular arasında ele alınabilmektedir. Bu noktada sağlık iletişimi, 1970 sonrasında gelişme gösteren, çok yönlü bir iletişim alanı olarak ortaya çıkan bir kavram olarak ele alınmaktadır. Türkiye’de bu kavram sosyal bilimler ve tıp bilimlerini birleştirmesi yönüyle son yıllarda artan bir öneme sahip olmuştur. Kendi içerisinde değişik disiplinleri de ele alan sağlık iletişimi kavramı *“sağlığa ilişkin tüm bakım süreçlerinde yer alan; kişiler, gruplar, sağlık politikaları yürütücüleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar vb. arasında ortaya çıkan bilgi, düşünce, duygu ve görüşlerin aktarılmasına yönelik değiş-tokuş, sağlığa ilişkin mevzular ile ilişkili kişi veya grupların, ilgili hedeflere dönük, ortaya koymuş olduğu iletişim şekli”* olarak tanımlanmaktadır (Okay, 2009: 21). Parrott (2004: 751); Schiavo (2007: 5) ise sağlık iletişimini, *“önemli sağlık sorunları hakkında, kamunun, bireylerin ve kurumların bilgilendirilmesi, etkilenmesi ve harekete geçirilmesi sanat ve tekniği”* olarak tanımlamaktadır. Bu noktada Hornik (2002: 1) toplumun göstermiş olduğu sağlık davranışının sağlık iletişimini etkileyen en önemli kanıtlardan biri olarak gösterilebileceğini ifade etmektedir. Dolayısıyla sağlık durumlarını etkilemesi yönüyle kişilerin bireysel tutum ve davranışları, içinde yer aldıkları grubun fikirleri, paylaştıkları sosyal ağları, kurum ve organizasyonların sağlığa ilişkin çaba ve mesajları, grupların

sağlığa ilişkin benimsedikleri politikalar ve toplumdan genel olarak etkilenmektedir. Harrington (2014: 39) iletişim süreçlerinin altında yatan bu etkinin sağlık iletişimi alanında vurgulanan önemli konular arasında olduğunu ifade etmektedir. Bu durumda sağlığa ilişkin konularda bireyleri, grupları ve toplumları bilgilendirmeye yönelik yönlendirme, ikna etme, sağlığa ilişkin politikaları analiz etme, hastalıkları önleme ve bireyleri bunun ile ilgili daha fazla bilinçlendirmeye yönelik tüm faaliyetler sağlık iletişimini ilgilendiren konular arasında yer almaktadır (Becerikli, 2013: 26). Bu konuda aileler, hastalar, sağlık bakım sağlayanlar arasındaki iletişimin nasıl olacağı konusunda iki önemli süreç söz konusudur. Bu süreçlerden ilki, sağlık bakımında bilgi sistemleridir. Bilgi sistemleri bugün herkes tarafından bilinen yeni araçları birleştirerek sağlık bakım hizmetlerini dönüştürerek sağlık bakım hizmeti verenler ile hastalar arasında rastlantısal olarak bir döngünün oluşmasını, hastalar ile iletişim kurulma şeklinin anlaşılmasını sağlamaktadır. Ayrıca bilgi sistemleri sayesinde sağlığa ilişkin web sitelere erişim kolaylaşmakta ve elektronik posta ile hasta ve sağlık bakım hizmetleri verenler arasında iletişim sağlanabilmektedir. Bütün bunlar sağlık bakım süreçlerinde etkilidir ve bu süreçlerde etkili olan bir diğer süreç ise, hastalar ve bakım sağlayıcılar arasında olan hekimle olan etkileşimdir. Bu etkileşim, iki yönlü süreçler yoluyla gerçekleşebilmektedir. Tedavi sürecinde hekimlerin hastaları bilgilendirerek, tedavi süreçlerini doğru bir şekilde anlaması, sağlık ile ilgili bilgiyi topluma basit bir şekilde aktarması ile ortaya konulabilmektedir. Tüm bu etmenler sağlık iletişimini toplumda ve sağlık çalışanlarında yaygınlaştırmaktadır (Tabak, 1999: 29; Servellen, 2009: 17).

### **2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İLETİŞİM BECERİLERİ**

Sağlık çalışanlarının, hastalar başta olmak üzere çok sayıda insan ile iç içe ve bir arada olması, rekabetin hızla gelişmesi, sunulan hizmetlerin kalitesindeki yükselmeler sağlıkta çeşitli uygulamaları gerektirmektedir. Bu noktada hizmet içi eğitimler ile çalışanların kişilerarası iletişim becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Kumcağız ve diğ., 2011: 50). Çünkü hastane ortamında, tıbbi ve idari tüm kaynakların tek elden yönetilmesi ve bulundurmasından kaynaklanan karmaşıklık, çok boyutlu bir yapı, hiyerarşi farklılıkları bulunmaktadır. Yaşanan bu çelişkili durumlar, iletişim çatışmasına yol açarak hasta bakımının tehlikeye düşmesine neden olabilmektedir. Bu çelişkili durumların

azaltılmasında, sağlık sektöründe çalışan kişilerin temel anlamda kendilerini ifade etme ve karşısındaki kişileri doğru algılayabilme bilgi ve becerilere ihtiyacı vardır (Yılmaz, 2008: 181; Gezergün, 2006: 130). Kişilerarası sosyal ilişkilerin önemli olduğu bu sektörde çalışanların etkili iletişim becerisine sahip olabilmeleri, takım çalışması ve işbirliğinin sağlanmasında, bilgi paylaşımı yoluyla problemlere sağlıklı çözümler üretilmesinde yardımcı olabilmektedir (Cevahir ve diğ., 2008: 7; Gaskar ve Özyazıcıoğlu, 2014: 21-24; Yılmaz, 2008: 181; Kumcağız ve diğ., 2011: 54). Arnold ve Boggs (2011: 175), Sevelen (2009: 49) sağlıklı çözümler üretilmesini, sağlığa ilişkin hedeflerin tanımlanabilmesi ve çalışanları arasında interaktif dinamik süreçlerin gelişmesi ile mümkün hale gelebileceğini ifade etmektedirler (Arnold ve Boggs, 2011: 175; Sevelen, 2009: 49). Dolayısıyla sağlık bakım hizmeti sunan kişilerde, etkili ilişkilerin gelişmesi için klinik sonuçların değerlendirilmesi, tedavi faaliyetlerinin sürdürülmesi, tedavi kararları hakkında uzlaşma, tedavi yaklaşımlarını planlama ve sağlık problemleri hakkında bilgi dönüşümü gibi temel beceriler esastır (Arnold ve Boggs, 2011: 175). Bu esasların sağlanması sağlık sektöründe çalışanlar arasında terapötik etkileşim, samimiyet, güven, empati ve karşılıklı saygı, anlayış ve problem çözebilme, iç ve dış deneyimlere değer verebilme, karar verme süreçlerinde güçlü olabilme becerilerini gerektirmektedir. Dolayısıyla, sağlık kurumlarında çalışan yönetici, hekim ve hemşirelerin çeşitli beceriler kazanması önemli hale gelmektedir (Otong, 2007: 57).

### **2.3.1. Sağlık Yöneticilerinde İletişim Becerileri**

Burnard (1992: 4) sağlık yöneticilerinin uygulama ve eğitim becerilerine sahip olmalarının önemine vurgu yapmaktadır. Sağlık yöneticilerinin eğitim becerisinin, deneyimsel bilgi ile yaşam boyu öğrenme becerilerinin gelişmesiyle ortaya çıktığını ifade etmektedir (Burnard, 1992: 4). Eğitim becerisi sağlık yöneticilerinin hekim ve hastaların problemlerini açığa çıkarmasına yardımcı olarak onları desteklemesine yardım etmektedir. Ayrıca bazı eğitim uygulamaları yoluyla terapötik ve destekleyici becerilerin kazanılmasında rol oynayabilmektedir (Burnard, 1992: 9; Williams, 1997: 1). Etkili iletişim becerisi insanlar ile ilgili bütün ilişkilerde önemli olmakla birlikte

özellikle iletişimin yüksek düzeyde gerçekleştiği sağlık yöneticileri, iletişim becerilerini oldukça iyi uygulayabilmeli, fikirlerini açıkça dile getirerek diğer insanlara bunu anlayabilecekleri şekilde taşıyabilmelidir. İletişim becerileri, sağlık yöneticilerine insanları izleme fırsatı vererek ihtiyaçları doğru bir şekilde ortaya çıkarmada önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca sağlık bakım hizmeti veren kurum yöneticilerinin farklı statülerde çalışan insanlar ile iyi ilişkiler kurarak ikna edici, kolaylaştırıcı değişimler için, iletişim becerilere ihtiyaç vardır (Servellen, 2009: 17; Williams, 1997: 12). Bu noktada, kurum içerisindeki iletişim ile ilgili bazı unsurların anlaşılabilir ve öğretilebilir olması gerekmektedir. Bu yönüyle sağlık yöneticilerinin, bilgi ve iletişim becerilerinin önemi konusunda uzmanlaşmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık yöneticilerinin yönetme, problem çözme, dinleme, konuşma gibi bir takım becerilerinin gelişmesi gerekmektedir. Servellen, (2009: 17) çoğu sağlık bakım hizmeti sağlayıcısının bilgi ve becerilerin kullanılmasının önemi konusunu kabul ettiğini ifade etmektedirler. Bu noktada yöneticilerin, kaliteli bakım sonuçları için, iletişimdeki ilişkileri anlamaya ihtiyaç duydukları belirtilmektedir. Bu ilişkinin sağlanmasında hekimler ile iletişim kurulması klinik problemlerin çözümünde etkili olabilmektedir. Dolayısıyla hekimlerin iletişim becerileri klinik görüşmelerin etkili olabilmesini sağlayabilecektir. Bu durum hekimlerde iletişim becerilerini önemli hale getirmektedir (Williams, 1997: 86).

### **2.3.2. Hekimlerde İletişim Becerileri**

Hekimlerin kurmuş oldukları iletişim, kavram olarak sözlü ve sözsüz mesaj aktarımları yoluyla hastalarla arasındaki etkileşimdir ve bu etkileşim çeşitli faktörlerden etkilenerek hastalar üzerinde farklı etkiler oluşturmaktadır (Gaskar ve Özyazıcıoğlu, 2014: 21). Bu etkilerin oluşumunda hekimlerin hastaların hastalık tanısı ile ilgili yeterli bilgi sahibi olamamaları, tanı konulmasına ilişkin kısıtlı vaktinin bulunması durumları etkili olabilmektedir. Dolayısıyla hekimlerin hastalar ile etkileşimi bu etmenlerden etkilenmektedir (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010: 110). Bu etkilere yönelik olarak Kraliyet Üniversitesi Hekimleri (Royal College of General Practitioner) raporunda klinik problemlerin çözümünde lisans ve lisansüstü eğitimlerin önemli bir rol oynadığı ifade edilmektedir. Fakat raporda lisans ve lisansüstü eğitimler de hekimlerin hastalar ile

iletişiminin önemli olduğu noktalarda iletişim becerileri kazanımlarına çok az özen gösterdiği ifade edilmektedir (Royal Colleges of Physicians, 1997: 1).

Maguire ve Ptceathly (2002: 697) hekimlerin, hastaların sorunlarının sosyal ve duygusal etkileri hakkında bilgi almak için isteksiz olduklarını ifade etmektedirler. Bu durum hekimlerin uygun becerilere sahip oldukları durumlarda bile gerekli becerileri kullanma noktasında endişeye yol açmıştır. Çünkü meslektaşlarının gerektiği durumlarda yeterli pratik ve duygusal destek vermeyeceklerini düşünmelerine sebep olmaktadır (Maguire ve Ptceathly, 2002: 697). Gordon ve Edwards (1997: 2) bu durumun tıp eğitimlerinde hekimlerin hastalıklar üzerine yoğun bir eğitime tabi tutulmalarından kaynaklandığını ifade etmektedir. Eğitimler esnasında alınan iletişim becerileri eğitiminin terapötik memnuniyetin sağlanmasında, kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesinde önemli bir bilgi kaynağı olduğunu ifade etmektedir.

Hekimler genellikle hastalarla ilgili çok az bilgiye sahiptir, fakat iletişim esnasında dikkat göstererek hastaların ne anlatmak istediğini anlayabilirler. Hekimler, hastalar hakkında bilgi edindiklerinde daha esnek olabilmekte ve bireysel olarak hastaların bilmek istedikleri üzerine daha fazla odaklanabilmektedirler. Böylelikle hem hasta hem de hekim için fayda sağlanmaktadır. Dolayısıyla etkili iletişim becerileri, hekimlerin refahlarının artmasını sağlarken; hasta problemlerinin daha doğru teşhis edilmesinde yarar sağlamaktadır. Hastaların aldıkları bakımdan daha memnun kalmasına, tedavilerin uygulama ve araştırılmasında kolaylık sağladığı ifade edilmektedir. Ayrıca hastaların sıkıntı, anksiyete hassasiyetlerinin azalmasına ve hekimlerinin verdikleri tavsiyelere uyma olasılıklarının artmasına neden olmaktadır (Maguire ve Ptceathly, 2002: 698).

Maguire ve Ptceathly (2002: 699) hekimlerin iletişim becerilerini etkili kullanmalarının hastalar üzerinde olumlu davranışlara neden olduğunu ifade etmektedirler. Olumlu davranışların hastaların sorun ve endişelerinin ortaya konulması, hastalığı hakkında bilgi sahibi olması, tedavi seçeneklerinin tartışılması ve destekleyici olması açısından önemine değinmişlerdir. Bunun sağlanması amacıyla hekimlerin konsültasyon başlangıcında göz teması kurarak makul aralıklarla hastaya ilgi göstermeye devam etmesi gerekmektedir. Hekimler, bu yolla hastalar için önemli tarihleri, hastaların duygu ve algılamalarını öğrenmekte, kendi deneyimlerini anlatarak hastaları tedavisi konusunda cesaretlendirebilmekte, problemler ile başa çıkabilmelerine yardımcı

olabilmektedirler. Bu durum, hastaların sorun ve endişelerinin ortadan kaldırılması olarak ele alınmaktadır.

Hastalar için önemli olabilecek bir diğer konu ise konsültasyon esnasında hekimin, bilgi vererek öğrenmek istediği bilgiyi verebilmesidir. Bu beceri, hastanın önemli, öncelikli ihtiyaçlarına yönelik kısaca bilgi verilmesidir. Hastanın hekimi anlayıp anlamadığının kontrolü ve karmaşık hastalık durumlarında ek bilgi verilip, verilmeme konusunda bilgilendirmesi son derece önemli bir beceridir. Hastalar için iletişim becerilerine ilişkin önemli konulardan tedavi seçeneklerinin tartışılması ve destekleyici olunması hastaların kararlara katılmasını sağlayarak edindiği bilgiler doğrultusunda tedavi seçeneklerini değerlendirebilmesine fayda sağlar. Bu noktada hekim, empati becerisini kullanarak hastaların duygularının nasıl olduğuna yönelik gösterdiği çaba ile destekleyici olabilmekte ve geri bildirim yolu ile de hastaların sezgilerini kullanarak tedavisi için çabalamasını sağlayabilmektedir (Maguire ve Ptceathly, 2002: 697)

Tedavi ve sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan hasta hekim iletişiminin hasta bakımına olumlu etkisi vardır (Gaskar ve Özyazıcıoğlu, 2014: 21). Ayrıca, sağlık hizmetlerinde bireylerin birbirlerini doğru anlamaları, empati becerilerine bağlıdır. Empatinin etkin kullanımı olumlu tedavi ortamı sağlamaktadır (Cevahir ve diğ., 2008: 7). Empati; hekimlerin profesyonel becerilerinden biri olarak görülmektedir ve Halpern (203: 670) hastaların hekimlerinden empati kurmalarını istediğine dikkat çekmektedir. Ben-Noun (2015: 4) empatiyi, genel klinik uygulamalarda gerekli bir beceri olarak ele alarak, etkili iletişim ile gerçekleşebileceğini vurgulamıştır. Hekime uygun iletişim tarzının bulunmasının hekim ve hasta, her ikisi için de fayda sağlar becerilerin etkin bir şekilde gelişmesi durumunda gerekebileceğini ifade etmiştir. Tüm bunlar hasta merkezli bakım için önemli becerilerdir. Amerika'daki Sağlık Bakım Kalitesi hastanın ihtiyaçlarını anlama, hastaların tedaviye uyumlarını sağlama ve hastaların hekimleri ile olan etkileşimini sağlayarak hekimleriyle iletişimlerini kolaylaştırmanın hasta merkezli sağlık bakımında önemi konulardan olduğunu belirtmişlerdir (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010: 109-110).

İyi bir hekim hastalar ile etkili iletişim kurabilmeli, hastaların problemlerini daha doğru bir şekilde tanımlayabilmeli ve hastaların aldıkları hizmet bakımından memnun kalmalarını sağlayabilmelidir. Bunun için hastaların ana probleminin ortaya konması,

algılanması ve problemlerin hasta ve ailesi üzerindeki fiziksel, duygusal ve sosyal etkilerini anlayabilmelidir. Bu hususta hastanın öğrenmek istediği bilgiyi verebilme, anlayıp anlamadığını kontrol edebilme, verilen bilgiye hastanın gösterdiği reaksiyonları, endişeleri belirleyebilme ve çeşitli tedavi seçenekleri mevcut olduğunda hastanın karar vermeye ne kadar katıldığının belirlenmesine yönelik bir takım becerilere sahip olması gereklidir. Böylece hasta hastalığı ile ilgili yan etkileri anlayabilmekte ve tedavisi ile ilgili kararları verebilir hale gelebilmektedir. Yaşam stili değişikliği ile ilgili olumlu tavsiyelere uyarak, tedavi kararlarına uyum sağlayabilmektedirler (Maguire ve Ptceathly, 2002: 698). Nemeth (2008: 119) iletişim becerilerini iyi bir hekimin göstermesi gereken performans olduğunu vurgulanmaktadır. Ayrıca Nemeth (2008: 119) hasta ve hekim arasındaki iletişim becerisinin, hemşirenin gerekli tıbbi sorumlulukları yerine getirdiğinde gerçekleştirilebileceğinin önemine değinmektedir. Sheldon (2009: 5) ise bu etkileşimin hızlı bir şekilde sağlanmasında hemşirenin, bakım öncesi hekim ve hasta için gerekli tüm gereksinimleri sağlaması ile gerçekleştirilebileceğini ifade ederek hemşirelerin bu klinik becerileri öğrenmelerinin fayda sağlayabileceğini ifade etmiştir.

### **2.3.3. Hemşirelerde İletişim Becerileri**

Bireylerin her açıdan başkalarına ihtiyaç duyduğu hastalık sürecinde, insanlar ile birebir ilişki kurulan mesleklerde, hastalar ile iletişim kurma becerisi hasta bakım kalitesi ve memnuniyetini olumlu yönden etkileyerek hastaların sorunlarının anlaşılmasında yardımcı olmaktadır. Etkili iletişim becerisi hemşirelerde sorun çözme, duygularını ifade edebilme ve terapötik becerilerin gelişmesine fayda sağlayarak hastalar ile doğru ilişki kurulabilmesini, hastanın ihtiyaçlarını ifade edebilmesini sağlamaktadır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009: 67). Bu fayda iletişim becerileri ile bağlantılı olarak bakım verilen bireyin karşılaştığı sorunlara yardımcı olmasını kapsamaktadır. Klinik uygulamalarda kalitenin artırılması, etkili iletişim kurulması ile mümkün hale gelmektedir (Clements ve diğ., 2015: 4).

Clements ve diğ. (2015: 4) hemşirelerin iletişim becerisi, liderlik ve grup çalışmasını etkili kullanılmasının klinik bakım kalitesine katkı sağladığını vurgulamakta ve

hastalarda kaliteli sonuçlar alınmasında fayda sağladığı ifade etmektedir. Ayrıca klinik bakım kalitesinin kolaylaştırılmasına yönelik olarak kıdemli hemşirelerin, lider hemşirelik rolünün geliştirilmesinin hemşirelik süreçlerinin gelişimini sağlamak için gerekli önceliklerden biri olduğu ifade edilmektedir. Hasta yönetimi ile ilgili planlama, hastanın klinik durumu ile ilgili farkındalık oluşturmayı sağlamaktadır. Ayrıca Clements ve diğ. (2015: 4) hemşirelerin birlikte çalıştıkları ekip üyeleri ile arasındaki genel etkili iletişimin kolaylaştırılması konusunun geliştirilmesi gereken becerilerden olduğunun önemi vurgulanmaktadır.

Hemşirelik bakım süreçlerinde, hemşirelerin çevreyle uyumlu, anlamlı ilişkiler sürdürebilmesi, duygularını tanımlayabilmesi, yönetme ve motive edebilme becerisine sahip olmasının önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca hemşirelerin bireylerarası ilişkileri kontrol edebilmesi, karşılaşılan problemlerle etkin baş edebilmesi toplumun sağlığının korunmasında fayda sağlamaktadır (Bingöl ve Demir, 2011: 153). Toplum sağlığının korunması hemşirelerin hasta ile etkileşime girmesi ile açığa çıkabilecektir. Hemşirelerin hastayı anlama yeterliliği; bakım verilen bireye ulaşabilmesini, sorunu doğru tanımlayabilmesini ve iletişim becerisini geliştirmesini sağlayabilmektedir. Hastayı anlayabilme ve bakım verdiği bireye ulaşabilme becerisinin gelişimi hemşirelerin iletişim becerilerini doğru şekilde, doğru yer ve zamanda kullanması ile gerçekleşebilmektedir (Üstün ve diğ., 2005: 89).

Onkoloji klinikleri kanser hastaları ile iletişim kurma ve işbirliği noktasında iletişim becerilerinin kullanıldığı özel yerlerdir. Bu yüzden genellikle dikkatli ve etkili iletişim becerisi hastaların çeşitli prosedür ve testler geçirmesinde, hastalık durumları ile ilgili yeni durumlar ile başa çıkmalarında yardımcı olmaktadır (Ünal ve Öz, 2008: 53). Kruijver ve diğ. (2001: 20) hemşirelerinin % 60'ının duygularını açık bir şekilde dile getirmediklerini, tıbbi ve pratikteki uygulamalarda sığ duygularla çalıştıklarını ifade etmiştir. Wilkinson (1991: 677) ise hemşirelerin yüksek bir oranının iletişim becerilerinde eksiklik duyduklarından dolayı hasta ile ilgilenmekten korktuğunu ve bu yüzden hastalar ile etkileşimlerini davranışsal olarak uygulamada sınırladığını belirtmiştir. Booth ve diğ. (1999: 1073) benzer bir şekilde hemşirelerin becerilerindeki eksikliğin kendilerinde güven eksikliği duymalarına neden olduğu, ayrıca hastalar zor durumda kaldıkları zaman hemşirelerin bu durum ile başa çıkmada kendilerini yetersiz



hissettiklerini ortaya koymuştur. Bu noktada Razavi ve Delvaux (1997: 15) hemşirelerin çoğunlukla iletişim becerileri için bir yönlendirme ve eğitime ihtiyaçları olduklarını belirtmiştir. Ünal ve Öz (2008: 53) etkili iletişim becerisi için öncelikli olarak karmaşık durumlarda hasta-hemşire ilişkinin desteklenmesi, hastaları anlama ve bilmek gerektiğini ifade etmektedir. Etkili iletişim becerisinin hemşirelerin hastayı anlaması, onun problemlerini belirlemesi, bakımı için yardım edebilmesi için gerekli en önemli araçlardan olduğunu belirtmektedirler (Ünal ve Öz, 2008: 53).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### JOHARI PENCERESİ KAVRAMI

#### 3.1. İLETİŞİMDE JOHARI PENCERESİ KAVRAMI

Johari Penceresi Kişisel Açılım süreçlerini inceleyen bir modeldir. “Johari” kavramı yaratıcıları Joseph Luft ve Harry Ingham’ın ilk isimlerinin birleşimidir (West ve Turner, 2009: 274). Kişinin kendisini ve başkalarını anlamakta kullanabileceği yöntemlerden birisi olan “Johari Penceresi” modeli, örgüt içerisindeki bireylerin kişilerarası iletişim düzeylerini ölçmek, bireylerarası iletişimin yapısını test etmek amacıyla geliştirilmiş bir modeldir. Johari Penceresi kavramı, iletişime dayalıdır ve sosyal etkileşimleri değerlendiren bir sistemdir. Bu kavram bireyin kendisi ve başkaları arasındaki kişilerarası ilişkileri yansıtan dört alandan (pencereden) oluşmaktadır ve her bir alan bireylerin ihtiyaçları, davranışları, duyguları ve tercihlerini göstermektedir (Horine, 1990: 49; Uysal,2003: 137; Koçel, 2010: 511).

Johari Penceresi modelinde “Kişisel Açılım” ve “Geri Bildirim” olarak modeli etkileyen iki boyut bulunmaktadır (Horine, 1990: 49). Kişisel Açılım ve Geri Bildirim, bireylerin kişilerarası ilişkilerinin etkililiğini belirlemektedir. Bu iki boyutun kesişimi ile *Şekil 3*’te görülen dört alan ortaya çıkmaktadır. Fakat bu alanların büyüklükleri farklıdır. Toplam kare, bireyin kendisinin başka kişiler ile ilişkilerini ve bireylerarası alanlarını temsil etmektedir (Mckay ve diğ., 2012: 24-25; Eunson, 2012: 330-331; Horine, 1990: 49).

<i>Johari Penceresi</i>	<i>Kendisi Biliyor</i>	<i>Kendisi Bilmiyor</i>
<i>Diğerleri Biliyor</i>	(I. Genel Durum) ARENA KADRANI <b>(Açık Alan)</b>	(II. Kuşku Durum) KÖR NOKTA KADRANI <b>(Kör Alan)</b>
<i>Diğerleri Bilmiyor</i>	(III. Özel Durum) SAHTE YÜZ KADRANI <b>(Saklı Alan)</b>	(IV. Bilinmeyen Durum) BİLİNMEYEN KADRANI <b>(Bilinmeyen Alan)</b>
		BİLİNÇALTI

**Şekil 3. Johari Penceresi**

**Kaynak:** Yıldız, 2013: 142

Johari Penceresindeki dört alan (Mckay ve diğ., 2012: 24-25; Horine, 1990: 49; Eunson, 2012: 330-331; Can, 2011: 301; Yıldız, 2013: 142; Luft, 1963: 10 ve Uysal, 2003: 138)'a göre ifade edilmektedir:

1. İlk alan, kişinin kendisinin ve başkalarının karşılıklı olarak bildiği bilgilerdir. “**Açık Alan**” olarak adlandırılan bu birinci alan, kişinin açık benliğidir. Tüm bireyler tarafından öğrenilebilir bilgiler bu alanda yer almaktadır. Bireylerin bütün bilinçli hareketleri ve ifadeleridir. Açık Alanda, bireyler, kendi duygu ve düşüncelerini bilmekte ve başkaları da kişinin duygu ve düşüncelerini bilmektedir. Bireylerin gözlemlenen davranışları ve herkes tarafından bilinebilir bilgileri bu alanda oluşmaktadır. Açık Alan, özgür aktivitelerin olduğu alandır ve davranışlara etki eden faaliyetlerden oluşmaktadır.

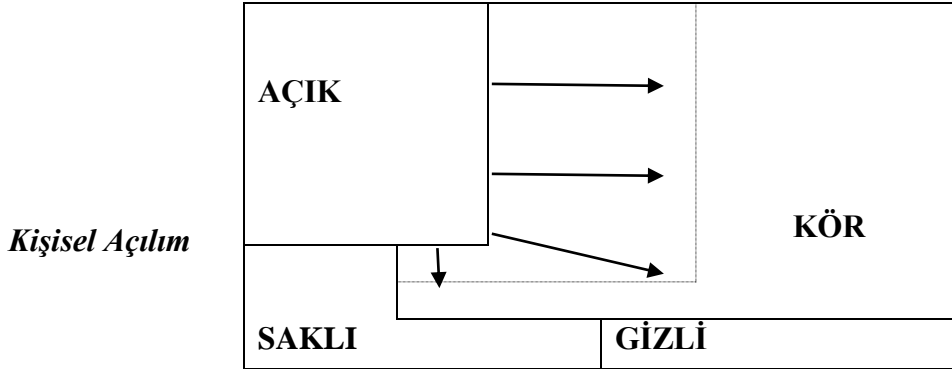
2. İkinci alan, bireyin kendisinin bilmediği, başkalarının o birey ile ilgili bilgilerini temsil etmektedir. “**Kör Alan**” olarak adlandırılan bu ikinci alan, kişinin kör benliğidir. Bireyin kendinin farkında olmadığı bilgilerinden ve başkalarının o kişide gördüklerinden (alışkanlıklar, kişisel özellikler, savunma mekanizmaları, kaçış stratejilerinden) oluşmaktadır. Kör Alanda, bireyler kendi özelliklerini bilmemekte ancak, başkaları kişiyi niteleyebilmektedir. Kör Alandaki bilgiler kuşkulu olarak değerlendirilmektedir. Başkalarının bireyde gözlemlediği izlenim ve davranışlarına ilişkin değerlendirmeleridir. Kör Alan, kişilerin dikkat göstermediği başkalarının kişide gördüğü davranışlardan oluşmaktadır.
  
3. Üçüncü alanda kişi, kendisi hakkında bildiği sahibi olduğu halde, başkaları o kişi hakkında bilgi sahibi değildir. “**Saklı Alan**” olarak adlandırılan bu alan, kişinin gizli benliğidir. Kişinin sırları, düşündüğü, hissettiği ve başkalarının bilmediği bireyin kendisine sakladığı her şeyden oluşmaktadır. Bireylerin başkaları tarafından bilinmeyen gizli sırları iyi bir örnek olarak verilebilmektedir. Saklı Alanda, başkaları bireyin duygu ve düşüncelerini bilememekte, fakat kişi kendisini bilmektedir. Saklı Alandaki bilgiler, kişilerin başkaları ile paylaşmak istemediği, kasıtlı olarak gizli tutmak istediği bilgilerdir. Çeşitli duygular; kıskançlık, anksiyete ve korku gibi duygular, sahte yüz olarak adlandırılan bu boyutta ele alınmaktadır. Saklı Alan, başkaları tarafından açığa çıkmamış birey tarafından temsil edilen, saklanan konular ve duygusal hislerden oluşmaktadır.
  
4. Dördüncü alan ise, “**Bilinmeyen Alan**” olarak adlandırılmaktadır. Kişinin bilinmeyen benliğidir. Bu benlik, bilinmeyen bir alan olduğu için bu alana bilinçaltı veya bilinç dışı denilmektedir. Zihnin bilinçsiz bir kısmıdır. Bilinmeyen Alanda daha az iletişim vardır ve kişilerarası ilişkilerin daha az olduğu belirtilmektedir. Bilinmeyen Alanda kişi kendisini, başkaları da kişiyi niteleyememektedir. Bilinmeyen Alandaki bilgiler bireylerin belirgin olmayan özellikleri, hem kendisinin hem de başkalarının net olarak sahip olmadığı bilgileridir.

Johari Penceresindeki bu alanlardan Açık Alanda daha fazla bilgi paylaşımı olmakta ve kişilerarası ilişkilerin daha anlaşılır olduğu ifade edilmektedir. Bunun aksine Bilinmeyen Alan, bireyin kendisinin ve başkalarının fark etmediği alandır. Fakat bu alanın varlığı anlaşılabilir. Bireyler kendisi ile ilgili bilgileri paylaştıkça Bilinmeyen alan bilinmeye başlamakta ve daralmaktadır. Böylece bireyin tüm ilişkilerini etkileyen durumlar, bilinmeyen davranışlar fark edilmektedir. Johari Penceresi yönteminde amaçlanan, pencerenin sol üst bölgesinde yer alan Açık Alan boyutunun genişlemesidir. Açık Alanda, kişinin kendisi ve başkaları tarafından bilinen inanç ve duygularının Johari Penceresindeki diğer alanlardan daha fazla alan kaplaması önemli olmaktadır. Çünkü bireyler arasındaki uyum, birbirlerini anlayabildikleri ve tanımaya başladıkları ölçüde artacak, Açık Alanın orantılı bir şekilde genişlemesini sağlayacaktır (Koçel, 2010: 511).

Johari Penceresindeki bu alanlar sabit değildir. Alanlar arasında değişimler olabilmektedir. Kişilerin duygu, düşünce, gözlem, deneyimleri yaşam boyu devam ettiği sürece, bir alandan diğerine kaymalar olabilmektedir. Bireylerin günlük yaşantılarında görülen, hissedilen her şeyi Saklı Alanda yer almaktadır. Bireyler tarafından Saklı Alanda unutulmuş bilgileri, Bilinmeyen Alana taşınmaktadır. Yaşanılan bazı deneyimler ile bilinç dışı alışkanlıklardan etkilenerek Kör Alana gidebilmektedir (Mckay ve diğ., 2012: 25; Horine, 1990: 49). Kör Alan, bireyin kendisinin başkalarından bilgi alması yolu ile küçültülebileceği gibi, diğer bir alan olan Saklı Alanda bireylerin kendisi ile ilgili başkalarına daha fazla bilgi vermesi yoluyla küçültülebilmektedir (Koçel, 2010: 511). Ayrıca kişiler başkalarına söylemek yoluyla bazı bilgileri hatırlarsa Açık Alana taşınabilir ya da açığa çıkarılmazsa Saklı Benliğe aktarılabilir. Bireyin Kişisel Açılımı yüksek ise, kişinin Açık Alanda diğer alanlara göre daha geniş olabilecektir. Açık alan ne kadar genişse Kişisel Açılım davranışı da o kadar fazla olacaktır (Mckay ve diğ., 2012: 25; Horine, 1990: 49). Buraya kadar bahsedilen Johari Penceresindeki alanlar arasındaki değişim, Kişisel Açılım ve Geri Bildirim alanlarındaki değişimler **Şekil 4** ve **Şekil 5'te** açıklanmıştır. Buna göre **Şekil 4'te**, kişiler kendisi hakkında bilgi vermek isteyebilmektedir. Bu durum Geri Bildirim vermek olarak adlandırılmaktadır. Bireye soru sorulup cevap alındığı zaman, bireylerin Kör Alanı daralmakta ve Açık Alanı genişlemektedir. Kör Alanın azalması ile bireyler daha fazla kendisi hakkında bilgi sahibi olmakta ve kendisini daha fazla öğrenmektedir. Bu durum Açık Alanın

genişlemesini sağlamaktadır. Açık Alandaki bu artış, bireyler arasında daha fazla ortaklık oluşturmaktadır. Birey kendisi hakkında başkalarına bilgi verdiğinde, Geri Bildirimde bulunduğu Saklı Alanı ya da Kör Alanı daralmaktadır. **Şekil 4'te** Geri Bildirim verme yoluyla alanlar arasındaki bu değişim ifade edilmektedir.

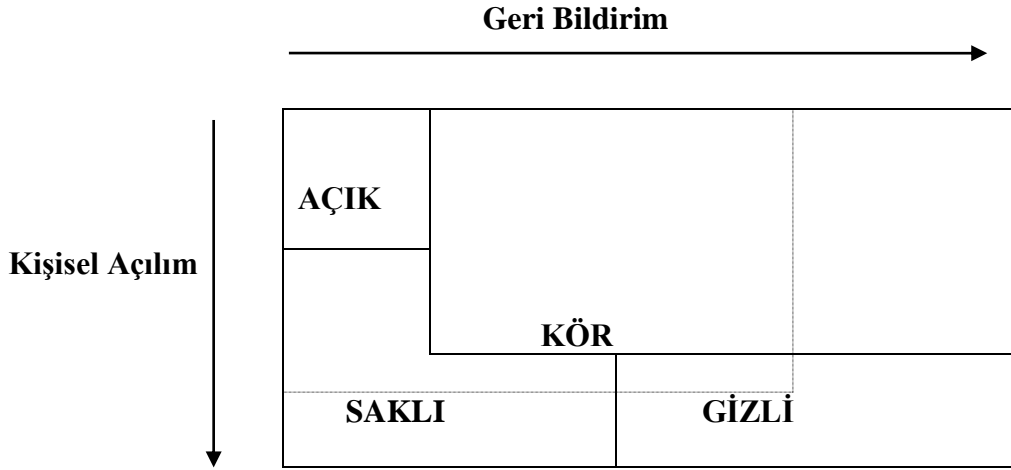
#### *Gerı Bildirim Verme*



**Şekil 4. Geri Bildirim Verme**

**Kaynak:** Luft, 1982: 6

Johari Penceresindeki alanlar arasındaki değişimin diğer bir boyutu olan Kişisel Açılıma (**Şekil 5**) göre birey, bilinmeyen yönünü keşfetmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu durum Kişisel Açılım olarak ifade edilmektedir. Bu durumda, bireyler daha önceden yapmadığı şeyleri isteyerek yapmaktadır. Bireyler sahip oldukları kaynak, yetenek, kullanılmayan becerileri, hayalleri, uyaranlara karşı dikkat gösterme ve duygularını kullanarak, Kör Alanları hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilmektedirler. Saklı Alanlarını paylaşabilir ve Bilinmeyen Alanları keşfedilebilirler. Bu yüzden Kör Alan ve Saklı Alanları genişlemeye devam eder ve Bilinmeyen Alanları azalır. Bu alanlar arasındaki değişim **Şekil 5'te** gösterilmektedir.



**Şekil 5. Bilinmeyen Yönleri Öğrenme**

**Kaynak:** Luft, 1982:6

Johari Penceresindeki dört alan, bir kişinin diğer insanlar ile ilişkilerinin toplamını, bireylerin kişiliğini temsil etmektedir. Modelde Açık Alanın genişlemesi diğer alanların daralmasına sebep olmaktadır. Açık alanın genişlemesi, öz-farkındalığın gelişmesini sağlamaktadır (South, 2007: 10). Motivasyon, davranışsal ve duygusal farkındalıklar alanlar içerisindeki boyutların temelini oluşturmaktadır. Bazen bu farkındalıklar paylaşılmakta, bazen ise paylaşılmamaktadır. Başkaları tarafından bilinen olaylar, duygular ya da motivasyon belirli bir alana dayalı olarak belirlenmektedir. Farkındalıklar değiştikçe, alanlardaki psikolojik durumdaki değişimler belirlenmektedir (Luft, 1963: 10-11).

Alanlar arasındaki değişimin gerçekleşebilmesi için, modeli geliştiren Luft belirli prensipler önermektedir. Bu prensiplere ilişkin bilgiler aşağıda açıklanmaktadır:

- ✓ Bir alandaki değişim, diğer alanları da değiştirmektedir.
- ✓ Saklama ve bilinmeyen davranışları içeren etkileşimler oldukça büyük bir enerji gerektirmektedir.
- ✓ Kişilerarası ilişkiler için tehdit bilincinin azalması, karşılıklı güven bilincini arttıran eğilimleri ortaya çıkarmaktadır.
- ✓ Kişilerarası zorla farkındalık oluşturma arzu edilmemekte ve genellikle etkili olmamaktadır.
- ✓ Kişilerarası öğrenmeler yoluyla alanlarda değişiklikler meydana gelebilmekte, Açık Alan genişlemektedir.

- ✓ Kişilerin başkaları ile etkileşim kurması Açık Alanın genişlemesini kolaylaştırmaktır. Bu durum bir veya daha fazla alanın daralmasına neden olabilmektedir.
- ✓ Açık Alanın daralması ise iletişim azlığından olabilmektedir.
- ✓ Bilinmeyen Alan çeşitli korkular, sosyal eğitimler ve gelenekler ile kontrol altında tutulabilmektedir.
- ✓ Johari Penceresi grup içerisindeki bütün bireyler için, grup süreçlerini öğrenme kişisel farkındalığı arttırmaya yardım etmektedir ve grubun tüm değer sistemini öğrenmenin bir yolu olabilmektedir (Aktaran: Tubbs ve Carter, 1978: 135).

Johari Penceresindeki alanlar arasındaki değişime ilişkin tüm bilgiler bireylerin bilgi değişimine yardım ederek, Kişisel Açılım ve Geri Bildirimde bulunmaya, bireylerin duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasına, iletişimin insani yönünün incelenmesine ve yöneticilerin kurumdaki çeşitli rollerini, karar alma, değişim, iletişim etkinliğinin sağlanmasına yardımcı olabilecek ve bilgi paylaşımına yardımcı olarak iletişime fayda sağlayabilecektir (Uysal, 2003: 139).

### 3.1.1. Kişisel Açılım Kavramı ve Sağlıkta Kullanımı

Kişisel Açılım; *kapalı olmamak, açık olmak, kendisini başkasına açmak* anlamlarına gelmektedir. Birey, kendisini başkasına açtığı anda, başkalarının bilmediği bazı kişisel deneyimleri, duygu ve düşünceleri açığa çıkmaktadır. Yaşam boyunca kendisi hakkındaki bazı bilgilerinin başkaları tarafından bilinmesi ve yakın ilişkiler kurmak için gerçekleştirdiği çabalarıdır. Dolayısıyla Kişisel Açılım; bireylerin hayalleri, sırları, paylaşılan tatlı sözleri, politik ve dini görüşü, yalanları, açıklamaları şeklindeki bir takım bilgileridir (Riley, 2012: 125-126). Bu bilgiler, benlik kavramı ile ilişkilidir ve Argyris (1962: 17) davranışlar ile ilgili bilgi edinilmesini sağlayan benlik (self, kendi) kavramını, *“kişinin ihtiyaçlarını, değer yargılarını, yetenek ve psikolojik özelliklerini uyumlu bir şekilde birleştiren, kişi için belli bir anlam ifade eden bir bütün”* olarak tanımlamaktadır. Benlik kavramında en önemli nokta, birey kendisini başkalarına ne ölçüde açmaya isteklidir sorusudur ve modelin temel fikridir (Koçel, 2010: 511). Bu modelde Kişisel Açılım, iletişimin tamamında birey hakkındaki bazı şeyleri



açıklamaktadır. Bireyin iletişim esnasındaki bazı sözsüz hareketleri; duygu, düşünce, tutum, deneyimler, birey hakkında kişisel bazı şeyleri açığa çıkarmaktadır. Kendini açma (Kişisel Açılım) özellikle açık iletişimde kullanılmaktadır. Kişisel Açılım, öz-farkındalık geliştirmek için kavramsal bir dinamik sağlamaktadır. Bireyin kendisini daha fazla yansıtmaya, kendisini öğrenmesine yardım etmekte ve öz-farkındalık uygulamalarında oldukça fazla kullanılmaktadır (South, 2007: 10). Kişilerarası ilişkilerin fazla olduğu sağlık alanında bireylere, kişilerin davranışlarının değerlendirilmesi noktasında fayda sağlamaktadır. Dolayısıyla Kişisel Açılım, sağlık çalışanlarını ortak bir amaca doğru yönlendirmektedir. Etkili bir şekilde kullanıldığında, hasta ve sağlık bakım hizmeti veren arasında daha yakın ilişki kurulmasını sağlamakta, hekimi ve sağlık çalışanlarını anlamayı sağlayan kişilerarası iletişim davranışının temel bir yönüdür (South, 2007: 10; Riley, 2012: 125).

Kendini Açma (Kişisel Açılım) sağlıkta, yakın ilişkiler kurmaya yardım ederek bir rehberlik sunmaktadır fakat hekim ve hemşire arasındaki Kişisel Açılım belirsizdir. Hekim, hemşire tarafından Kişisel Açılımda bulunma durumunun geliştirilmesine ihtiyaç duymaktadır. Bu yüzden hekimler kişisel bilgiler, yaş, yakın arkadaş ve aileden ziyade daha az kişisel bilgi içeren isim, disiplin ya da eğitim geçmişi gibi konuları daha uygun bir şekilde paylaşabilmektedir (Otong, 2007: 80). Otong (2007: 80) Kişisel Açılım durumuna karar verirken hemşirelerin çok dikkatli olması gerektiği ve bunu hekimin ihtiyaçlarına odaklanarak hekimin tedavi ile ilgili amaçlarını gerçekleştirebilmek için bir avantaj olarak kullanmasının önemine değinmektedir.

Hemşirelikte Kişisel Açılım, bireyler için çok temel seviyede önem arz eden, başkaları ile etkileşimdeki arzular ile karakterize edilmektedir. Paylaşımlar, etkileşim kurmak için verilen anlamlandırma ve derinliklerde önemlidir. Hemşireler, Kişisel Açılımı daha çok uyulması zorunlu ihtiyaçlar için kullanmaktadır (Riley, 2012: 126). Bunun yanı sıra hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılıma gerek duyma nedenleri; birbirlerini kolaylıkla anlamak istemelerindedir. Sosyal ilişkilerinde, diğerlerini daha iyi anlayabilmek amacıyla ele alınmakta, böylelikle profesyonel hekim-hemşire ilişkisindeki doğrular ortaya çıkmaktadır. Kişisel Açılım, hemşireye hekimi anladığını göstermekte yardımcı olan bir beceridir. Çünkü hemşirelerin hekimlerle benzer düşünce, duygular ve deneyimler taşıması onların hekimle arasındaki etkileşimlerini artırır. Böylelikle

hekim, anlaşma noktasında daha rahat hissetmektedir. Bu, hemşireye kendisi ile ilgili kendisini tanıtıcı bilgiler vermesine izin vermektedir. Hemşire için Kişisel Açılım eğilimi, hekimi gerçekten anlama ve aynı yolda yürüme adına empatiktir. Çünkü Kişisel Açılım ile hekimler kendisiyle ilgili kişisel bilgileri paylaşmaktadır. Böylece Kişisel Açılım, hekim tarafından rahatlık, ılımlılık, açıklık ve risk almayı sağlamaktadır. Hemşireler ise hekimin Kişisel Açılım durumunu ortaya çıkarabilmektedir. Bu durumda hemşire hekimi anladığını nasıl gösterebilirim şeklinde düşünebilmeli ve bu bilgiyi ortaya çıkarırsa hekim ile arasındaki ilişkide rahat olup olmayacağını düşünebilmelidir. Böylece, hekim kendisini açtığında hemşirenin kendisini anladığını düşünebilecektir. Dolayısıyla Kendini Açma hekim ve hemşireye birbirlerini anlama seviyelerinde artış ve güçlü bir güven, doğru bir şekilde kendini açmanın verdiği huzur, empatik cevap ve daha derin bir güven sağlar. Kişisel Açılıma ilişkin tüm bu etmenler, hekim ve hemşirenin motivasyonu üzerine çok etkilidir ve takip eden süreçte uyumlu davranış biçimi gösterebilme ve kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesinde bir seçenek olarak değerlendirilebilmektedir (Riley, 2012: 128-129).

### **3.1.2. Geri Bildirim Kavramı ve Sağlıkta Kullanımı**

Geri Bildirim; süreç, olaylar ve bilginin doğru gösterilmesi, değerlendirilmesi ve aktarılması olarak tanımlanabilmekte ve diğerinin perspektifinden bireylerin davranışlarının görülmesini sağlamaktadır. Bu yansıtma kişinin kurduğu iletişime, başkalarının nasıl bir reaksiyon gösterdiğinin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Bu iletişimin sağlanabilmesi için ise geriye bilgi aktarımı sağlayan bir iletişim gereklidir. Geriye bilgi aktarımı sağlayan iletişim, çift yönlü bir süreç olup, mesajı alan kişinin, gönderenin mesajına verdiği cevap niteliğindeki temel bir iletişim süreci unsurudur. Geriye bilgi aktarımı sağlamayan iletişim ise tek yönlüdür. Geri Bildirim unsuru için çift yönlü bir iletişimin kurulmuş olması gerekmektedir. Geri Bildirim süreci, bireylerin iletişiminin açık ve etkili gerçekleştirilmesinde rol oynamaktadır. İletişim sürecindeki etkinliği arttırarak, iletişimin sürekli ve düzenli olmasında rol oynamakta ve iletişim esnasındaki kontrolü sağlayarak davranışların pekiştirilmesinde etkili olmaktadır. Bu durum verimliliğin artmasına, fiilen ortaya çıkan sonuçlar ile iletişimin hedeflenen sonuçlarının gerçekleşme durumlarının kontrol edilmesine fayda sağlamakta, bireylere

motivasyon sağlayarak, ekip halinde çalışılması için önemli bir motivasyonu gerçekleştirebilmektedir (Koçel, 2010: 529-530). Ayrıca Geri Bildirim verme, bütün disiplinlerde gözlenebilir davranışlara erişebilmeye yardımcı olmaktadır.

Sağlıkta Geri Bildirim vermek; özel olmayı, kendi perspektifinden bakabilmeyi sağlamakta ve hakikati bildirmektedir. Geri Bildirim, sağlık bakım süreçlerinde hedefler belirlenmesinde önemli olabilmektedir. Hekim ve hemşirelik süreçlerinde Geri Bildirim mekanizması daha etkili, özel hedefler belirlenebilmesinde etkilidir ve hemşireler, devamlı değerlendirmeye yönelik olarak hekimden gelen Geri Bildirimleri planlayabilmekte, değerlendirebilmekte ve müdahale edebilmektedir (Riley, 2012: 212-216). Amerikan Hemşireler Birliği ve Ulusal Hemşireler Birliği tarafından Michigan'daki toplum sağlığı hemşirelerinin devam eden eğitimlerindeki ihtiyaçlarının belirlenmesi, hemşireler ve yöneticileri tarafından algılanan ihtiyaçları etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan çalışmada, Johari Penceresi kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin eğitimleri için en fazla ihtiyaç duydukları faktörlerin; motivasyon, görüşme tekniklerinin gelişimi, çok boyutlu sorunlara çözüm olduğu ifade edilmektedir. Yöneticilerin ise hastalar ile görüşme tekniklerinin gelişimi, etkili kayıt ve motivasyon faktörleri eğitimlerinde gerek duyulan faktörler olarak belirlenmiştir. Johari Penceresine göre hemşire ve yöneticilerin ihtiyaç duydukları gereksinimler Tablo 2'de gösterilmektedir (Keller, 1982: 28-31).

**Tablo 2. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Ulusal Hemşireler Birliği (ICN)'nin Johari Penceresi Kullanarak Hemşirelik Eğitiminde İhtiyaç Duyulan Gereksinime İlişkin Yönetici ve Hemşirelerin Görüşleri**

	<b>Hemşire tarafından bilinen</b>	<b>Hemşire tarafından bilinmeyen</b>
	<b><i>Bilinen İhtiyaçlar</i></b>	<b><i>Kör İhtiyaçlar</i></b>
<b>Yönetici tarafından bilinen</b>	<p><i>Motivasyon</i></p> <p><i>Görüşme tekniklerinin gelişimi</i></p> <p><i>Danışmanlık hizmetlerinin gelişimi</i></p> <p><i>Etkili hasta kayıt</i></p> <p><i>Çok boyutlu sorunlara çözüm</i></p> <p><i>Sağlık davranışının değişimi</i></p> <p><i>Asistan doktorlar ile problem çözümü</i></p> <p><i>Hemşirelik bakımının etkililiğinin değerlendirilmesi</i></p>	<p><i>Organizasyonel zaman</i></p> <p><i>Öğrenme ve öğretme</i></p> <p><i>Hemşirelerin öz-farkındalıklarının artışı</i></p> <p><i>Öncelik ve hedeflere ulaşma</i></p> <p><i>Aile hizmetleri vermeye odaklanma</i></p> <p><i>Aile dinamiklerinin değerlendirilmesi</i></p>
	<b><i>Saklı İhtiyaçlar</i></b>	<b><i>Bilinmeyen İhtiyaçlar</i></b>
<b>Yönetici tarafından bilinmeyen</b>	<p><i>Madde/alkol bağımlılığı</i></p> <p><i>Etkili klinik servis yönetimi</i></p>	<p><i>Diğer tüm ihtiyaçlar</i></p>

**Kaynak:** Keller, 1982: 30.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın amacına uygun hipotezler, veri toplama yöntemi, evren, örneklem ayrıca araştırma verilerin analizi, sınırlılıklar ve araştırma sonucu elde edilen nicel bulgulara yer verilecektir.

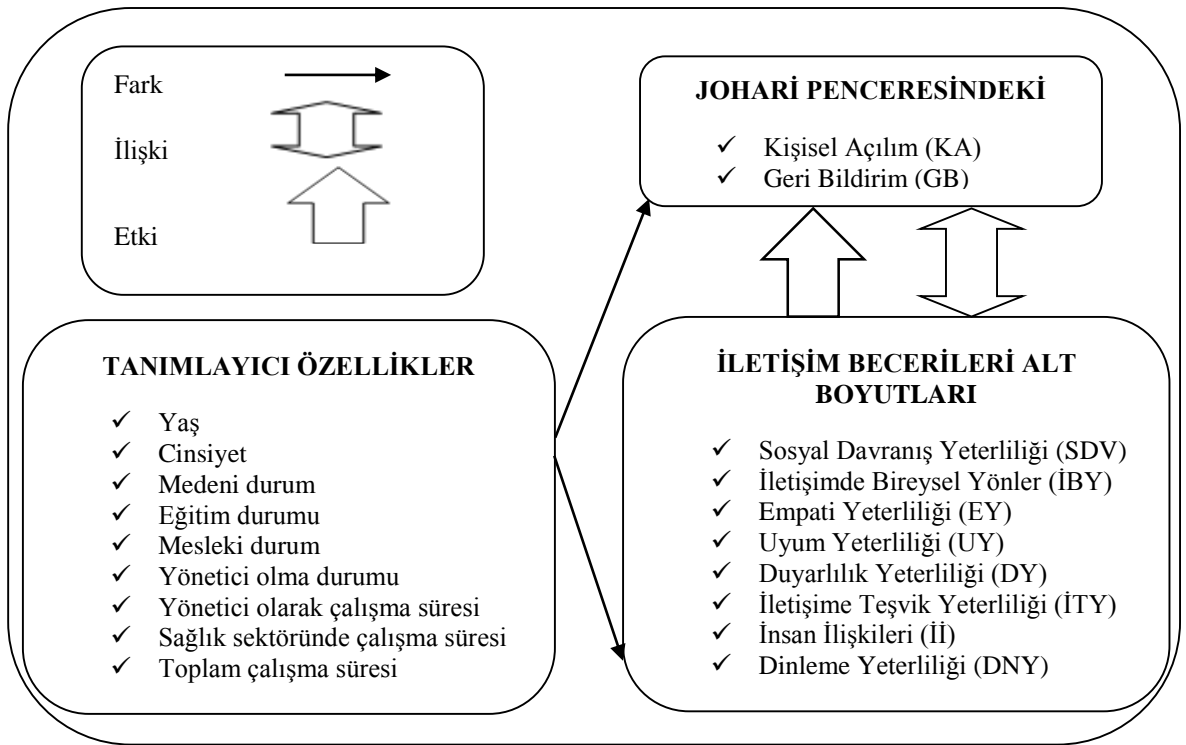
#### 4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışma, yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişimde kullanılan bir model olan Johari Penceresi modeli ile iletişim beceri düzeylerinin, Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamıştır. Bu konunun ele alınmasının açık iletişimin yoğun olarak kullanıldığı sağlık kurumları açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Çünkü sağlık hizmeti, son derece karmaşıktır ve bireylerarası uyum için açık iletişim gerekli bir unsur olabilmektedir. Açık iletişimin kurulabilmesi için bireyler hakkında bir takım bilgilere sahip olunması gerekmektedir. İletişime ilişkin bu bilgiler bireylerin kendilerini tanımlarına yardımcı olan Johari Penceresi modeli ile ele alınabilmektedir. Tüm bunlar, bireyler arasında sağlıklı ilişkiler kurulmasına, problemlere çözüm bulunmasında ve kişilerarası ilişkilerde önemli bir hale gelmektedir.

Bu amaca yönelik olarak yapılan araştırmada, yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresinin iki boyutu olan Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri, iletişim beceri düzeyleri (*Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği*) değerlendirilmiş ve tanımlayıcı değişkenlere göre farklılık olup olmadığı, iletişim beceri düzeylerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerine etkisi incelenmiştir.

## 4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER

Araştırma kapsamında değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren araştırma modelinde, Johari Penceresi modelinin iki boyutu olan Kişisel Açılım ve Geri Bildirim değişkenlerinin, iletişim becerileri alt boyutları olan Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği ile arasındaki ilişki verilmiştir (Şekil 6). Buna göre araştırma kapsamında hastane yöneticileri, hekimler ve hemşirelerin tanımlayıcı bilgilerinin, Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri ve iletişim becerileri alt boyutlarına göre farklılık gösterip göstermediği, Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri ile iletişim becerilerinin alt boyutları arasında ilişki bulunup bulunmadığı, iletişim becerileri alt boyutlarının Johari Penceresi boyutları olan Kişisel Açılım ve Geri Bildirim üzerine etkisi olup olmadığı ortaya konulmaya çalışılmıştır.



Şekil 6. Araştırmanın Modeli

**Hipotez 1:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım düzeyi ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 2:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Geri Bildirim düzeyi ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 3:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan Sosyal Davranış Yeterliliği boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 4:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan İletişimde Bireysel Yönler boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 5:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan Empati Yeterliliği boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 6:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan Uyum boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 7:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan Duyarlılık Yeterliliği boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 8:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan İletişime Teşvik boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 9:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan İnsan İlişkileri boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 10:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutundan Dinleme boyutu ile ilgili değerlendirmeleri bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi, ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.



**Hipotez 11:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin Genel İletişim Becerileri puanları bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre; a) Yaş grupları, b) Cinsiyet, c) Medeni durumu, d) Eğitim durumu, e) Mesleki durumu, f) Yönetici olma durumu, g) Yönetici olarak çalışma süresi, h) Sağlık sektöründe çalışma süresi ve ı) Toplam çalışma süresi ve i) Çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar arasında farklılık göstermektedir.

**Hipotez 12:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki a) Kişisel Açılım, b) Geri Bildirim boyutuyla ilgili değerlendirmeleri ile iletişim becerileri ölçeğinin alt boyutları olan Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

**Hipotez 13:** Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutları olan Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği düzeyleri, Johari Penceresinin alt boyutlarını a) Kişisel Açılım, b) Geri Bildirimi etkilemektedir.

### 4.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma Ankara metropolitan bölge sınırları içerisinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerden seçilen beş hastanede yürütülmüştür. Çalışma evreni dışındaki diğer çalışmalar, çalışanlar ve hastaneler için genelleme yapılamaz.

Araştırma kapsamında diğer sağlık çalışanları ele alınmamaktadır. Araştırma örnekleminde yönetici, hekim ve hemşireler ele alınmıştır. Bu yüzden tüm sağlık çalışanları için genel bir durum ortaya konulması noktasında sınırlılık oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamında bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerinin ölçümüne ilişkin ölçeğin iki seçenekli olması, bireylerin soruları puanlandırmasını zorlaştırmakta ve ölçeğin cevaplandırılma oranının düşmesine yol açması yönüyle

sınırlık oluşturmaktadır. Bu duruma ilişkin olarak anketin doğru anlaşılabilmesi ve kolay puanlandırılabilmesi için şekil eklenerek bu durum giderilmeye çalışılmıştır.

#### **4.4. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırma evreninin belirlenmesinde Ankara metropolitan bölge içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ele alınmıştır ve evrenin belirlenmesinde hastane rolü ve tescilli yatak sayılarına göre karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün "Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler" dikkate alındığında Ankara metropolitan bölgede Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden Dal Hastaneleri; hastane rolüne göre A1 dal hastaneleri, A2, B ve C hastaneleri araştırma kapsamına alınmamıştır (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009: 3-8). Araştırma evrenini, böylece Ankara metropolitan bölgede Sağlık Bakanlığı'na bağlı beş eğitim ve araştırma hastanesinde 30 Temmuz 2015-18 Eylül 2015 tarihleri arasında görev yapan yöneticiler (Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim yardımcısı, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcıları, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdür Yardımcıları ayrıca kliniklerden sorumlu hemşireler), hekim ve hemşirelerden oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemini belirlemek için araştırmanın yapıldığı beş hastane dikkate alınmıştır. Bu hastanelerde bulunan yönetici sayısının az olması nedeniyle yöneticiler için herhangi bir örneklem seçme yöntemine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde 5 hastanede 97 yönetici (Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcıları, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdür Yardımcıları) fiili olarak görev yapmaktadır. Bu yöneticilerin 43'üne, evrenin % 44'üne ulaşılmıştır. Bununla birlikte uygulama kapsamındaki 5 hastanede klinikten sorumlu 20 hemşire de yönetici grubuna alınmış olup toplamda 64 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma örneklemindeki hekim ve hemşirelerden

kaç kişiye ulaşılması gerektiğini belirlemek amacıyla ise araştırma evreni dışında A1 hastane rolü ve tescilli yatak sayısı dikkate alınarak birbirine benzer iki hastane seçilerek bu hastanelerde 29 Haziran 2015-10 Temmuz 2015 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama verilerine göre G power analizi uygulanmıştır. 0,90 güç ile 0,05 anlamlılık düzeyinde  $r_0:0,20$  ve  $r_1:0,35$  etki genişliğinde 399 kişiye ulaşılması gerekli sayı olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğüne göre araştırma kapsamına alınan beş hastanede uygulama yapılmıştır. Bu hastanelerde hangi sayıda hekim ve hemşire ulaşılması gerektiğini belirlemek amacıyla ise tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma yapıldığı esnada görevli hekim, hemşire ve yönetici sayıları verilmiştir (Tablo 3'e bakınız).

**Tablo 3. Evrendeki Toplam Hekim ve Hemşire Sayısı**

HASTANELER	HEKİM	HEMŞİRE	N
1.HASTANE	869	730	1599
2.HASTANE	255	473	728
3.HASTANE	595	549	1144
4.HASTANE	605	620	1225
5.HASTANE	656	478	1134
<b>TOPLAM</b>	<b>2980</b>	<b>2850</b>	<b>5830</b>

Örneklem büyüklüğüne göre hastanelerden alınması gerekli hekim, hemşire ve yönetici sayıları tabakalı örneklem metoduna göre tabloda gösterilmiştir (Tablo 4'e bakınız).

**Tablo 4. Örnekleme Alınması Gereken Toplam Hekim ve Hemşire Sayısı**

HASTANELER	HEKİM	HEMŞİRE	n
1.HASTANE	59	50	109
2.HASTANE	18	32	50
3.HASTANE	41	38	79
4.HASTANE	41	42	83
5.HASTANE	45	33	78
<b>TOPLAM</b>	<b>204</b>	<b>195</b>	<b>399</b>

#### 4.5.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümü hastane yöneticileri, hekimler ve hemşirelerin tanımlayıcı bilgilerini belirlemeye yönelik demografik sorulardan oluşmaktadır. Bu bölümde bireylerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, yönetici olma durumu, yönetici olarak çalışma süresi, sağlık sektöründe çalışma süresi ve toplam çalışma süresini içeren 9 soru yer almaktadır. Demografik bilgilerin oluşturulmasında literatürden yararlanılmıştır. Ölçek soruların anlaşılabilirliğine ilişkin olarak 29 Haziran 2015-10 Temmuz 2015 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama esnasında seksen yedi kişiye anket uygulanmıştır. Ön uygulamaya katılan bireylerin on beşi hastane yöneticisi, kırk üçü hekim ve yirmi dokuzu hemşiredir. Anketler araştırmacı tarafından dağıtılmış olup, bireylerin anlaşılmayan noktaları belirtmeleri istenilmiştir. Ölçek sorularında anlaşılmayan bir noktanın bulunmaması üzerine bu bölümde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Anketin ikinci bölümünde ise hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerini belirlemeye yönelik Roiger tarafından 2012 yılında uyarlanan “*Self-Disclosure Exercise*” envanterini Türkçe’ye uyarlayan Yıldız (2013)’ün Kişisel Açılım envanteri kullanılmıştır. Anket form 10 sorudan oluşmaktadır. Ankete ilişkin genel bilgiler aşağıda yer almaktadır.

##### 4.5.1. Kişisel Açılım Envanteri

Kişisel Açılım envanteri on sorudan oluşmaktadır. Ankette verilen her bir ifadeye ilişkin “A” ve “B” şeklinde iki farklı davranış durumu verilmiştir. Bu iki farklı duruma göre bireylerin 5 puanı dağıtılmaları istenmiştir. Aşağıda Kişisel Açılım ve Geri Bildirim durumlarını belirlemeye yönelik dört durum verilmiştir.

1. Eğer “A” seçeneği bireylerin karakterini yansıtıyorsa ve “B” hiç yansıtıyorsa “A” seçeneğinin 5 puan, “B” seçeneğinin ise 0 puan olarak işaretlenmesi gerekmektedir.

2. Eğer “A” seçeneği bireylerin karakterini oldukça yansıtıyor ancak “B” ise çok az ihtimalle de olsa verebileceği bir tepki ise “A” seçeneğinin "4" puan ve “B” seçeneğinin ise “1” puan olarak işaretlenmesi gerekmektedir.
3. Bireylerin eğer “A” seçeneğindeki tepkiyi vermeleri “B” seçeneğindeki tepkiyi vermelerinden biraz daha fazla bir ihtimal taşıyorsa, “A” seçeneğini “3” puan ve “B” seçeneğinin ise “2” puan olarak işaretlenmesi gerekmektedir.
4. “B” seçeneğinin daha yakın olduğu durumlarda ise 1, 2, 3’ de belirtilen puan dağılımlarının tersi şekilde puanlama vermeleri gerekmektedir. Yani, B'nin 5 iken A'nın 0, B'nin 4 iken A'nın 1, B'nin 3 iken A'nın 2 olduğu cevapları vermeleri gerekmektedir.

Ankete ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Yıldız (2013) tarafından yapılan ön uygulama sırasında bireylerin A ve B seçenekleri arasında kararsız kaldığı, iki seçeneği de tercih ettiği veya tercih etmediği durumlara yönelik olarak “*mutlaka 5 puanı bireylerin kendilerine uygun bir şekilde dağıtmaları gerektiği*” uyarısı eklenilmiştir. Bu çalışmada da seksen yedi birey ile gerçekleştirilen n uygulama esnasında bireylerin A ve B seçeneklerine aynı puanları (“A” seçeneğine “3”, “B” seçeneğine “3” şeklinde) vermesi dolayısı ile puanlandırma sistemi şekil ile verilerek bireylerin daha kolay puanlandırma yapmaları amaçlanmıştır.

Johari Penceresi ile ilgili envanterdeki on sorunun 5 tanesi Kişisel Açılım puanını, 5 tanesi ise Geri Bildirim puanını vermektedir. Her bir soruda “A” ve “B” seçeneğine verilen puanlandırmalar dikkate alınmakta ve sadece tek bir boyut için puanlama hesaplanmaktadır. Bu puanlandırmalar ile Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlandırılması hesaplanmaktadır. Testteki on soruya ilişkin 0 ve 5 puan arasında bir puanlandırılma yapıldığı için, Kişisel Açılım ve Geri Bildirim boyutları 25’er puan üzerinden ( $5*5=25$ ) değerlendirilmektedir. Puanlandırmanın dağılımı ise Tablo 5’te verilmektedir.

**Tablo 5. Johari Penceresi Testi (Kişisel Açılım Envanteri) Puanlandırılması**

Kişisel Açılım Soru Maddeleri	Boyut	Geri Bildirim Soru Maddeleri	Boyut
Soru 1.	A	Soru 5.	B
Soru 2.	B	Soru 6.	A
Soru 3.	B	Soru 7.	B
Soru 4.	B	Soru 8.	B
Soru 10.	B	Soru 9.	A
	<b>Toplam= .....</b>		<b>Toplam= .....</b>

**Kişisel Açılım puanı:** Soru 1'in A, 2, 3, 4 ve 10. soruların B seçeneğine verilmiş puanlarla hesaplanmaktadır ve bu toplam bireylerin Kişisel Açılım düzeylerini belirlemektedir.

**Geri Bildirim puanı:** Soru 5'in B, soru 6'nın A, soru 7'nin B, soru 8'in B, soru 9'un A seçeneğine verilmiş puanlarla hesaplanmaktadır ve bu toplam bireylerin Geri Bildirim düzeylerini belirlemektedir.

Anketin üçüncü bölümünde ise hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin belirlenmesine yönelik Wiemann (1977) tarafından geliştirilen İletişim Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek için Wiemann tarafından bulunan Cronbach Alfa değeri 0,96'dır. Ölçeğe ilişkin genel bilgilendirmeler bir sonraki başlıkta ele alınacaktır.

#### 4.5.2. İletişim Yeterlilik Ölçeği (Communicative Competence Scale)

**Tablo 6. İletişim Yeterlilik Ölçeği ve Boyutları**

<i>Alt Boyutlar</i>	<i>Alt boyutlarda yer alan maddeler</i>
<b>Genel İletişim Yeterliliği</b> (General Communicative Competence)	(1, 5, 6, 9, 20, 34 ve 23)
<b>Empati Yeterliliği</b> (Empathy Competence)	(10, 12, 13, 14, 15, 17 ve 24)
<b>Bağlanma-Destekleme Yeterliliği</b> (Affiliation-Support Competence)	(7, 8, 18, 22, 30 ve 33)
<b>Esnek Davranış Yeterliliği</b> (Behavioral Flexibility Competence)	(2, 3, 19, 31, 36)
<b>Sosyal Rahatlık Yeterliliği</b> (Social Relaxation Competence)	(29, 32, 26, 16 ve 35)

**Kaynak:** Wiemann, 1977: 205.

Tablo 6'daki İletişim Yeterlilik Ölçeği orijinalinde 36 maddeden ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu beş alt boyut maddeler halinde ifade dilmektedir:

- ✓ Genel İletişim Yeterliliği (General Communicative Competence),
- ✓ Empati Yeterliliği (Empathy Competence),
- ✓ Bağlanma-Destekleme Yeterliliği (Affiliation/Support Competence),
- ✓ Esnek Davranış Yeterliliği (Behavioral Flexibility Competence),
- ✓ Sosyal Rahatlık Yeterliliği (Social Relaxation Competence) ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır.

İletişim Yeterlilik Ölçeğinin 4, 8, 11, 12 ve 28. maddeler ölçeğin orijinalinde tersten puanlandırılmıştır. Fakat yapılan analizler sonrasında 4, 11, 21, 25, 27 ve 28. sorular ölçeğin alt boyutlarından çıkartılmıştır. Anket 1: (Kesinlikle Katılmıyorum), 2: (Katılmıyorum), 3: (Kararsızım), 4: (Katılıyorum), 5: (Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde düzenlenmiş 5'li Likert tipi bir ölçektir.

## 4.6. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Geçerlik, ölçülmek istenilen özelliğin doğru ve karıştırılmadan ölçülüp ölçülmediği ile ilgilidir. Söz konusu testin ölçülmek istenileni ölçüyor olması testin geçerliliğini ifade etmektedir. Güvenilirlik ise, bir testin aynı bireylere tekrarlı ölçümleri sonucunda benzer sonuçlar ortaya çıkarmasıdır (Alpar, 2012). Bademci (2006: 3) güvenilirliği; ölçümlerin bir özelliği olarak ifade etmekle birlikte, aracın kendisinin değil, yapılan ölçümleri ortaya koyduğunu ifade etmektedir. Güvenirlik bir testin geçerliğini etkilemektedir ve geçerli olan bir testin güvenilir olması beklenmektedir. Bu kapsamda testlerde çeşitli geçerlik ve güvenilirlik yöntemleri bulunmaktadır. Geçerlik yöntemleri; Kapsam Geçerliği, Mantıksal Geçerlik ve Bir Referansa Göre Geçerlik (Uyum, Kestirim, Bland-Altman Grafiği, Yapı Geçerliği) ve Veri Türü Niteliksel Olduğundaki Geçerlik Ölçüleri iken, güvenilirlik yöntemleri; Paralel Test, Test-Tekrar Test, Testin İki Yarıya Bölünmesi, Maddeler Arası Korelasyon Katsayılarının Ortalaması, Kuder-Richardson ve Tek Deneme için Güvenirlik Katsayısının Kestirilmesine yönelik ölçümlerdir (Alpar, 2012: 413-472). Bu bilgiler çerçevesinde ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik bilgileri ifade edilmektedir.

### 4.6.1. Kişisel Açılım Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliği

Kişisel Açılım envanterinin Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldız (2013) tarafından yapılmıştır. Envanterin geçerlik analizi geçerlik yöntemlerinden birisi olan yapı geçerliği kullanılarak yapılmıştır. Güvenilirlik analizi sonucunda bulunan Cronbach Alfa değeri ise 0,91 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa 0,72 bulunmuştur.

### 4.6.2. İletişim Yeterlilik Ölçeği (Communicative Competence Scale)'nin Geçerliği

Bu çalışmada kullanılan İletişim Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe'ye çevirisinde Çetin (2012: 207)'inde kullandığı ilk çeviri, çevirinin değerlendirilmesi, geri çeviri, geri çevirinin değerlendirilmesi, uzman görüşünü içeren beş aşamalı bir yöntem kullanılmıştır. Bu kapsamda Wiemann (1977) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe'ye uyarlama



çalışması Türkçe ve İngilizce her iki dile de hâkim alanında uzman iki İngiliz dil bilimi akademisyeni tarafından ve alanında uzman bir akademisyen tarafından birbirlerinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Birbirinden bağımsız yapılan tüm çeviriler iletişim alanında uzman başka bir akademisyen ve araştırmacı tarafından karşılaştırmalar yapılarak en uygun çeviri elde edilmiştir. Böylelikle çeviriye en uygun Türkçe form elde edilmiştir. Geri çevirisi (Back Translation) ise alanında uzman bir akademisyen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilerek yapılmıştır. Orijinal form ile İngilizce'ye çevrilen bu form karşılaştırılmıştır. Ölçeğin uygun olduğu belirlendikten sonra ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada bireylere anlaşılmayan noktaları belirtmeleri istenilmiştir ve anlaşılır olduğu belirlendikten sonra uygulamaya geçilmiştir.

Ölçeğe ilişkin yapı geçerliliği analizleri ise uygulama sonrası, 36 madde ve 463 kişi üzerinden faktör analizi ile yapılmıştır. Faktör analizi öncesi verilerin faktör analizine uygunluğu test edilmiştir. KMO testi örneklem büyüklüğünün uygunluğuyla ilgili bir testtir. KMO değerinin 0,868 olması bu veriler için faktör analizinin çok iyi bir biçimde kullanılabileceğini göstermektedir. Bartlett küresellik testi anlamlıdır, yani değişkenler arasında ilişki olduğunu göstermektedir ( $p < 0.05$ ).

İletişim yeterlik ölçeği için yapılan ilk faktör analizinde on boyut elde edilmiştir ve varyansı % 59,664'tür. Boyutlardaki *“Diğer insanlarla etkili bir şekilde iş yaparım”* ifadesinin faktör yükü 1, 3, ve 7. boyutlarda birbirine çok yakın değerler aldığı için, *“Haklı olduğumda kanıtlamak için kimseyle tartışmam”* ifadesi boyutta yer alan tek madde olması dolayısıyla, *“Diğer insanların duygularını önemsemem”* ifadesinin faktör yükü 6, 7, 10, *“Konuşurken rahat ve sakinimdir”* ifadesi 2, 6 ve 10., *“İnsanların bana ne söylediklerini dinlerim”* ifadesinin faktör yükü 5 ve 8. boyutta, *“Başkalarını destekleyiciyim”* ifadesinin faktör yükü 1, 3, ve 7. boyutlarda birbirine çok yakın değerler aldığı için, faktör yüklerine bakılarak 6, 10, 12, 16, 17, ve 22. maddeler çalışmadan çıkarılarak tekrar faktör analizi yapılmıştır. Soruların boyutları Equamax döndürme yöntemine göre belirlenmiştir. Ölçeğin toplam varyansı % 57,738; toplam ölçek güvenilirliği, Cronbach's Alpha=0,868 olarak elde edilmiştir. Faktör analizi sonucu elde edilen boyutlar ve faktör yükleri sonuçları Tablo 7'de sunulmaktadır.

Tablo 7. İletişim Yeterlik Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

İletişim Becerileri Boyutlar	Maddeler	Faktör Yüğü	Varyans	Cronbach Alfa
<i>Sosyal Davranış Yeterliğı</i>	Yeni insanlarla tanışmak beni rahatsız etmez.	0,735	8,667	0,76
	Yeni tanıştığım biri ile konuşurken rahatımdır.	0,711		
	Yeni insanlar la tanışabileceğim sosyal ortamlardan hoşlanırım.	0,711		
	Yetkililerle konuşmaktan çekinmem	0,651		
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	Sevilen bir kişiyim.	0,684	8,012	0,74
	Esnek biriyim.	0,491		
	İnsanlar sorunları olduğunda bana gelebilir.	0,553		
	Genellikle doğru zamanda doğru şeyi söylerim.	0,525		
	Sesimi ve vücut dilimi etkili bir şekilde kullanmayı severim	0,541		
	Başkalarının o anki ihtiyaçlarına karşı duyarlıyım.	0,597		
<i>Empati Yeterliğı</i>	Genelde diğer insanların ne hissettiklerini anlarım.	0,661	7,836	0,72
	Başkalarını anladığımı onlara belli ederim.	0,685		
	Diğer insanları analarım.	0,709		
	Kendimi kolaylıkla başkalarının yerine koyabilirim.	0,447		
<i>Uyum Yeterliğı</i>	İnsanlarla iyi geçinirim.	0,660	7,443	0,70
	Değişen durumlara uyum sağlayabilirim.	0,730		
	İnsanlara birer birey olarak davranırım.	0,755		
<i>Duyarlılık Yeterliğı</i>	Genellikle nerede, nasıl davranacağımı bilirim.	0,615	6,786	0,50
	Arkadaşımdan genelde beklenmedik isteklerde bulunmam	0,579		
	Etkili bir konuşmacıyım.	0,600		
<i>İletişime Teşvik Yeterliğı</i>	İnsanları konuşmaya teşvik ederim.	0,339	6,661	0,50
	Konuşma esnasında konuşulanlara dikkat ederim.	0,588		
	Başkalarının söyledikleri ile ilgilerim.	0,621		
	Konuşulanları çok iyi takip edemem	0,534		
<i>İnsan İlişkileri</i>	Kişisel ilişkilerim soğuk ve mesafelidir.	0,766	6,366	0,56
	İnsanların rahatça konuşabileceğı bir kişiyim.	0,612		
	İnsanlara yakın ve ilgili olmayı severim.	0,534		
<i>Dinleme Yeterliğı</i>	Başkaları konuşurken çok fazla sözlerini keserim.	0,759	5,967	0,54
	İyi bir dinleyiciyimdir.	0,496		
	Başkaları ile konuşma tarzım sakın değildir.	0,678		

Tablo 7’de otuz sorudan oluşan yeni düzenlenmiş ölçekte 8 boyut bulunmaktadır. Buna göre İletişim Yeterlilik Ölçeğine ilişkin Tablo 7’deki faktör analizi sonuçları aşağıda ifade edilmektedir.

- ✓ Birinci faktör toplam varyansın % 8,667’sini açıklamaktadır. Sosyal Davranış Yeterliliği boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 23, 26, 29 ve 32. sorulardan oluşmaktadır.
- ✓ İkinci faktör toplam varyansın % 8,012’sini açıklamaktadır. İletişimde Bireysel Yönler boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 30, 31, 33, 34, 35 ve 36. sorulardan oluşmaktadır.
- ✓ Üçüncü faktör toplam varyansın % 7,836’sını açıklamaktadır. Empati boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 13, 14, 15 ve 24. Sorulardan oluşmaktadır.
- ✓ Dördüncü faktör toplam varyansın % 7,443’ünü açıklamaktadır. Uyum boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 1, 2 ve 3. sorulardan oluşmaktadır.
- ✓ Beşinci faktör toplam varyansın % 6,786’sını açıklamaktadır. Duyarlılık boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 19, 20 ve 21. sorulardan oluşmaktadır.
- ✓ Altıncı faktör toplam varyansın % 6,661’ini açıklamaktadır. İletişime Teşvik boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 5, 25, 27 ve 28. Sorulardan oluşmaktadır.
- ✓ Yedinci faktör toplam varyansın % 6,366’sını açıklamaktadır. İnsan İlişkileri boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 8, 9 ve 18. Sorulardan oluşmaktadır.
- ✓ Sekizinci faktör ise toplan varyansın % 5,967’sini açıklamaktadır. Dinleme boyutu olarak adlandırılmış olan bu boyut 4, 7 ve 11. sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca ölçekteki 4,8,11 ve 28. sorular ölçeğin orijinalindeki gibi tersten puanlandırılmıştır.

### 4.6.3. İletişim Yeterlilik Ölçeği (Communicative Competence Scale)'nin Güvenilirliği

Güvenilirlikte Cronbach alfa katsayısının yüksek olması maddelerin birbiri ile tutarlı ve aynı şeyi ölçtüğünü gösterir (Alpar, 2012). Bu çalışmada ölçeğin toplam güvenilirliği 0,868 olarak bulunmuş olmakla birlikte, boyutlar bazında Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği boyutlarının 0,70'den daha düşük bulunmuştur. Bu durumun nedeni söz konusu boyutlardaki soru azlığı ile açıklanabilir. Bununla beraber bu boyutların güvenilirliğini yapmak ve ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla test tekrar test yönteminden faydalanılmıştır. Yapılan test tekrar test sonucunda ölçeğin boyutlarına ilişkin Cronbach alfa değerleri; Sosyal Davranış Yeterliliği boyutunda 0,96, İletişimde Bireysel Yönler boyutunda 0,91, Empati Yeterliliği boyutunda 0,86, Uyum Yeterliliği boyutunda 0,96, Duyarlılık Yeterliliği boyutunda 0,78, İletişime Teşvik Yeterliliği boyutunda 0,87, İnsan İlişkileri boyutunda 0,86 ve Dinleme Yeterliliği boyutunda 0,91 şeklinde bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test sonucu toplam güvenilirliği ise 0,93 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

#### 4.6.3.1. Test-tekrar test (Test-re-test sonuçları)

Tablo 8'de ölçeğin güvenilirliğini ortaya koymak için uygulamadan bağımsız bireylere 14 gün baz alınarak uygulama hastanelerinde test tekrar test yapılmıştır. İlk test için 55 bireye ilk test yapılmıştır. Fakat 55 bireyden 17'si ikinci testte katılmak istememiştir. Bu yüzden ikinci testi kabul eden 38 kişi üzerinden test tekrar test analizleri yapılmıştır. Tablo 8' de yapılan test tekrar test sonuçları verilmiştir. Test tekrar test sonucu iletişim yeterlik ölçeğinin boyutların ilk test ve son test ortalama  $\pm$  standart sapma değerleri birbirlerine yakın ve korelasyon katsayıları yüksek bulunmuştur. Ölçeğin toplam güvenilirliği (Cronbach alfa) 0,93 bulunmuştur. Boyutlar bazında Cronbach alfa değerleri; Sosyal Davranış Yeterliliği 0,96, İletişimde Bireysel Yönler 0,91, Empati Yeterliliği 0,86, Uyum Yeterliliği 0,96, Duyarlılık Yeterliliği 0,78, İletişime Teşvik Yeterliliği 0,87, İnsan İlişkileri 0,86 ve Dinleme Yeterliliği 0,92 olarak son derece yüksek bulunmuştur. Bu değerler iletişim yeterlik ölçeğinin zamana göre

değişmezliğinin tutarlı olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu sonuçlar ölçeğin geçerliğini de desteklemektedir.

**Tablo 8. Test-Tekrar-Test Sonuçları**

BOYUTLAR	İLK TEST Ort.± S.S.	SON TEST Ort.±S.S.	KOLERASYON	SINIF İÇİ KORELASYON (Cronbach Alfa)
<i>Sosyal Davranış Yeterliliği</i>	14,44±2,74	14,47±2,96	0,92	<b>0,96</b>
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	22,81±2,24	22,65±2,62	0,84	<b>0,91</b>
<i>Empati Yeterliliği</i>	15,92±1,61	15,81±1,69	0,75	<b>0,86</b>
<i>Uyum Yeterliliği</i>	12,94±1,55	12,86±1,72	0,94	<b>0,96</b>
<i>Duyarlılık Yeterliliği</i>	11,44±1,32	11,39±1,40	0,64	<b>0,78</b>
<i>İletişime Teşvik Yeterliliği</i>	15,44±1,91	15,55±1,75	0,78	<b>0,87</b>
<i>İnsan İlişkileri</i>	11,76±1,77	11,60±1,91	0,76	<b>0,86</b>
<i>Dinleme Yeterliliği</i>	12,13±1,59	11,97±1,40	0,85	<b>0,92</b>
<b>GENEL İLETİŞİM BECERİLERİ</b>	109,86±7,45	109,60±7,30	0,88	<b>0,93</b>
N:38				

#### 4.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) 20.0 kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin tanımlayıcı bilgilerini belirlemek amaçlı ortalama, standart sapma, yüzde ve frekans analizleri ile incelenmiştir. Araştırmada tanımlayıcı bazı değişkenler için iletişim becerileri gruplandırarak iletişim becerileri ve tanımlayıcı değişkenler arasında ve Johari Penceresindeki dört grup ile tanımlayıcı değişkenler arasında Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Bu çalışmada verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro- Wilk yöntemi ile test edilmiş ve normal dağılım göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte literatürde bir verinin normal dağılım göstermesi

için gözlenen değişken sayısının on katı civarındaki denek sayısının olmasının verinin normal dağılım gösterdiğini ortaya koyduğu ifade edilmektedir (Şimşek, 2007: 55). Bu çalışmada 463 kişiye ulaşılması nedeniyle verilerin normal dağılım gösterdiği varsayımı kabul edilmiştir. Böylelikle bağımsız gruplarda iki grup arasında ortalamalar arasındaki farklılık, bağımsız iki grup arasında farkın önemlilik testi (Student's t test) ile ikiden fazla grubun ortalamaları arasında farklılığı ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) test edilmiştir. Parametrik varsayımların yerine gelmediği durumlarda ise verilerin analizinde ikiden fazla grubu karşılaştırmada Kruskal Wallis W testi ve gruplar arasındaki farklılığı bulmak için de Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. İki den çok grup arasında fark olup olmadığını karşılaştırırken parametrik varsayımların yerine gelmediği durumlarda bu testlerin parametrik karşılığı olan Brown Forsythe değerleri verilmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonucunda hangi gruplar arasında farkın olduğunu belirlemek için post-hoc testleri kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde LSD testi ve varyansların homojen olmadığı durumlarda ise Tamhane testi uygulanmıştır. Araştırmada İletişim becerilerinin alt boyutları ile Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon'dan faydalanılmıştır. Son olarak İletişim Becerileri ölçeğinin alt boyutlarının bireylerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla Bacward yöntemi kullanılarak Çok Değişkenli Regresyon analizi yapılmıştır.

#### **4.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu 1. Bölge Genel Sekreterliği'nden 19.06.2015 tarihinde (Ek 11'e bakınız), 22.06.2015 tarihinde (Ek 10'a bakınız) ve 25.06.2015 tarihinde izinler alınmıştır (Ek 9'a bakınız), Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu 2. Bölge Genel Sekreterliği'nden 12.06.2015 tarihi (Ek 7'ye bakınız) ve 19.06.2015 (Ek 8'e bakınız) tarihinde izin alınmıştır. Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu 3. Bölge Genel Sekreterliği'nden 18.06.2015 tarihi (Ek 5'e bakınız) ve 19.06.2015 (Ek 6'ya bakınız) tarihinde izin alınmıştır ve bu kurumlara bağlı olan araştırma evren ve örneklemindeki hastanelerden izin alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan ise 12.06.2015 tarih ve 76000869/433-1878 sayılı karar ile etik

kurul izini alınmıştır (Ek 4'e bakınız). Kurum yöneticileri ile görüşülerek çalışma ile ilgili gerekli bilgilendirilmeler yapılmıştır.

#### **4.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI**

Araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınarak onam alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılmak için Kişisel Açılım envanterini uyarlayan Roiger (2012)'den mail yoluyla izin alınmıştır (Ek 12'ye bakınız). Kişisel Açılım Envanterini Türkçeye geçerlik güvenirlik analizini yapan Yıldız (2013)'dan da mail yolu ile izin alınmıştır (Ek 12'ye bakınız). Ölçeğin ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Bireylere bilgilerinin gizli kalacağı, hiçbir kişi kurum ile paylaşılmayacağı bilgisi verilmiştir. Ön uygulama için hastane izinleri ve etik kurul izinleri alınmıştır. Ön uygulamada elde edilen veriler uygulamaya katılmamıştır. Uygulama ise 30 Temmuz 2015-18 Eylül 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulamada anketler araştırmacı tarafından dağıtılmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini (güvenilirliğini) belirlemeye yönelik ise 14 gün ara ile test tekrar test uygulanmıştır.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucu elde edilen kantitatif bulgulara yer verilmiştir. Sağlık çalışanlarının demografik bilgileri incelenmiş ve bu tanımlayıcı bilgilere göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerine ve iletişim becerilerinin alt boyutlarına göre farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Bununla birlikte bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerinin iletişim becerilerinin alt boyutları ile ilişkisi ve iletişim becerilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirime etkisinin incelenmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

#### 5.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan yöneticiler, hekim ve hemşirelerin tanımlayıcı bilgilerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, yönetici olma durumu, yönetici olarak çalışma süresi, sağlık sektöründe çalışma süresi ve toplam çalışma süresi) ilişkin kişi sayısı ve yüzde oranları verilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 63,5’i kadın (294 kişi) ve 36,5’i erkektir (169 kişi). Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ise sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun yaşı birbirine yakın bir dağılım göstermektedir. En büyük çoğunluğu 27-29 yaş grubu bireyler oluşturmaktadır (%22,9). Daha sonra sırasıyla 40 yaş üzeri bireyler (%20,7), 30-34 yaş grubundaki bireyler (%20,3), 26 yaşından küçük (% 19,4) ve 35-39 yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır (% 16,8). Medeni durumuna göre bakıldığında ise, sağlık çalışanlarının % 63,7’si bekâr, % 36,3’ü ise evlidir. Eğitim durumu açısından incelendiğinde, çalışmaya katılanların % 7,3’ü lise, % 14’ü ön lisans, % 22,2’si 4 yıllık lisans, % 20,3’ü 6 yıllık lisans, % 27’si tıpta uzmanlık, % 9,1’i lisansüstü mezundur.



**Tablo 9. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bilgileri**

<i>Demografik Değişkenler</i>	<i>Gruplar</i>	<i>Sayı (n)</i>	<i>Yüzdeler Oran %</i>
<i>Yaş</i>	<i>≤26</i>	90	19,4
	<i>27-29</i>	105	22,7
	<i>30-34</i>	94	20,3
	<i>35-39</i>	78	16,8
	<i>≥40</i>	96	20,7
<i>Cinsiyet</i>	<i>Kadın</i>	294	63,5
	<i>Erkek</i>	169	36,5
<i>Medeni Durum</i>	<i>Bekâr</i>	295	63,7
	<i>Evli</i>	168	36,3
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Lise</i>	34	7,3
	<i>Ön lisans</i>	65	14,0
	<i>Dört yıllık Lisans</i>	103	22,2
	<i>Altı yıllık Lisans</i>	94	20,3
	<i>Tıpta Uzmanlık</i>	125	27,0
	<i>Lisans Üstü</i>	42	9,1
<i>Meslek</i>	<i>Hekim</i>	204	44,1
	<i>Hemşire</i>	195	42,1
	<i>Yönetici</i>	64	13,8
<i>Yönetici Olma Durumu</i>	<i>Evet</i>	64	13,8
	<i>Hayır</i>	399	86,2
<i>Yönetici Olarak Çalışma Süresi</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	9	14,1
	<i>1-5 yıl</i>	35	54,7
	<i>6-10 yıl</i>	13	20,3
	<i>&gt;10 yıl</i>	7	10,9
<i>Sağlık sektöründe toplam çalışma süresi</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	78	16,8
	<i>1-5 yıl</i>	76	16,4
	<i>6-10 yıl</i>	119	25,7
	<i>11-20 yıl</i>	103	22,2
	<i>&gt;20 yıl</i>	87	18,8
<i>Kurumdaki çalışma süresi</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	82	17,7
	<i>1-5 yıl</i>	200	43,2
	<i>6-10 yıl</i>	82	17,7
	<i>&gt;10 yıl</i>	99	21,4
<b>TOPLAM</b>		<b>463</b>	<b>100</b>

Elde edilen sonuçlara göre, araştırmaya katılan bireylerin meslekleri değerlendirildiğinde % 44,1'i hekim, % 42,1'i hemşire ve % 13,8'i ise yönetici (Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcıları, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdür Yardımcıları ve kliniklerden sorumlu hemşireler)'dir.

Sağlık çalışanlarının yönetici olarak görev yapma durumları incelenmiş ve yönetici olarak görev yapanların oranının % 13,8 olduğu saptanmıştır. Yönetici olarak kurumda görev alan bireylerin çalışma süreleri değerlendirildiğinde en büyük grubun 1-5 yıl arasında yönetici olarak çalışan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu oran % 54,7'dir. Sağlık çalışanlarının bu sektördeki toplam çalışma süreleri değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının % 16,8'i bir yıldan daha az, % 16,4'ü 1-5 yıl arasında, % 25,7'si 6-10 yıl arası, % 22,2'si 11-20 yıl arası, % 18,8'i ise 20 yıldan fazla sağlık sektöründe çalışmakta olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının sağlık sektöründeki çalışma süreleri birbirine yakın bir dağılım göstermektedir. Bireylerin görevli oldukları kurumdaki çalışma süreleri değerlendirilmiş ve sağlık çalışanların kurumdaki görevli oldukları süreler bakımından en fazla oranın, % 43,2'ile 1-5 yıl arasında çalışan bireylerden oluştuğu görülmektedir.

**Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hekim, Hemşire ve Yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeyleri ile İletişim Becerileri Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri, Ölçek Boyutlarından Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değerler**

	Ort.	S S.	En Düşük	En Yüksek	Madde Sayısı
<b>KİŞİSEL AÇILIM</b>	14,25	4,47	0	25	5
<b>GERİ BİLDİRİM</b>	14,22	4,03	0	25	5
Sosyal Davranış Yeterliliği	14,87	2,84	1	20	4
İletişimde Bireysel Yönler	23,44	3,11	1	30	6
Empati Yeterliliği	16,21	2,11	1	20	4
Uyum Yeterliliği	12,68	1,68	1	15	3
Duyarlılık Yeterliliği	11,79	1,78	1	15	3
İletişime Teşvik Yeterliliği	15,49	2,10	1	20	4
İnsan İlişkileri	11,65	2,10	1	15	3
Dinleme Yeterliliği	11,61	2,20	1	15	3
<b>GENEL İLETİŞİM BECERİLERİ</b>	<b>117,77</b>	<b>11,54</b>	<b>30</b>	<b>150</b>	<b>30</b>

Tablo 10’da araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim, İletişim Becerileri alt boyutlarından almış oldukları ortalama ve standart sapma değerleri bulunmaktadır. Ayrıca boyutlardan alabilecekleri en yüksek ve en düşük puanlar verilmektedir. Buna göre bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Puanları birbirlerine oldukça yakındır. İletişim Becerilerinde ise en yüksek ortalamaya sahip skor İletişimde Bireysel Yönler boyutudur. En düşük ortama ise Dinleme Yeterliliği ve İnsan İlişkileri boyutlarındadır.

Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin Johari Penceresi ve İletişim Yeterlik Ölçeğinin alt boyutları ile bireylerin tanımlayıcı bulguları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla Ki-Kare analizi yapılmıştır ve bireylerin Genel İletişim Becerilerine ilişkin puanların hesaplanmasında aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Elde edilen aritmetik ortalamaya standart sapmanın eklenmesi ve çıkarılması ile orta düzey iletişim becerileri puan ortalamasını veren puan aralığı 106,23-129,31 olarak hesaplanmıştır. Bu puanlamada 106,23’den küçük ortalamalar düşük iletişim becerisi puanını, 129,31’ den yüksek ortalamalar yüksek iletişim

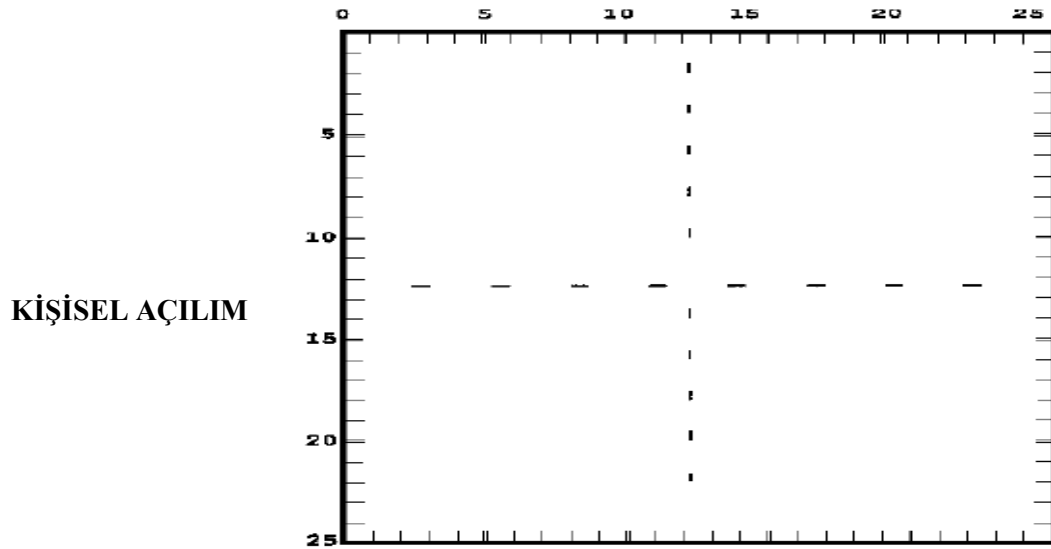
becerileri puanını vermektedir. Buna göre iletişim becerileri puanı 106,22' den küçükse düşük, 106,23-129,31 arasında ise orta, 129,32'den yüksek ise yüksek iletişim beceri puanını vermektedir.

Johari Penceresinin gruplarının belirlenmesinde ise Self Disclosure Envanteri dikkate alınmıştır. Buna göre Johari Penceresi puanlarının gruplandırılması Tablo 11'de sunulmuştur.

**Tablo 11. Johari Penceresi Gruplarının Puanlandırılması**

<i>Gruplar</i>	<i>Geri Bildirim</i>	<i>Kişisel Açılım</i>
<i>1. Grup</i>	0-12,5	0-12,5
<i>2. Grup</i>	12,5-25	0-12,5
<i>3. Grup</i>	0-12,5	12,5-25
<i>4. Grup</i>	12,5-25	12,5-25

### GERİ BİLDİRİM



**Şekil 7. Johari Penceresi Puanlandırılması**

Tablo 12. Araştırmaya katılan bireylerin Johari Penceresi ve İletişim Yeterlik Ölçeği Boyutları ile Tanımlayıcı Bulguları Arasındaki İlişki

		<i>Düşük</i> <i>İ.B.P (%)</i>	<i>Orta</i> <i>İ.B.P (%)</i>	<i>Yüksek</i> <i>İ.B.P (%)</i>	<i>Ki-Kare</i> <i>P</i>			<i>Johari</i> <i>Penceresi 1.</i> <i>Grup (%)</i>	<i>Johari</i> <i>Penceresi 2.</i> <i>Grup (%)</i>	<i>Johari</i> <i>Penceresi 3.</i> <i>Grup (%)</i>	<i>Johari</i> <i>Penceresi 4.</i> <i>Grup (%)</i>	<i>Ki_Kare</i> <i>p</i>
<i>Cinsiyet</i>	<i>Kadın</i>	16,3	67,7	16,0	0,880	<i>Cinsiyet</i>	<i>Kadın</i>	17,0	19,7	17,3	45,9	0,304
	<i>Erkek</i>	14,8	69,8	15,4			<i>Erkek</i>	13,6	14,8	17,8	53,8	
<i>Yaş Grupları</i>	<i>≤26</i>	17,8	68,9	13,3	0,240	<i>Yaş Grupları</i>	<i>≤26</i>	13,3	17,8	18,9	50,0	0,790
	<i>27-29</i>	20,0	64,8	15,2			<i>27-29</i>	13,3	18,1	19,0	49,5	
	<i>30-34</i>	19,1	69,1	11,7			<i>30-34</i>	17,0	11,7	17,0	54,3	
	<i>35-39</i>	14,1	65,4	20,5			<i>35-39</i>	21,8	20,5	16,7	41,0	
	<i>≥40</i>	7,3	74,0	18,8			<i>≥40</i>	14,6	21,9	15,6	47,9	
<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Lise</i>	20,6	58,8	20,6	0,173	<i>Eğitim Durumu</i>	<i>Lise</i>	20,6	14,7	17,6	47,1	0,109
	<i>Ön Lisans</i>	13,8	70,8	15,4			<i>Ön Lisans</i>	27,7	10,8	23,1	38,5	
	<i>Dört yıllık</i>	11,8	68,0	20,4			<i>Dört yıllık</i>	6,8	21,4	21,4	50,5	
	<i>Altı yıllık</i>	24,5	61,7	13,8			<i>Altı yıllık</i>	13,8	20,2	10,6	55,3	
	<i>Tıpta Uzm.</i>	16,0	72,8	11,2			<i>Tıpta Uzm.</i>	16,8	17,6	16,8	48,8	
	<i>Yl./Doktora</i>	4,8	76,2	19,0			<i>Yl./Doktora</i>	16,7	19,0	16,7	47,6	
<i>Medeni Durumu</i>	<i>Evlü</i>	14,9	70,5	14,6	0,449	<i>Medeni Durumu</i>	<i>Evlü</i>	13,9	21,0	15,9	49,2	0,063
	<i>Bekâr</i>	17,3	64,9	17,9			<i>Bekâr</i>	19,0	12,5	20,2	48,2	

Tablo 12. Araştırmaya katılan bireylerin Johari Penceresi ve İletişim Yeterlik Ölçeği Boyutları ile Tanımlayıcı Bulguları Arasındaki İlişki (Devam)

		Düşük İ.B.P (%)	Orta İ.B.P (%)	Yüksek İ.B.P (%)	Ki-Kare P			Johari Penceresi 1. Grup (%)	Johari Penceresi 2. Grup (%)	Johari Penceresi 3. Grup (%)	Johari Penceresi 4. Grup (%)	Ki_Kare p
Mesleği	Hekim	20,1	68,1	11,8	0,028	Mesleği	Hekim	16,7	18,1	14,7	50,5	0,164
	Hemşire	14,4	68,2	17,4			Hemşire	17,9	16,9	21,0	44,1	
	Yönetici	4,9	65,9	29,3			Yönetici	6,2	20,3	15,6	57,8	
Yönetici Olma Durumu	Evet	6,2	70,3	23,4	0,029	Yönetici Olma Durumu	Evet	6,2	20,3	15,6	57,8	0,117
	Hayır	17,3	68,2	14,5			Hayır	17,3	17,5	17,8	47,4	
Yönetici Olarak Çalışma Süresi	<1	0,0	88,9	11,1	0,036	Yönetici Olarak Çalışma Süresi	<1	0,0	33,3	22,2	44,4	0,444
	1-5	0,0	77,1	22,9			1-5	11,4	11,4	17,1	60,0	
	6-10	23,1	38,5	38,5			6-10	0,0	23,1	7,7	69,2	
	>10	14,3	71,4	14,3			>10	0,0	42,9	14,3	42,9	
Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi	<1	19,2	69,2	11,5	0,198	Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi	<1	16,7	14,1	15,4	53,8	0,408
	1-5	18,4	67,1	14,5			1-5	14,5	22,4	21,1	42,1	
	6-10	21,0	65,5	13,4			6-10	12,6	14,3	19,3	53,8	
	11-20	11,7	68,0	20,4			11-20	23,3	19,4	14,6	42,7	
	>20	8,0	73,6	18,4			>20	11,5	20,7	17,2	50,6	
Kurumdaki Çalışma Süresi	<1	18,3	67,1	14,6	0,269	Kurumdaki Çalışma Süresi	<1	14,6	17,1	20,7	47,6	0,627
	1-5	19,5	67,0	13,5			1-5	13,5	20,0	16,0	50,5	
	6-10	12,2	69,5	18,3			6-10	22,0	13,4	13,4	51,2	
	>10	9,1	71,7	19,2			>10	18,2	18,2	21,2	44,4	

Tablo 12’de araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin sosyo-demografik değişkenlere göre Ki-Kare analiz sonuçları verilmiştir. Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının % 16,3’nn iletişim becerileri puanı dşuk düzeydeyken, % 67,7’sinin iletişim becerileri puanı orta, % 16’sının iletişim becerileri puanı yüksektir. Araştırmaya katılan erkeklerin ise % 4,8’i dşuk, % 69,8’i orta, % 15,4’ yüksek iletişim becerilerine sahiptir. Cinsiyet ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,880$ ).

Gruplandırılmış iletişim becerileri puanı en yüksek olan yaş grubu 35-39 yaş arasındaki bireylerin olduğu gruptur. Buna göre 35-39 yaş grubundaki bireylerin % 14,1’i, % 65,4’ orta, % 11,7’si ise yüksek iletişim becerileri puanına sahiptir. Yaş ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,240$ ).

Eğitim durumuna göre dört yıllık lisans mezunlarının iletişim becerileri puanları en yüksek yüzdeye sahip gruptur. Dört yıllık lisans mezunu bireylerin % 11,8’i dşuk, % 68’i orta, % 20,4’ yüksek iletişim becerileri puanına sahiptir. Eğitim durumu ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanı arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,173$ ).

Medeni durumuna göre evlilerin % 70,5’inin, bekârların ise % 64,9’unun iletişim becerileri puanı orta düzeydedir. Medeni durum ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,449$ ).

Mesleklerine göre en yüksek iletişim becerilerine sahip grup yöneticilerdir. Buna göre yöneticilerin % 4,9’u dşuk, % 65,9’u orta ve % 29,3’ yüksek iletişim becerileri puanına sahiptir. Meslek ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki vardır ( $p=0,028$ ). İki değişken arasında % 28’lik bir ilişki vardır.

Yönetici olma durumuna göre yönetici olanların iletişim beceri puanları olmayanlardan daha yüksektir. Yönetici olma durumu ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki vardır ( $p=0,029$ ). İki değişken arasında % 29’luk bir ilişki vardır.

Yönetici olarak çalışma sürelerine göre bir yıldan daha az süredir çalışan sağlık çalışanlarının iletişim becerileri puanı orta ve daha yüksektir. Yönetici olarak çalışma süresi ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki vardır ( $p=0,036$ ). İki değişkenden sıralanabilir olduğundan Spearman Korelasyon ilişki katsayısı kullanılmıştır. İki değişken arasında % 36'lık bir ilişki vardır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi bakımından en yüksek iletişim becerisi puanına sahip olan grup yüksek ve orta düzey iletişim becerisi puanına göre 20 yıldan uzun süredir sağlık sektöründe çalışan bireyledir. Sağlık sektöründe çalışma süresi ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,198$ ).

Bireylerin görev yapmış oldukları kurumdaki çalışma sürelerine göre en yüksek iletişim becerileri puanına sahip grup orta ve yüksek iletişim becerileri puanlarının toplamı baz alındığında 10 yıldan uzun süredir çalışanların iletişim becerileri puanı daha yüksektir. Bireylerin kurumlarındaki çalışma süreleri ile gruplandırılmış iletişim becerileri puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,269$ ).

Araştırmaya katılan kadın çalışanların % 17'sinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları 1.grupta yer almaktadır. Buna göre bu gruptaki kadınların Açık Alan genişliği dar, Kör Alanları, Saklı Alanları ve Bilinmeyen Alanlarının ise geniş olduğu görülmektedir. Kadınların % 19,7'si 2. gruptadır. Bu gruptaki kadınların Saklı Alanları ve Bilinmeyen Alanlarının geniş olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca kadın çalışanların % 17,3'ü 3.grupta yer almaktadır. Bu gruptaki kadın çalışanların Kör Alanları ve Bilinmeyen Alanları geniş olduğu görülmektedir. Kadın çalışanların % 45,9'u ise dördüncü grupta yer almaktadır. Buna göre bu gruptaki kadın çalışanların Açık iletişimi yüksek iken, 1. grupta, 2. grupta ve 3. grupta yer alan kadın çalışanların Açık iletişimi azdır. Çünkü Kör Alanları, Saklı Alanları ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan erkek çalışanların ise % 13,6'sının Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları 1.gruptadır. Buna göre bu gruptaki erkeklerin Kör, Saklı ve Bilinmeyen Alanları geniş iken, Açık Alanları dar olduğu anlaşılmaktadır. Erkek çalışanların % 14,8'i 2. grupta yer almaktadır. Bu gruptaki erkek çalışanların Saklı ve Bilinmeyen



Alanları geniş olduğu görülmektedir. Açık iletişimleri ise azdır. Ayrıca erkek çalışanların % 17,8'inin 3.gruptadır. Bu gruptakilerin Kör Alanları ve Bilinmeyen Alanları geniştir. Erkek çalışanların % 53,8'i 4.grupta yer almaktadır. Buna göre bu gruptaki erkek çalışanların Açık İletişimi yüksek iken, 1. grupta, 2. grupta ve 3. grupta yer alan erkek çalışanların Açık İletişimi azdır. Çünkü Kör Alanları, Saklı Alanları ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. İki boyutun kesişimi dikkate alındığında kadın ve erkeklerin genel olarak Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları yüksektir. Bu durum kadın ve erkek çalışanların Açık Alanlarının geniş olduğunu göstermektedir. Cinsiyet ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,304$ ).

Yaş gruplarına göre ise 30-34 yaş grubundaki bireylerin % 17'sinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları 1.grupta, % 11,7'si ikinci grupta, % 17'si üçüncü grupta ve % 54,3'ü ise dördüncü grupta yer almaktadır. Bireyler yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ise Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre bakıldığında bireylerin Açık iletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Yaş grupları ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,790$ ).

Altı yıllık lisans mezunu olan bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlarının % 13,8 i 1.grupta, % 20,2'si ikinci grupta, % 10,6'sı üçüncü grupta ve % 55,3'ü dördüncü grupta yer almaktadır. Bireyler eğitim gruplarına göre değerlendirildiğinde ise Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Eğitim gruplarına göre bakıldığında bireylerin Açık iletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,109$ ).

Evli olan bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlarının % 13,9'u 1.grupta, % 21'i ikinci grupta, % 15,9'u üçüncü grupta ve % 49,2'si ise dördüncü grupta yer almaktadır. Bireyler medeni durumuna göre değerlendirildiğinde ise Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Medeni Durumuna

göre bakıldığında bireylerin Açık iletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Medeni durum ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,063$ ).

Yönetici olanların Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlarının % 6,2'si ilk grupta,% 20,3'ü ikinci grupta, % 15,6'sı üçüncü grupta ve % 57,8'i ise dördüncü grupta yer almaktadır. Bireyler mesleklerine göre değerlendirildiğinde ise yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları hekim ve hemşirelerden yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Mesleklerine göre bakıldığında bireylerin Açık iletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Mesleki durum ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,164$ ).

Yönetici olmayanların Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlarının % 17,3'ü ilk grupta, % 17,5'i ikinci grupta, % 17,8'i üçüncü grupta ve % 47,4'ü ise dördüncü grupta yer almaktadır. Bireyler yönetici olma durumlarına göre değerlendirildiğinde yönetici olanların Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları olmayanlara göre yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Yönetici olma durumuna göre bakıldığında bireylerin Açık iletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Yönetici olma durumu ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,117$ ).

Yönetici olarak çalışma sürelerine göre 6-10 yıl arasında görev yapmış yöneticilerin çalışma sürelerine göre Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlarının % 23,1'i ikinci grupta, % 7,7'si üçüncü grupta ve % 69,2'si ise dördüncü grupta yer almaktadır. Bireyler yönetici olarak çalışma sürelerine değerlendirildiğinde, yönetici olarak çalışma sürelerine göre yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Yönetici olarak çalışma sürelerine göre bakıldığında bireylerin Açık iletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin yönetici olarak çalışma süreleri ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,444$ ).

Sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlarının % 23,3'ü ilk grupta, % 19,4'ü ikinci grupta, % 14,6'sı üçüncü grupta ve % 42,7'si ise dördüncü grupta yer almaktadır. Bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre bakıldığında bireylerin Açık iletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin sağlık sektöründe çalışma süreleri ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,627$ ).

Bireylerin kurumda çalışma sürelerine göre Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanlarının % 22'si ilk grupta, %13,4'ü ikinci grupta, % 13,4'ü üçüncü grupta ve % 51,2'si ise dördüncü grupta yer almaktadır. Bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları yüksektir. Bununla birlikte Açık Alanları geniş iken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanlarının dar olduğu görülmektedir. Kurumda çalışma sürelerine göre bakıldığında bireylerin Açık İletişiminin yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin kurumda çalışma süreleri ile Johari Penceresinin grup puanları arasında % 5 yanılma düzeyinde ilişki yoktur ( $p=0,408$ ).

Genel olarak değerlendirildiğinde bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları 12,5-25 puan aralığındadır. Bu durum bireylerin kendilerini açma durumu olan Kişisel Açılım ve Geri Bildirim alma ve verme durumu olan Geri Bildirim puanları yüksektir. Bu durum sağlık çalışanlarının Açık Alanlarının yüksek olduğunu ve iletişimde kendileri ile ilgili ve başkalarının kendileri ile ilgili durumları bildiğini gösterir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri genel ortalaması ise orta ve yüksek düzeydedir.

**Tablo 13. Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim ile İletişim Becerilerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
<b>1.Kişisel Açılım</b>	1										
<b>2.Geri Bildirim</b>	0,356**	1									
<b>3.Sosyal Davranış Yeterliliği</b>	0,097*	0,178**	1								
<b>4.İletişimde Bireysel Yönler</b>	0,093*	0,177**	0,475**	1							
<b>5.Empati Yeterliliği</b>	0,034	0,089	0,311**	0,520**	1						
<b>6.Uyum Yeterliliği</b>	-0,002	0,160**	0,279**	0,364**	0,359**	1					
<b>7.Duyarlılık Yeterliliği</b>	0,063	0,169**	0,327**	0,474**	0,392**	0,301**	1				
<b>8.İletişime Teşvik Yeterliliği</b>	0,074	0,191**	0,339**	0,454**	0,451**	0,313**	0,364**	1			
<b>9.İnsan İlişkileri</b>	0,085	0,136**	0,386**	0,382**	0,345**	0,392**	0,284**	0,380**	1		
<b>10.Dinleme Yeterliliği</b>	-0,052	0,079	0,060	0,087	0,153**	0,293**	0,104*	0,205**	0,194**	1	
<b>11.Genel İletişim Becerileri</b>	0,084	0,232**	0,666**	0,777**	0,687**	0,609**	0,616**	0,681**	0,651**	0,389**	1

\*\*  $p < 0,01$ \*  $p < 0,05$

Tablo 13'e göre, Johari Penceresinin boyutları olan Kişisel Açılım ve Geri Bildirim arasında 0,356 olumlu yönde orta düzeyde ilişki vardır.

Kişisel Açılım ile Sosyal Davranış Yeterliliği ( $r=0,097$ ,  $p=0,037$ ) ve İletişimde Bireysel Yönler ( $r=0,093$ ,  $p=0,045$ ) arasında olumlu yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre kurulan **Hipotez 12a** kabul edilmiştir.

Geri Bildirim ile Sosyal Davranış Yeterliliği ( $r=0,178$ ,  $p=0,000$ ), İletişimde Bireysel Yönler ( $r=0,177$ ,  $p=0,000$ ), Uyum Yeterliliği ( $r=0,160$ ,  $p=0,001$ ), Duyarlılık Yeterliliği ( $r=0,169$ ,  $p=0,000$ ), İletişime Teşvik Yeterliliği ( $r=0,191$ ,  $p=0,000$ ), İnsan İlişkileri ( $r=0,136$ ,  $p=0,003$ ) ve Genel İletişim Becerileri ( $r=0,232$ ,  $p=0,000$ ) arasında olumlu yönde fakat zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 12b** kabul edilmiştir.

Genel İletişim Becerileri ile Sosyal Davranış Yeterliliği ( $r=0,666$ ,  $p=0,000$ ), İletişimde Bireysel Yönler ( $r=0,777$ ,  $p=0,000$ ), Empati Yeterliliği ( $r=0,687$ ,  $p=0,000$ ), Uyum Yeterliliği ( $r=0,609$ ,  $p=0,000$ ), Duyarlılık Yeterliliği ( $r=0,616$ ,  $p=0,000$ ), İletişime Teşvik Yeterliliği ( $r=0,681$ ,  $p=0,000$ ), İnsan İlişkileri ( $r=0,651$ ,  $p=0,000$ ) arasında olumlu yönde yüksek bir ilişki vardır. Dinleme Yeterliliği boyutu ile de olumlu yönde ve orta bir ilişki vardır. İletişim Becerilerinin alt boyutları arasında ise genel olarak olumlu yönde orta düzeyde bir ilişki vardır.

## 5.2. ARAŞTIRMA MODELİNE İLİŞKİN HİPOTEZLERİN TEST EDİLMESİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde araştırma modeline ilişkin kurulan hipotezlerin test edilmesi ve elde edilen sonuçlar verilmiştir.

**Tablo 14. Yönetici, Hekim ve Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorlarının Değerlendirilmesi**

<i>Johari Penceresi Boyutlar</i>	<i>Yaş Grupları</i>										<i>F</i>	<i>p</i>
	$\leq 26$ <i>n=90</i>		27-29 <i>n=105</i>		30-34 <i>n=94</i>		35-39 <i>n=78</i>		$\geq 40$ <i>n=96</i>			
	<i>Ort.</i>	<i>S S.</i>	<i>Ort.</i>	<i>S S.</i>	<i>Ort.</i>	<i>S S.</i>	<i>Ort.</i>	<i>S S.</i>	<i>Ort.</i>	<i>S S.</i>		
<i>Kişisel Açılım</i>	14,31	4,37	14,33	4,41	14,72	4,21	13,62	5,00	14,18	4,43	0,656	0,623
<i>Geri Bildirim</i>	14,18	3,64	14,10	4,04	14,04	4,26	14,35	4,32	14,45	3,95	0,174	0,952

Tablo 14’te, yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını yaş gruplarına göre karşılaştıran ANOVA testi sonuçları incelenmiştir. Bireylerin Kişisel Açılım skor ortalamaları yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,623$ ). Geri Bildirim skorlarına ilişkin analiz sonuçlarına göre ise bireylerin Geri Bildirim skor ortalamaları yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,952$ ). Elde edilen bulgulara göre *Hipotez 1a*, *Hipotez 2a* hipotezleri reddedilmiştir. Ortalamaları açısından gruplar karşılaştırıldığında ise yaş gruplarına göre ortalamalar birbirlerine yakın dağılmaktadır. Yaş gruplarına göre Kişisel Açılım ve Geri Bildirim ortalamalarına göre bireylerin Açık Alan genişliği ortalama olarak 13,62 ile 14,45 aralığındadır. Bireylerin Açık Alanı genişlerken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları daralmıştır.

**Tablo 15. Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

<i>Johari Penceresi Boyutlar</i>	<i>Cinsiyet</i>				<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Kadın n=294</i>		<i>Erkek n=169</i>			
	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS.</i>		
<i>Kişisel Açılım</i>	14,08	4,55	14,08	4,32	-1,127	0,260
<i>Geri Bildirim</i>	14,19	4,19	14,27	3,75	-0,216	0,829

Tablo 15’te, yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını cinsiyete göre karşılaştıran bağımsız iki örneklem t-testi sonuçları incelenmiştir. Buna göre bireylerin; Kişisel Açılım skor ortalamaları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,260$ ). Geri Bildirim skor ortalamalarına ilişkin analiz sonuçlarına göre cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,829$ ). Buna göre *Hipotez 1b*, *Hipotez 2b* hipotezleri reddedilmiştir. Ortalamaları açısından gruplar karşılaştırıldığında ise kadın ve erkeklerin ortalamaları birbirlerine çok yakın bir değer almıştır. Bireylerin Açık Alan genişliği ortalama olarak 14,08 ile 14,27 aralığındadır. Bireylerin Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları daralırken, Açık Alanları genişlemiştir.

**Tablo 16. Araştırmaya Katılan Bireylerin Medeni Durumuna Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

<i>Johari Penceresi Boyutlar</i>	<i>Medeni Durum</i>				<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Evli n=168</i>		<i>Bekâr n=295</i>			
	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>		
<i>Kişisel Açılım</i>	14,28	4,56	14,20	4,32	0,184	0,854
<i>Geri Bildirim</i>	14,38	4,12	13,94	3,87	1,144	0,253

Tablo 16’da yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını medeni duruma göre karşılaştıran bağımsız iki örneklem t-testi sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım skor ortalamaları medeni durumuna göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,854$ ). Geri Bildirim skor

ortalamaları medeni duruma göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,253$ ). Elde edilen sonuçlara göre **Hipotez 1c** **Hipotez 2c** hipotezleri reddedilmiştir. Evli ve bekârların Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerine ilişkin ortalamaları birbirlerine oldukça yakındır. Bireylerin Açık Alan genişliği ortalama olarak 13,94 ile 14,38 aralığındadır. Bireylerin Açık Alanı genişlerken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları daralmıştır.

**Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

Johari Penceresi Boyutlar	Eğitim Durumu											
	Lise n=34		Ön lisans n=65		Dört Yıllık n=103		Altı Yıllık n=94		Tıpta Uzmanlık n=125		Lisansüstü n=42	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	SS	Ort.	S.S.	Ort.	SS.	Ort.	S.S.
<b>Kişisel Açılım</b>	14,47	4,74	13,76	4,97	14,70	4,09	14,18	4,55	14,09	4,27	14,40	4,82
$F=0,425, p=0,831$												
<b>Geri Bildirim</b>	14,44	4,52	13,32	4,52	14,88	4,25	14,64	3,32	13,88	3,94	13,90	3,83
$F=1,673, p=0,140$												

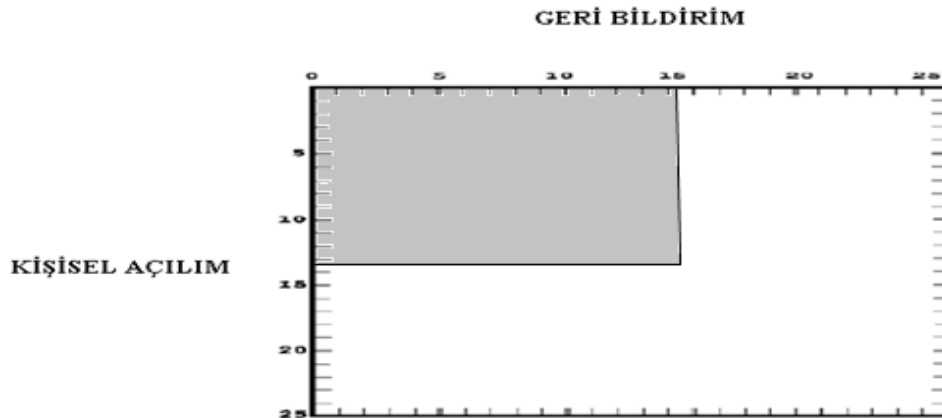
Tablo 17’de yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını eğitim durumuna göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım skor ortalamaları eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,831$ ). Geri Bildirim skor ortalamaları eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,140$ ). Elde edilen bulgulara göre **Hipotez 1a**, **Hipotez 2a** hipotezleri reddedilmiştir. Eğitim durumlarına göre yönetici, hekim ve hemşirelerin ortalamaları birbirlerine oldukça yakındır. Bireylerin Açık Alan genişliği ortalama olarak 13,32 ile 14,88 aralığındadır. Bireylerin Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları darılırken, Açık Alanları genişlemiştir.



**Tablo 18. Araştırmaya Katılan Bireylerin Mesleklerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

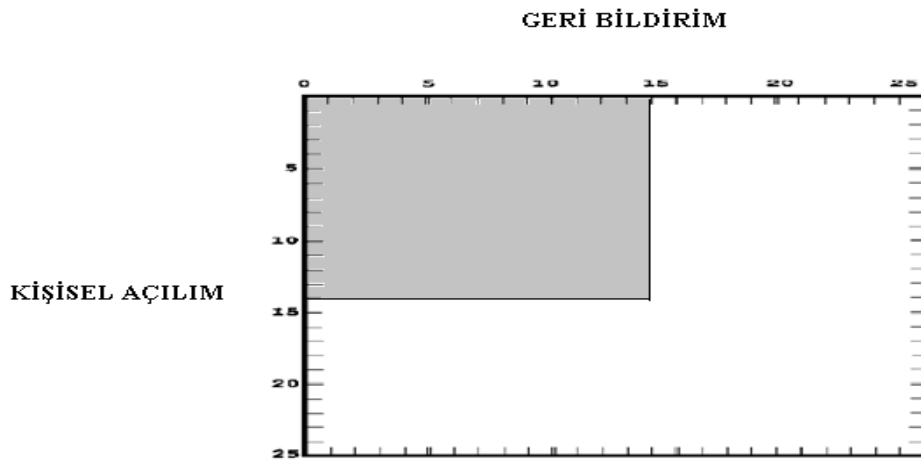
Johari Penceresi Boyutlar	Meslek						F	p
	Hekim n=204		Hemşire n=195		Yönetici n=64			
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Kişisel Açılım	14,18	4,52	14,02	4,50	15,21	4,13	1,777	0,170
Geri Bildirim	14,05	3,67	14,04	4,36	15,32	3,99	267,290	0,062

Tablo 18’de yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını mesleklerine göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım skor ortalamaları mesleklerine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,170$ ). Yöneticilerin Kişisel Açılım skor ortalaması hekim ve hemşirelerin skor ortalamalarından daha yüksektir. Geri Bildirim skorları mesleklerine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,062$ ). Yöneticilerin Geri Bildirim skor ortalamaları hekim ve hemşirelerin ortalamalarından daha yüksektir. Elde edilen bulgulara göre *Hipotez 1<sub>e</sub>*, *Hipotez 2<sub>e</sub>* hipotezleri reddedilmiştir. Mesleğe göre bireylerin ortalamaları birbirlerine yakındır. Bireylerin Açık Alan genişliği ortalama olarak 14,02 ile 15,32 aralığındadır. Mesleğe ilişkin hekim, hemşire ve yöneticilerin Johari Penceresi Şekil 8, 9 ve 10 da gösterilmektedir.



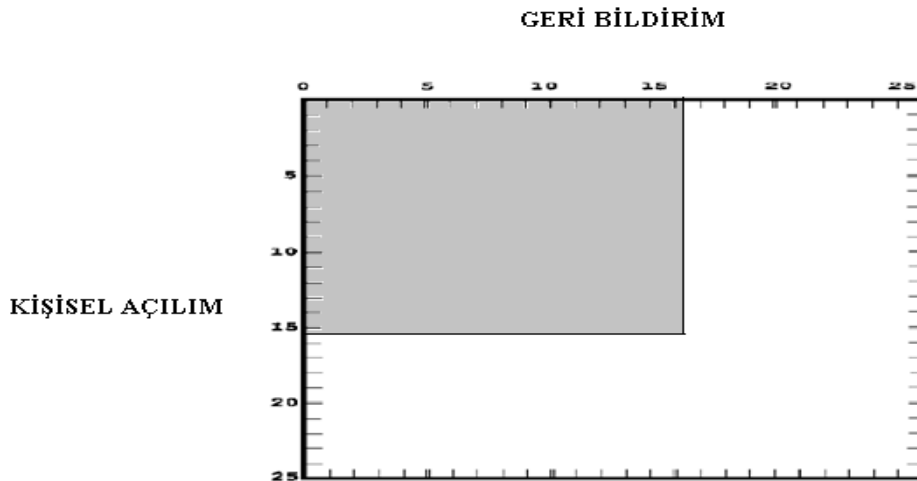
**Şekil 8. Hekimlerin Johari Penceresi**

Şekil 8’de hekimlerin Kişisel Açılım puanı 14,18; Geri Bildirim puanı ise 14,05 olarak elde edilmiştir. Bu kapsamda hekimlerin K r Alanları, Saklı Alanları ve Bilinmeyen Alanlarının daraldığı söylenebilmektedir. Bu alanlardaki daralma Açık Alanın genişlemesini sağlamaktadır. Bu durum iletişim için istenilen bir durumdur. Bununla birlikte hekimlerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Puanları hemşirelerden daha yüksektir. Bu durum hekime kişilerarası ilişkilerinde sürdürebilirliği sağlamakta ve birlikte çalıştığı ekibi ile güven ve rahatlık sağlayarak iletişimlerini geliştirmektedir (Ivey ve diğ., 2009: 326).



**Şekil 9. Hemşirelerin Johari Penceresi**

Şekil 9’da hemşirelerin Kişisel Açılım puanı 14,02; Geri Bildirim puanı ise 14,04 olarak elde edilmiştir. Bu kapsamda hemşirelerin K r Alanları, Saklı Alanları ve Bilinmeyen Alanlarının daraldığı söylenebilmektedir. Bu alanlardaki daralma Açık Alanın genişlemesini sağlamaktadır. Hemşirelerde bu durum hekimleri desteklemelerinde ve streslerinin azaltılmasını sağlayarak problem çözümünde etkili olabilmektedir. Hemşirelerde Kişisel Açılımın yüksek olması hekimlerin rahatlamasına, duygularını ifade etmesini sağlayarak hemşireyi daha iyi anlamasına olanak sağlamaktadır (Videbeck, 2010: 90).



**Şekil 10. Yöneticilerin Johari Penceresi**

Şekil 10’da yöneticilerin Kişisel Açılım puanı 15,21; Geri Bildirim puanı ise 15,32 olarak elde edilmiştir. Bu kapsamda hekimlerin Kör Alanları, Saklı Alanları ve Bilinmeyen Alanlarının daraldığı söylenebilmektedir. Bu alanlardaki daralma Açık Alanın genişlemesini sağlamaktadır. Yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri, hekim ve hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Yöneticiler için Kişisel Açılım ve Geri Bildirim yüksek olması idari düzenleme yapabilme noktasında bilgisi sağlamakta ve kurumsal süreçlerde daha fazla bilgi edinimini sağlayarak bu beceriyi etkili uygulamasına yardımcı olmaktadır (Reid ve Silver, 2013: 471).

**Tablo 19. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olma Durumuna Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

<i>Johari Penceresi Boyutlar</i>	<i>Yönetici Olma Durumu</i>				<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>Evet</i>		<i>Hayır</i>			
	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>		
<i>Kişisel Açılım</i>	15,21	4,13	14,10	4,50	<b>1,854</b>	<b>0,064</b>
<i>Geri Bildirim</i>	15,32	3,99	14,04	4,01	<b>2,369</b>	<b>0,018</b>

Tablo 19’da yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını yönetici olma durumuna göre karşılaştıran bağımsız iki örneklem t-testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım skorları

yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,064$ ). Geri Bildirim skorları yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,018$ ). Bu sonuçlara göre **Hipotez 1f** reddedilmiştir. Ancak **Hipotez 2f** kabul edilmiştir. Yönetici olma durumu Geri Bildirim için önemli bir etkidir. Elde edilen sonuçlara göre yönetici olan bireylerin yönetici olmayan bireylere göre Geri Bildirim ortalamaları daha yüksektir. Yönetici daha fazla Geri Bildirimde buldukları söylenebilir. Yönetici olma durumuna göre ortalamalar 14,04 ile 15,32 aralığındadır. Bireylerin Açık Alanı genişlerken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları daralmıştır.

**Tablo 20. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olarak Çalışma Sürelerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

<i>Johari Penceresi Boyutlar</i>	<i>Yönetici Olarak Çalışma Süresi</i>			
	<i>&lt;1 n=9</i>	<i>1-5 n=35</i>	<i>6-10 n=13</i>	<i>&gt;10 n=7</i>
	<i>Ortalama sırası</i>	<i>Ortalama sırası</i>	<i>Ortalama sırası</i>	<i>Ortalama sırası</i>
<i>Kişisel Açılım</i>	27,56	34,86	32,46	27,14
Chi Square=1,787	SD=3	p=0,618		
<i>Geri Bildirim</i>	27,61	33,19	34,88	30,93
Chi Square=0,947	SD=3	p=0,815		

Tablo 20'de yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını yönetici olarak çalışma süresine göre karşılaştıran Kruskal Wallis H testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım boyutu yönetici olarak çalışma sürelerine farklılık göstermemektedir ( $p=0,618$ ). Bununla birlikte Geri Bildirim boyutu da yönetici olarak çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,815$ ). Elde edilen bulgulara göre **Hipotez 1g**, **Hipotez 2g** hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 21. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

Johari Penceresi Boyutlar	Sağlık Sektöründe Toplam Çalışma Süresi										F	p
	<1 n=78		1-5 n=76		6-10 n=119		11-20 n=103		>20 n=87			
	Ort.	S S	Ort.	SS.	Ort.	S S.	Ort.	S S.	Ort.	S S.		
<b>Kişisel Açılım</b>	14,57	4,55	13,67	4,16	14,90	4,19	13,37	4,96	14,64	4,27	2,236	0,064
<b>Geri Bildirim</b>	14,10	3,97	13,85	3,81	14,28	3,79	14,32	4,38	14,45	4,22	0,271	0,897

Tablo 21’de yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorları için sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre karşılaştıran ANOVA sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım skorlar ortalamaları sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,064$ ). Bu sonuçlara göre **Hipotez 1h** reddedilmiştir. Geri Bildirim skorlar ortalamaları sağlık sektöründe çalışma durumuna göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,897$ ). Buna göre **Hipotez 2h** reddedilmiştir. Sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamalar 13,32 ile 14,90 aralığında değişmektedir. Bireylerin Açık Alanı genişlerken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları daralmıştır.

**Tablo 22. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kurumdaki Çalışma Sürelerine Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

Johari Penceresi Boyutlar	Kurumdaki Toplam Çalışma Süresi								F	p
	<1 n=82		1-5 n=200		6-10 n=82		>10 n=99			
	Ort.	S S.	Ort.	SS.	Ort.	S S.	Ort.	S S.		
<b>Kişisel Açılım</b>	14,52	4,28	14,18	4,29	14,20	5,04	14,23	4,52	0,119	0,949
<b>Geri Bildirim</b>	14,02	3,32	14,41	4,13	14,13	4,55	14,09	3,95	0,257	0,856

Tablo 22’de yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını kurumdaki toplam çalışma süresine göre karşılaştıran ANOVA sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım skor ortalamaları

kurumdaki toplam çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,949$ ). Geri Bildirim skorlar ortalamaları kurumdaki toplam çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,856$ ). Buna göre **Hipotez 1**, **Hipotez 2** reddedilmiştir. Kurumda çalışma sürelerine göre ortalamalar 14,02 ile 14,52 aralığında değişmektedir. Bireylerin Açık Alanı genişlerken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları daralmıştır.

**Tablo 23. Araştırmaya Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Skorları**

Johari Penceresi Boyutlar	Çalıştıkları Hastanelere Göre										F	p
	1.Hastane n=124		2.Hastane n=60		3.Hastane n=91		4.Hastane n=95		5.Hastane n=93			
	Ort.	S S	Ort.	SS.	Ort.	S S.	Ort.	S S.	Ort.	S S.		
<b>Kişisel Açılım</b>	14,25	4,73	13,48	4,40	14,74	4,04	14,77	4,48	13,76	4,49	1,334	0,256
<b>Geri Bildirim</b>	14,54	3,68	13,51	4,46	14,57	4,25	14,25	4,14	13,89	3,86	0,978	0,419

Tablo 23'de yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını çalıştıkları hastanelere göre karşılaştıran ANOVA sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; Kişisel Açılım skor ortalamaları çalıştıkları hastanelere göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,256$ ). Geri Bildirim skorlar ortalamaları çalıştıkları hastanelere göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,419$ ). Buna göre **Hipotez 1**, **Hipotez 2** reddedilmiştir. Bireylerin çalıştıkları hastanelere göre ortalamalar 13,48 ile 14,77 aralığında değişmektedir. Bireylerin Açık Alanı genişlerken, Kör Alan, Saklı Alan ve Bilinmeyen Alanları daralmıştır.

Tablo 24.Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaşlarına Göre İletişim Yeterlik Skorları

<i>İletişim Yeterlik Boyutları</i>	<i>Yaş Grupları n=463</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Farklılığı oluşturan gruplar</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	$\leq 26$	14,85	2,84	1,019	0,397	
	27-29	15,25	3,21			
	30-34	14,51	2,53			
	35-39	14,65	2,75			
	$\geq 40$	14,98	2,75			
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	$\leq 26$	22,85	3,01	2,597	0,036	1-4, p=,028 1-5, p=,020 3-4, p=,036 3-5, p=,026
	27-29	23,62	3,03			
	30-34	22,91	2,92			
	35-39	23,91	3,93			
	$\geq 40$	23,91	2,58			
<i>Empati Yeterliği</i>	$\leq 26$	16,12	2,04	0,478	0,752	
	27-29	16,23	1,87			
	30-34	16,02	2,15			
	35-39	16,43	2,57			
	$\geq 40$	16,28	1,99			
<i>Uyum Yeterliği</i>	$\leq 26$	12,57	1,68	0,463	0,763	
	27-29	12,60	1,83			
	30-34	12,63	1,54			
	35-39	12,82	1,71			
	$\geq 40$	12,82	1,62			
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	$\leq 26$	11,60	1,94	0,834	0,504	
	27-29	11,66	1,88			
	30-34	11,80	1,48			
	35-39	12,01	1,66			
	$\geq 40$	11,92	1,87			
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	$\leq 26$	15,27	2,20	0,407	0,803	
	27-29	15,44	2,14			
	30-34	15,54	1,95			
	35-39	15,62	2,43			
	$\geq 40$	15,60	1,80			
<i>İnsan İlişkileri</i>	$\leq 26$	11,53	1,98	0,171	0,953	
	27-29	11,62	2,39			
	30-34	11,69	2,09			
	35-39	11,65	2,03			
	$\geq 40$	11,78	1,95			
<i>Dinleme Yeterliği</i>	$\leq 26$	11,78	2,33	1,485	0,205	
	27-29	11,19	2,32			
	30-34	11,88	1,96			
	35-39	11,67	2,27			
	$\geq 40$	11,59	2,07			
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	$\leq 26$	116,61	11,25	0,720	0,579	
	27-29	117,65	12,50			
	30-34	117,01	11,16			
	35-39	118,79	12,78			
	$\geq 40$	118,91	9,99			

Tablo 24’de yönetici, hekim ve hemşirelerin İletişim Yeterlik Skorlarının ortalamasını yaş gruplarına göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliği** yaş gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,397$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 3a** hipotezi reddedilmiştir. Yaş gruplarına göre en yüksek ortalamaya sahip boyut İletişimde Bireysel Yönler boyutudur. Bireylerin **İletişimde Bireysel Yönleri** yaş gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,036$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 4a** hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacı ile yapılan LSD test istatistiğine göre farklılığın 27 yaşından küçük bireyler ile 36-39 yaş ve 40 yaş üzeri bireyler arasında olduğu, diğer bir farklılığın ise 30-34 yaş grubundaki bireyler ile 35-39 yaş ve 39 yaş üzerindeki bireyler arasında olduğu bulunmuştur. Bireylerin **Empati Yeterliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri boyutu ve Dinleme Yeterliliği** yaş gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,752$ ,  $p=0,753$ ,  $p=0,504$ ,  $p=0,803$ ,  $p=0,579>0.05$ ,  $p=0,205$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 5a, Hipotez 6a, Hipotez 7a, Hipotez 8a, Hipotez 9a, Hipotez 10a, Hipotez 11a**, hipotezleri reddedilmiştir. Sağlık çalışanlarının **Genel İletişim Becerileri** puanı yaş gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,648$ ).

Grupların kendi arasında ortalamaları birbirlerine yakın dağılmaktadır. Boyutlara göre ise İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği ve İletişime Teşvik Yeterliliğinin ortalamaları diğer boyutlardan daha yüksektir. Yaş gruplarına göre 40 yaş üzeri bireylerin Genel İletişim Becerileri puanı daha yüksektir.



**Tablo 25. Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları**

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Cinsiyet</i> <i>n=463</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliliği</i>	<i>Kadın</i>	14,63	2,89	<b>-2,317</b>	<b>0,021</b>
	<i>Erkek</i>	15,27	2,71		
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>Kadın</i>	19,28	2,55	-0,365	0,715
	<i>Erkek</i>	19,38	2,96		
<i>Empati Yeterliliği</i>	<i>Kadın</i>	16,23	2,18	0,280	0,780
	<i>Erkek</i>	16,17	1,99		
<i>Uyum Yeterliliği</i>	<i>Kadın</i>	12,62	1,65	-0,972	0,332
	<i>Erkek</i>	12,78	1,72		
<i>Duyarlılık Yeterliliği</i>	<i>Kadın</i>	11,79	1,86	0,018	0,986
	<i>Erkek</i>	11,79	1,64		
<i>İletişime Teşvik Yeterliliği</i>	<i>Kadın</i>	15,46	2,16	-0,370	0,712
	<i>Erkek</i>	15,54	1,99		
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>Kadın</i>	11,51	2,06	-1,917	0,056
	<i>Erkek</i>	11,90	2,15		
<i>Dinleme Yeterliliği</i>	<i>Kadın</i>	11,75	2,20	1,785	0,075
	<i>Erkek</i>	11,37	2,18		
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>Kadın</i>	117,47	11,68	-0,735	0,463
	<i>Erkek</i>	118,29	11,30		

Tablo 25’de yönetici, hekim ve hemşirelerin İletişim Becerilerindeki skorların ortalamasını cinsiyete göre karşılaştıran bağımsız iki örneklem t-testi sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin ***Sosyal Davranış Yeterliliği*** cinsiyete göre ortalamaları bakımından anlamlı farklılık göstermektedir (***p=0,021***). Elde edilen sonuçlara göre kurulan ***Hipotez 3b*** hipotezi kabul edilmiştir. Cinsiyet Sosyal Davranış Yeterliliği için önemlidir. Cinsiyete göre ortalamalar incelendiğinde ise erkeklerin ortalaması kadınların ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin ***İletişimde Bireysel Yönleri, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği*** cinsiyete göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,715$ ,  $p=0,780>0.05$ ,  $p=0,332>0.05$ ,

$p=0,986>0,05$ ,  $p=0,712>0,05$ ,  $p=0,056>0,05$ ,  $p=0,075>0,05$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan *Hipotez 4b*, *Hipotez 5b*, *Hipotez 6b*, *Hipotez 7b*, *Hipotez 8b*, *Hipotez 9b*, *Hipotez 10b*, *Hipotez 11b* hipotezleri reddedilmiştir. Bireylerin *Genel İletişim Becerileri* puanı cinsiyete göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,463>0,05$ ). Cinsiyete göre kadın ve erkeklerin ortalamaları birbirine yakın bir dağılım göstermiştir. Bireylerin İletişimde Bireysel Yönler ve İletişime Teşvik Yeterliliği ortalamaları diğer boyutlardan daha yüksektir

**Tablo 26. Araştırmaya Katılan Bireylerin Medeni Durumuna Göre İletişim Becerilerindeki Skorları**

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Medeni Durum n=463</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>Evli</i>	14,70	2,77	-1,662	0,097
	<i>Bekâr</i>	15,16	2,94		
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>Evli</i>	23,49	2,93	0,528	0,598
	<i>Bekâr</i>	23,33	3,41		
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>Evli</i>	16,20	2,15	-0,095	0,924
	<i>Bekâr</i>	16,22	2,05		
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>Evli</i>	12,61	1,67	-1,301	0,194
	<i>Bekâr</i>	12,82	1,68		
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>Evli</i>	11,77	1,73	-0,350	0,726
	<i>Bekâr</i>	11,83	1,86		
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>Evli</i>	15,50	2,09	0,067	0,947
	<i>Bekâr</i>	15,48	2,10		
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>Evli</i>	11,56	2,08	-1,256	0,210
	<i>Bekâr</i>	11,82	2,13		
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>Evli</i>	11,58	2,18	-,348	0,728
	<i>Bekâr</i>	11,66	2,25		
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>Evli</i>	117,44	11,06	-,810	0,419
	<i>Bekâr</i>	118,35	12,34		

Tablo 26’da yönetici, hekim ve hemşirelerin, İletişim Becerilerindeki skorların ortalamasını medeni durumuna göre karşılaştıran bağımsız iki örneklem t-testi sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin *Sosyal Davranış Yeterliği, İletişimde Bireysel Yönleri, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği* bireylerin medeni durumlarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,097$ ,  $p=0,598$ ,  $p=0,924$ ,  $p=0,194$ ,  $p=0,726$ ,  $p=0,947$ ,  $p=0,210$ ,  $p=0,728$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan *Hipotez 3c, Hipotez 4c, Hipotez 5c, Hipotez 6c, Hipotez 7c, Hipotez 8c, Hipotez 9c, Hipotez 10c, Hipotez 11c* hipotezleri reddedilmiştir. Medeni durumlarına göre evli ve bekârların ortalamaları birbirine yakın bir dağılım göstermiştir. Bireylerin İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği ve İletişime Teşvik Yeterliliği ortalamaları diğer boyutlardan daha yüksektir. Bireylerin *Genel İletişim Becerileri* puanı medeni durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,419$ ).

**Tablo 27. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre İletişim Becerilerindeki Skorları**

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Eğitim Durumu n=463</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Farklılığı oluşturan Gruplar</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>Lise</i>	15,85	2,75	3,226	0,007	<i>1-2, p=,026 1-4, p=,007 1-5, p=,016 2-3, p=,031 3-4, p=,004 3-5, p=,011</i>
	<i>Ön lisans</i>	14,52	2,50			
	<i>Dört Yıllık</i>	15,48	2,63			
	<i>Altı yıllık</i>	14,34	3,35			
	<i>Tıpta Uz.</i>	14,53	2,84			
	<i>Doktora</i>	15,28	2,18			
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>Lise</i>	23,82	3,40	2,149	0,059	
	<i>Ön lisans</i>	23,20	3,16			
	<i>Dört Yıllık</i>	23,96	2,95			
	<i>Altı yıllık</i>	23,32	3,37			
	<i>Tıpta Uz.</i>	22,86	2,82			
	<i>Doktora</i>	24,19	3,21			
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>Lise</i>	16,41	2,20	2,309	0,043	<i>3-6, p=,050 4-6, p=,004 5-6, p=,003</i>
	<i>Ön lisans</i>	16,40	2,52			
	<i>Dört Yıllık</i>	16,29	2,19			
	<i>Altı yıllık</i>	15,91	2,13			
	<i>Tıpta Uz.</i>	15,94	1,82			
	<i>Doktora</i>	17,04	1,68			
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>Lise</i>	12,58	2,01	1,936	0,087	
	<i>Ön lisans</i>	12,32	1,89			
	<i>Dört Yıllık</i>	12,88	1,68			
	<i>Altı yıllık</i>	12,40	1,73			
	<i>Tıpta Uz.</i>	12,88	1,35			
	<i>Doktora</i>	12,90	1,69			

**Tablo 27. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre İletişim Becerilerindeki Skorları (Devam)**

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Eğitim Durumu n=463</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Farklılığı Oluşturan Gruplar</i>
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>Lise</i>	11,82	1,74	1,897	0,093	
	<i>Ön lisans</i>	11,76	1,86			
	<i>Dört Yıllık</i>	12,15	1,42			
	<i>Altı yıllık</i>	11,78	1,88			
	<i>Tıpta Uz.</i>	11,44	1,87			
	<i>Doktora</i>	11,97	1,84			
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>Lise</i>	15,05	2,60	1,305	0,260	
	<i>Ön lisans</i>	15,52	2,30			
	<i>Dört Yıllık</i>	15,73	2,03			
	<i>Altı yıllık</i>	15,28	2,14			
	<i>Tıpta Uz.</i>	15,39	1,92			
	<i>Doktora</i>	16,00	1,82			
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>Lise</i>	11,02	2,16	0,855	0,511	
	<i>Ön lisans</i>	11,70	1,96			
	<i>Dört Yıllık</i>	11,81	2,08			
	<i>Altı yıllık</i>	11,55	2,20			
	<i>Tıpta Uz.</i>	11,68	2,03			
	<i>Doktora</i>	11,85	2,30			
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>Lise</i>	11,47	2,77	0,648	0,663	
	<i>Ön lisans</i>	11,86	2,17			
	<i>Dört Yıllık</i>	11,75	2,01			
	<i>Altı yıllık</i>	11,50	2,29			
	<i>Tıpta Uz.</i>	11,40	2,14			
	<i>Doktora</i>	11,85	2,19			
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>Lise</i>	118,05	12,93	2,472	0,032	3-4, p=,015 3-5, p=,010 4-6, p=,019 5-6, p=,016
	<i>Ön lisans</i>	117,30	12,76			
	<i>Dört Yıllık</i>	120,08	10,73			
	<i>Altı yıllık</i>	116,16	12,04			
	<i>Tıpta Uz.</i>	121,11	10,84			
	<i>Doktora</i>	117,77	10,07			

Tablo 27’de yönetici, hekim ve hemşirelerin, İletişim Becerilerindeki skorların ortalamasını eğitim düzeylerine göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliliği** eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,007$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 3a** hipotezi kabul edilmiştir. Farklılığı yaratan grubu bulmak için LSD test istatistiği kullanılmıştır. LSD testine göre **Sosyal Davranış Yeterliliği** bakımından lise mezunları ile ön lisans mezunları, altı yıllık lisans ve tıpta uzmanlık mezunları arasında farklılık vardır. Ayrıca **Sosyal Davranış Yeterliliği** bakımından dört yıllık mezunlar ile altı yıllık mezunlar ve tıpta uzmanlık mezunları arasında farklılık vardır. Bireylerin ortalama puanlarına göre karşılaştırma yapıldığında en yüksek ortalamaya sahip grupların lise mezunları ve altı yıllık lisans mezunu bireylerin ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerin **İletişimde Bireysel Yönleri** eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,059$ ). Buna göre kurulan **Hipotez 4a** hipotezi reddedilmiştir. **Empati Yeterliliği** boyutu ise eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,043$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 5a** hipotezi kabul edilmiştir. Yapılan LSD testi sonucunda hekimler, hemşireler ve yöneticilerin eğitim düzeylerine göre **Empati Yeterliliği** boyutunda farklılığı oluşturan grupları; lisansüstü eğitim gören bireyler ile dört yıllık lisans, altı yıllık lisans ve tıpta uzmanlık mezunları arasında görülmektedir. Ortalamalarına göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamaya sahip grubun lisans ve üzeri eğitim alan bireyler arasında olduğu görülmektedir. **Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği** boyutları eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,087$ ,  $p=0,093$ ,  $p=0,260$ ,  $p=0,511$ ,  $p=0,663$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 6a, Hipotez 7a, Hipotez 8a, Hipotez 9a, Hipotez 10a**, hipotezi reddedilmiştir.

Bireylerin **Genel İletişim Becerileri** puanı eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,032$ ). Buna göre **Hipotez 11a** kabul edilmiştir. LSD testine göre farklılığı yaratan gruplar, dört yıllık lisans mezunu bireyler ile altı yıllık lisans mezunu olan bireyler ve tıpta uzmanlığını bitirmiş bireyler arasında; diğer bir farklılık ise altı yıllık lisans mezunu olan bireyler ile lisansüstü eğitim alan bireyler ve tıpta uzman bireyler ile lisansüstü eğitim bitirmiş bireyler arasındadır.

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Bireylerin Mesleklerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Meslek Grupları n=463</i>	<i>Ortalama</i>	<i>S. Sapma</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Farklılığı oluşturan gruplar</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>Hekim</i>	14,40	3,11	<b>7,256</b>	<b>0,001</b>	<b>1-3, p=0,001</b>
	<i>Hemşire</i>	15,07	2,62			
	<i>Yönetici</i>	15,73	2,28			
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>Hekim</i>	23,02	3,12	<b>3,761</b>	<b>0,024</b>	<b>1-2, p=0,041 1-3, p=0,016</b>
	<i>Hemşire</i>	23,66	3,13			
	<i>Yönetici</i>	24,09	2,88			
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>Hekim</i>	15,96	1,96	2,680	0,070	
	<i>Hemşire</i>	16,39	2,29			
	<i>Yönetici</i>	16,45	1,93			
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>Hekim</i>	12,68	1,55	1,162	0,314	
	<i>Hemşire</i>	12,60	1,79			
	<i>Yönetici</i>	12,96	1,70			
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>Hekim</i>	11,53	1,83	<b>4,509</b>	<b>0,012</b>	<b>1-2, p=0,025 1-3, p=0,009</b>
	<i>Hemşire</i>	11,93	1,78			
	<i>Yönetici</i>	12,20	1,48			
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>Hekim</i>	15,33	2,02	<b>3,551</b>	<b>0,030</b>	<b>1-3=0,010</b>
	<i>Hemşire</i>	15,47	2,28			
	<i>Yönetici</i>	16,07	1,61			
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>Hekim</i>	11,54	2,13	2,814	0,061	
	<i>Hemşire</i>	11,58	2,08			
	<i>Yönetici</i>	12,23	1,98			
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>Hekim</i>	11,43	2,20	2,872	0,58	
	<i>Hemşire</i>	11,89	2,23			
	<i>Yönetici</i>	11,32	2,02			
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>Hekim</i>	115,92	11,35	<b>5,905</b>	<b>0,003</b>	<b>1-2, p=0,019 1-3, p=,0002</b>
	<i>Hemşire</i>	118,62	12,01			
	<i>Yönetici</i>	121,09	9,65			

Tablo 28’de yönetici, hekim ve hemşirelerin, İletişim Becerilerindeki skorların ortalamasını meslek gruplarına göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliği** meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ). Varyanslar homojen olmadığı için farklılığı yaratan grubu bulmak için Tamhane test istatistiği kullanılmıştır. Tamhane testine göre hekimlerin **Sosyal Davranış Yeterliği** puan ortalamaları yöneticilere göre farklıdır. Yönetici ve hemşireler arasında hekimler ve hemşireler arasında farklılık yoktur. Bireylerin **İletişimde Bireysel Yönleri** meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,024$ ). Gruplar arasındaki farklılığı belirlemek amaçlı yapılan LSD test istatistiğine göre hekimlerin, **İletişimde Bireysel Yönlerine** göre ortalamaları hemşire ve yöneticilerin ortalamalarından farklılık göstermektedir. Yöneticilerin ortalaması hekimlere göre daha yüksektir. **Empati Yeterliği** boyutu meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,070$ ). **Uyum Yeterliği** boyutu meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,314$ ). **Duyarlılık Yeterliği** boyutu meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,012$ ). Farklılığı bulmak amaçlı yapılan LSD testine göre hekimlerin **Duyarlılık Yeterliliği** ortalamaları hemşirelere ve yöneticilerin ortalamalarından farklıdır. Ortalamalarına göre yöneticilerin ortalaması diğer gruplardan daha yüksektir. **İletişime Teşvik Yeterliği** boyutu meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,030$ ). Varyanslar homojen olmadığı için farklılığı yaratan grubu bulmak için Tamhane test istatistiği kullanılmıştır. Tamhane’ya göre hekimlerin **İletişime Teşvik Yeterliği** puan ortalamaları yöneticilere göre farklıdır. **İnsan İlişkileri** boyutu meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,061$ ). **Dinleme Yeterliği** boyutu meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,058$ ). Bireylerin **Genel İletişim Becerileri** puanı meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,003$ ). Varyanslar homojen olduğu için farklılığı yaratan grubu bulmak için LSD test istatistiği kullanılmıştır. LSD testine göre hekimlerin iletişim beceri puan ortalamaları hemşire ve yöneticilerin ortalamalarından farklılık göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 3e, 4e, 7e, 8e, 11e** hipotezleri kabul edilmiş, **Hipotez 5e, 6e, 9e, 10e** hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 29. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olma Durumuna Göre İletişim Becerilerindeki Skorları**

<i>İletişim Becerileri Boyutlar</i>	<i>Yönetici</i> <i>n=463</i>	<i>Ortalama</i>	<i>S.S.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>Evet</i>	15,73	2,28	<b>3,131</b>	<b>0,002</b>
	<i>Hayır</i>	14,73	2,90		
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>Evet</i>	24,09	2,88	1,811	0,071
	<i>Hayır</i>	23,33	3,14		
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>Evet</i>	16,45	1,93	0,975	0,330
	<i>Hayır</i>	16,17	2,14		
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>Evet</i>	12,96	1,70	1,447	0,149
	<i>Hayır</i>	12,64	1,67		
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>Evet</i>	12,20	1,48	<b>1,979</b>	<b>0,048</b>
	<i>Hayır</i>	11,72	1,82		
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>Evet</i>	16,07	1,61	<b>2,945</b>	<b>0,004</b>
	<i>Hayır</i>	15,40	2,15		
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>Evet</i>	12,23	1,98	<b>2,369</b>	<b>0,018</b>
	<i>Hayır</i>	11,56	2,11		
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>Evet</i>	11,32	2,02	-1,115	0,265
	<i>Hayır</i>	11,65	2,23		
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>Evet</i>	121,09	9,65	<b>2,491</b>	<b>0,013</b>
	<i>Hayır</i>	117,24	11,74		

Tablo 29’da yönetici, hekim ve hemşirelerin, İletişim Becerilerindeki skorların ortalamasını yönetici olma durumuna göre karşılaştıran bağımsız iki örneklem t-testi sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin *Sosyal Davranış Yeterliği* yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,002$ ). Bireylerin ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamaları bakımından yönetici olanların olmayanlara göre ortalaması daha yüksektir. Bireylerin *İletişimde Bireysel*



*Yönleri, Empati Yeterliliği ve Uyum Yeterliliği* boyutları yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,071$ ,  $p=0,330$ ,  $p=0,149$ ).

*Duyarlılık Yeterliliği ve İletişime Teşvik Yeterliliği* boyutları yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,048$ ,  $p=0,004$ ). Duyarlılık ve İletişime Teşvik Yeterliliğinde bireylerin yönetici olmaları önemli bir etkidir. *İnsan İlişkileri* boyutu yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,018$ ). Bireyler ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri boyutlarında ortalamalar bakımından yöneticilerin ortalaması yönetici olmayanlara göre daha yüksektir. *Dinleme Yeterliliği* boyutu yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,265$ ). Bireylerin *Genel İletişim Becerileri* puanı yönetici olma durumuna göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,013$ ). Bireylerin Genel İletişim Becerileri puanları ortalamaları bakımından yönetici olanlarda daha yüksektir. Elde edilen sonuçlara göre kurulan *Hipotez 3f, 7f, 8f, 9f, 11f* hipotezleri kabul edilmiş, *Hipotez 4f, 5f, 6f, 10f* hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 30. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yönetici Olarak Çalışma Sürelerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları**

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Yönetici Olarak Çalışma süresi n=64</i>	<i>Sıra Ortalaması</i>	<i>Chi Square</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>Farklılığı oluşturan gruplar</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	30,28	5,537	3	0,136	
	<i>1-5 yıl</i>	31,94				
	<i>6-10 yıl</i>	41,23				
	<i>&gt;10 yıl</i>	21,93				
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	28,17	1,964	3	0,580	
	<i>1-5 yıl</i>	33,89				
	<i>6-10 yıl</i>	35,42				
	<i>&gt;10 yıl</i>	25,71				
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	37,17	0,823	3	0,844	
	<i>1-5 yıl</i>	32,06				
	<i>6-10 yıl</i>	32,08				
	<i>&gt;10 yıl</i>	29,50				
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	30,00	8,065	3	0,045	<i>1-3,p=0,003</i>
	<i>1-5 yıl</i>	37,46				
	<i>6-10 yıl</i>	28,85				
	<i>&gt;10 yıl</i>	17,71				
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	32,06	0,763	3	0,858	
	<i>1-5 yıl</i>	33,14				
	<i>6-10 yıl</i>	34,00				
	<i>&gt;10 yıl</i>	27,07				
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	35,17	5,492	3	0,139	
	<i>1-5 yıl</i>	34,06				
	<i>6-10 yıl</i>	34,62				
	<i>&gt;10 yıl</i>	17,36				
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	38,83	4,048	3	0,256	
	<i>1-5 yıl</i>	30,90				
	<i>6-10 yıl</i>	37,42				
	<i>&gt;10 yıl</i>	23,21				
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	36,44	0,915	3	0,822	
	<i>1-5 yıl</i>	31,79				
	<i>6-10 yıl</i>	33,96				
	<i>&gt;10 yıl</i>	28,29				
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	36,00	4,344	3	0,227	
	<i>1-5 yıl</i>	33,44				
	<i>6-10 yıl</i>	34,85				
	<i>&gt;10 yıl</i>	18,93				

Tablo 30’da yönetici, hekim ve hemşirelerin, İletişim Becerilerindeki skorların ortalamasını yönetici olarak çalışma sürelerine göre karşılaştıran Kruskal Wallis H testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliği, İletişimde Bireysel Yönleri, Empati Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği** boyutları yönetici olarak çalışma sürelerine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0,136$ ,  $p=0,580$ ,  $p=0,844$ ,  $p=0,858$ ,  $p=0,139$ ,  $p=0,256$ ,  $p=0,822$ ). Bununla beraber Uyum Yeterliliği boyutunda farklılık göstermektedir ( $p=0,045$ ). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testine göre gruplar arasındaki farklılığın bir yıldan daha az bir süre yöneticilik yapan bireyler ile 6 ile 10 yıl yönetici olarak çalışan bireyler arasında görüldüğü bulunmuştur. Bireylerin **Genel İletişim Becerileri** puanı ise yönetici olarak çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,227$ ).

Bireylerin Genel İletişim Becerileri puanları değerlendirildiğinde ise en yüksek ortalamaya 1 yıldan az sürede görev yapan yöneticilerin diğer gruplara göre daha yüksektir. Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 3g, 4g, 5g, 7g, 8g, 9g, 10g, 11** hipotezleri reddedilmiş, **Hipotez 6g** kabul edilmiştir.

**Tablo 31. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları**

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Sağlık Sektöründe Çalışma süresi n=463</i>	<i>Ortalama</i>	<i>S. Sapma</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Farklılığı Oluşturan Gruplar</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	15,00	2,96	0,386	0,819	
	<i>1-5 yıl</i>	14,61	3,15			
	<i>6-10 yıl</i>	14,75	2,69			
	<i>11-20 yıl</i>	15,08	2,75			
	<i>&gt;20 yıl</i>	14,87	2,78			
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	22,56	3,13	2,604	0,035	1-4, =,005 1-5, =,006
	<i>1-5 yıl</i>	23,34	2,89			
	<i>6-10 yıl</i>	23,36	3,03			
	<i>11-20 yıl</i>	23,88	3,66			
	<i>&gt;20 yıl</i>	23,89	2,52			
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	15,85	2,10	0,843	0,498	
	<i>1-5 yıl</i>	16,10	1,66			
	<i>6-10 yıl</i>	16,32	2,13			
	<i>11-20 yıl</i>	16,30	2,51			
	<i>&gt;20 yıl</i>	16,36	1,91			
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	12,64	1,77	0,375	0,826	
	<i>1-5 yıl</i>	12,61	1,32			
	<i>6-10 yıl</i>	12,64	1,83			
	<i>11-20 yıl</i>	12,65	1,75			
	<i>&gt;20 yıl</i>	12,88	1,58			
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	11,48	2,09	1,234	0,296	
	<i>1-5 yıl</i>	11,59	1,94			
	<i>6-10 yıl</i>	11,87	1,45			
	<i>11-20 yıl</i>	12,00	1,66			
	<i>&gt;20 yıl</i>	11,89	1,85			
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	15,15	2,19	1,655	0,159	
	<i>1-5 yıl</i>	15,14	2,14			
	<i>6-10 yıl</i>	15,68	2,06			
	<i>11-20 yıl</i>	15,72	2,24			
	<i>&gt;20 yıl</i>	15,57	1,79			
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	11,30	2,08	0,841	0,499	
	<i>1-5 yıl</i>	11,69	2,17			
	<i>6-10 yıl</i>	11,63	2,25			
	<i>11-20 yıl</i>	11,73	2,04			
	<i>&gt;20 yıl</i>	11,88	1,91			
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	11,35	2,42	0,386	0,819	
	<i>1-5 yıl</i>	11,75	2,22			
	<i>6-10 yıl</i>	11,68	2,15			
	<i>11-20 yıl</i>	11,57	2,26			
	<i>&gt;20 yıl</i>	11,67	2,00			
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	115,37	11,43	1,517	0,196	
	<i>1-5 yıl</i>	116,86	12,08			
	<i>6-10 yıl</i>	117,96	11,52			
	<i>11-20 yıl</i>	118,96	12,45			
	<i>&gt;20 yıl</i>	119,05	9,79			

Tablo 31’de yönetici, hekim ve hemşirelerin, İletişim Becerilerindeki skorların ortalamasını sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliği** sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,819$ ). Bireylerin **İletişimde Bireysel Yönleri** sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,035$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD test istatistiğine göre farklılığın bir yıldan daha az çalışan bireyler ile 11-20 yıl arası çalışan ve 20 yılın üzerinde çalışan bireyler arasında olduğu bulunmuştur. Ortalamaları bakımından ise 11-20 yıl arası ve 20 yıl üzeri çalışan bireylerin ortalaması diğer gruplardan daha yüksektir. **Empati Yeterliği** boyutu sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,498$ ). **Uyum Yeterliği** boyutu sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,826$ ). **Duyarlılık Yeterliği** boyutu sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,296$ ). **İletişime Teşvik Yeterliği** boyutu sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,159$ ). **İnsan İlişkileri** boyutu sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,499$ ). **Dinleme Yeterliği** boyutu sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,819$ ). Bireylerin **Genel İletişim Becerileri** puanı sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,196$ ). Ortalamalarına göre sağlık çalışanlarının sağlık sektöründe çalışma sürelerine ilişkine ortalamaları birbirlerine yakın dağılmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 3h, 5h, 6h, 7h, 8h, 9h, 10h, 11h** reddedilmiş, **Hipotez 4h** kabul edilmiştir.

**Tablo 32. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kurumdaki Çalışma Sürelerine Göre İletişim Becerilerindeki Skorları**

<i>İletişim Becerileri Boyutları</i>	<i>Kurumda Çalışma süresi n=463</i>	<i>Ortalama</i>	<i>S. Sapma</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Farklılığı Oluşturan Gruplar</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	14,95	2,90	0,692	0,557	
	<i>1-5 yıl</i>	14,70	2,84			
	<i>6-10 yıl</i>	15,23	2,71			
	<i>&gt;10 yıl</i>	14,83	2,89			
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	22,87	2,79	3,241	0,022	<i>1-3,p=,027 1-4,p=,015 2-4,p=,029</i>
	<i>1-5 yıl</i>	23,18	3,09			
	<i>6-10 yıl</i>	23,95	3,09			
	<i>&gt;10 yıl</i>	24,01	3,30			
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	16,18	2,12	0,081	0,970	
	<i>1-5 yıl</i>	16,20	1,91			
	<i>6-10 yıl</i>	16,31	2,36			
	<i>&gt;10 yıl</i>	16,18	2,30			
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	12,76	1,63	0,354	0,786	
	<i>1-5 yıl</i>	12,61	1,64			
	<i>6-10 yıl</i>	12,65	1,77			
	<i>&gt;10 yıl</i>	12,79	1,73			
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	11,42	1,69	2,702	0,045	<i>1-3,p=,043 1-4,p=,010</i>
	<i>1-5 yıl</i>	11,71	1,80			
	<i>6-10 yıl</i>	11,98	1,73			
	<i>&gt;10 yıl</i>	12,11	1,80			
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	15,24	2,28	1,991	0,115	
	<i>1-5 yıl</i>	15,37	2,06			
	<i>6-10 yıl</i>	15,95	1,95			
	<i>&gt;10 yıl</i>	15,58	2,08			
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	11,64	2,15	1,753	0,155	
	<i>1-5 yıl</i>	11,46	2,15			
	<i>6-10 yıl</i>	12,08	2,12			
	<i>&gt;10 yıl</i>	11,71	1,91			
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	11,42	2,41	0,269	0,848	
	<i>1-5 yıl</i>	11,62	2,16			
	<i>6-10 yıl</i>	11,69	2,25			
	<i>&gt;10 yıl</i>	11,68	2,08			
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>&lt;1 yıl</i>	116,52	11,19	1,994	0,114	
	<i>1-5 yıl</i>	116,85	11,64			
	<i>6-10 yıl</i>	119,87	11,43			
	<i>&gt;10 yıl</i>	118,92	11,53			

Tablo 32’de yönetici, hekim ve hemşirelerin, *İletişim Becerilerindeki Skorların* ortalamasını kurumda çalışma süresine göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin *Sosyal Davranış Yeterliği* kurumda çalışma süresine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,557$ ). Bireylerin *İletişimde Bireysel Yönleri* ise kurumda çalışma süresine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,022$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD test istatistiğine göre bir yıldan az süredir çalışan bireyler ile 5-10 yıl ve 10 yıl üzeri çalışan bireyler arasında farklılık vardır. Ortalamaları bakımından en yüksek ortalamaya sahip grup ise 10 yılın üzerinde çalışan bireylerin ortalamasıdır. *Empati Yeterliği ve Uyum Yeterliliği* boyutları kurumda çalışma süresine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,970$ ,  $p=0,786$ ). *Duyarlılık Yeterliği* boyutu ise kurumda çalışma süresine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ( $p=0,045$ ). Yapılan LSD testi sonucu farklılığın bir yıldan az süredir çalışan bireyler ile 5-10 yıl ve 10 yıl üzeri çalışan bireyler arasında olduğu görülmektedir. Ortalamalarına göre ise on yıl üzeri görev yapan bireylerin ortalaması en yüksek ortalamadır. *İletişime Teşvik Yeterliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği* boyutları sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,115$ ,  $p=0,155$   $p=0,848$ ). Bireylerin *Genel İletişim Becerileri* puanı ise kurumda çalışma süresine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir ( $p=0,114$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan *Hipotez 3<sub>i</sub>, 5<sub>i</sub>, 6<sub>i</sub>, 8<sub>i</sub>, 9<sub>i</sub>, 10<sub>i</sub>, 11<sub>i</sub>* reddedilmiş, *Hipotez 4<sub>i</sub>, 7<sub>i</sub>* kabul edilmiştir.

Tablo 33. Araştırmaya Katılan Bireylerin Çalıştıkları Hastanelere Göre İletişim Yeterlik Skorları

<i>İletişim Yeterlik Boyutları</i>	<i>Çalıştıkları Hastaneler n=463</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.S.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Sosyal Davranış Yeterliği</i>	<i>1.Hastane</i>	14,91	2,92	0,804	0,523
	<i>2.Hastane</i>	14,95	2,84		
	<i>3.Hastane</i>	14,43	3,38		
	<i>4.Hastane</i>	14,87	2,72		
	<i>5.Hastane</i>	15,17	2,19		
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	<i>1.Hastane</i>	23,47	3,20	0,874	0,479
	<i>2.Hastane</i>	23,53	2,81		
	<i>3.Hastane</i>	22,93	3,66		
	<i>4.Hastane</i>	23,75	2,77		
	<i>5.Hastane</i>	23,50	2,93		
<i>Empati Yeterliği</i>	<i>1.Hastane</i>	16,31	2,38	0,654	0,624
	<i>2.Hastane</i>	16,15	1,91		
	<i>3.Hastane</i>	15,97	1,94		
	<i>4.Hastane</i>	16,43	2,10		
	<i>5.Hastane</i>	16,12	2,03		
<i>Uyum Yeterliği</i>	<i>1.Hastane</i>	12,69	1,73	0,078	0,989
	<i>2.Hastane</i>	12,58	1,35		
	<i>3.Hastane</i>	12,73	1,51		
	<i>4.Hastane</i>	12,68	1,92		
	<i>5.Hastane</i>	12,69	1,71		
<i>Duyarlılık Yeterliği</i>	<i>1.Hastane</i>	11,77	1,82	0,255	0,907
	<i>2.Hastane</i>	11,76	1,68		
	<i>3.Hastane</i>	11,75	1,93		
	<i>4.Hastane</i>	11,71	1,78		
	<i>5.Hastane</i>	11,95	1,65		
<i>İletişime Teşvik Yeterliği</i>	<i>1.Hastane</i>	15,62	2,12	2,098	0,080
	<i>2.Hastane</i>	14,78	2,20		
	<i>3.Hastane</i>	15,61	2,10		
	<i>4.Hastane</i>	15,49	2,02		
	<i>5.Hastane</i>	15,66	2,02		
<i>İnsan İlişkileri</i>	<i>1.Hastane</i>	11,60	2,08	0,568	0,686
	<i>2.Hastane</i>	11,36	1,92		
	<i>3.Hastane</i>	11,62	2,39		
	<i>4.Hastane</i>	11,74	2,04		
	<i>5.Hastane</i>	11,86	2,00		
<i>Dinleme Yeterliği</i>	<i>1.Hastane</i>	11,54	2,21	1,525	0,194
	<i>2.Hastane</i>	11,21	2,39		
	<i>3.Hastane</i>	11,54	2,10		
	<i>4.Hastane</i>	11,57	2,32		
	<i>5.Hastane</i>	12,06	2,00		
<i>Genel İletişim Becerileri</i>	<i>1.Hastane</i>	117,95	12,14	0,787	0,534
	<i>2.Hastane</i>	116,35	9,57		
	<i>3.Hastane</i>	116,35	12,34		
	<i>4.Hastane</i>	118,28	11,40		
	<i>5.Hastane</i>	119,05	11,25		



Tablo 33’de yönetici, hekim ve hemşirelerin, **İletişim Becerilerindeki Skorların** ortalamasını çalıştıkları hastanelere göre karşılaştıran ANOVA sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliği, İletişimde Bireysel Yönleri, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği ve Genel İletişim Becerileri** bireylerin çalıştıkları hastanelere göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir (p=0,523, p=0,479, p=0,624, p=0,989, p=0,907, p=0,947, p=0,080, p=0,686, p=0,194, p=0,534). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 3i, Hipotez 4i, Hipotez 5i, Hipotez 6i, Hipotez 7i, Hipotez 8i, Hipotez 9i, Hipotez 10i, Hipotez 11i** hipotezleri reddedilmiştir. Çalıştıkları hastanelere göre bireylerin ortalamaları birbirine yakın bir dağılım göstermiştir. Bireylerin İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği ve İletişime Teşvik Yeterliliği ortalamaları diğer boyutlardan daha yüksektir.

### 5.3. İLETİŞİM BECERİ ALT BOYUTLARININ KİŞİSEL AÇILIM ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Kişisel Açılım üzerinde hangi iletişim becerilerinin önemli olduğuna karar vermek için geriye dönük regresyon metodu ile regresyon uygulanmıştır. Kişisel Açılım bağımlı değişken, iletişim becerileri boyutları ayrı birer bağımsız değişken olarak alınmıştır.

$y$ =Kişisel Açılım,  $x_1$ = Sosyal Davranış Yeterliği,  $x_2$ = İletişimde Bireysel Yönler,  $x_3$ = Empati Yeterliği,  $x_4$ = Uyum Yeterliği,  $x_5$ = Duyarlılık Yeterliği,  $x_6$ = İletişime Teşvik Yeterliği,  $x_7$ = İnsan İlişkileri,  $x_8$ = Dinleme Yeterliği olacak şekilde regresyon uygulanmıştır.

Geriye adım regresyonu sonucunda regresyon denkleminde sırayla Empati Yeterliliği, Dinleme Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği değişkenlerinin çıkartıldığı, Sosyal Davranış, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri değişkenlerinin modelde kaldığı görülmektedir.

**Model 1** → Tüm bağımsız değişkenlerin yer aldığı model de  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,031 olarak elde edilmiştir. İletişim becerileri alt boyutlarından Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri Boyutu ve Dinleme Yeterliliğinin Kişisel Açılım üzerine etkisini belirlemek üzere bütün değişkenler ile yapılan analiz sonucunda bütün değişkenlerin yer aldığı model istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ( $F=1,845$ ;  $p=0,067$ ). Böylelikle sağlık çalışanlarının Kişisel Açılım düzeyleri bütün değişkenler ile birlikte ele alındığında anlamlı bir etkisi yoktur. Anlamlı olmayan değişkenler sırasıyla çıkarılarak tekrar analizler yapılmıştır ve diğer modeller kurulmuştur.

**Model 2** → Empati Yeterliliği dışında diğer tüm bağımsız değişkenlerin Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri Boyutu ve Dinleme Yeterliliği yer aldığı ikinci modelde  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,031 bulunmuştur. Empati Yeterliliği modelden çıkartıldığında  $R^2$ 'de hiçbir değişim olmamıştır. Bu durum Empati Yeterliliğinin Kişisel Açılım üzerinde etkisi olmadığını gösterir. Model anlamlı olmakla

birlikte Kişisel Açılım değişkeni, Empati Yeterliliği üzerine etkisi anlamlı olmadığı için bu değişken modelden çıkartılmıştır ( $F=2,082$ ;  $p=0,044$ ).

**Model 3** → Dinleme Yeterliliği ve Empati Yeterliliği dışında, diğer bağımsız değişkenlerin Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri yer aldığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,030 olarak elde edilmiştir. Empati ve Dinleme Yeterliliği dışındaki diğer bağımsız değişkenler Kişisel Açılımdaki değişimin % 3'ünü açıklamaktadır. Dinleme Yeterliliği, Kişisel Açılım üzerinde anlamlı bir etki oluşturmamaktadır. Model anlamlı olmakla birlikte Dinleme Yeterliliği anlamlı değildir ve modelden çıkartılmıştır ( $F=2,323$ ;  $p=0,032$ ).

**Model 4** → İletişimde Bireysel Yönler, Dinleme Yeterliliği, Empati Yeterliliği boyutlarının yer almadığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,027 olarak elde edilmiştir. Ayrıca İletişimde Bireysel Yönler, Dinleme Yeterliliği, Empati Yeterliliği dışındaki Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri bağımsız değişkenleri Kişisel Açılımdaki değişimin % 2,7'sini açıklamaktadır. Model anlamlıdır fakat İletişimde Bireysel Yönler boyutu Kişisel Açılım üzerinde anlamlı bir etki göstermemektedir. Böylece İletişimde Bireysel Yönler bağımsız değişkeni modelden çıkartılmıştır ( $F=2,534$ ;  $p=0,028$ ).

**Model 5** → Duyarlılık Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Dinleme Yeterliliği ve Empati Yeterliliğinin yer almadığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,022 bulunmuştur. Duyarlılık Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Dinleme Yeterliliği ve Empati Yeterliliği dışındaki bağımsız değişkenler Kişisel Açılımdaki değişimin % 2,2'sini açıklamaktadır. Model anlamlı olmakla birlikte Duyarlılık Yeterliliği Kişisel Açılım üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. Duyarlılık Yeterliliği değişkeni modelden çıkarılmıştır ( $F=2,626$ ;  $p=0,034$ ).

**Model 6** → Sosyal Davranış Yeterliliği, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri modelde iken İletişime Teşvik Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Dinleme Yeterliliği, Empati Yeterliliği değişkenlerinin modele katkısının anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Bu değişkenlerin anlamsız olduğu ve model dışında bırakıldığı söylenebilir.

İletişime Teşvik Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Dinleme Yeterliliği, Empati Yeterliliği bağımsız değişkenlerinin yer almadığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,018 bulunmuştur. Sosyal Davranış Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, İnsan İlişkileri bağımsız değişkenleri Kişisel Açılım değişkenindeki değişimin %1,8'ini açıklamaktadır. Model anlamlıdır ve yapılan analizler sonucunda Model 6 kabul edilmiştir ( $F=2,778$ ;  $p=0,041$ ).

**Model 7** → İnsan İlişkileri, İletişime Teşvik Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Dinleme Yeterliliği, Empati Yeterliliğinin yer almadığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,012'dir. Bununla birlikte kurulan model anlamlı değildir ( $F=2,859$ ;  $p=0,058$ ).

**Model 8** → Sadece Sosyal Davranış Yeterliliğinin yer aldığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,07'dir. Bununla birlikte kurulan model anlamlı değildir ( $F=3,037$ ;  $p=0,082$ ).

Elde edilen bu bulgulara göre **Model 2, Model 3, Model 4, Model 5 ve Model 6** anlamlı olmakla birlikte bu modellerden **Model 6** kabul edilmiştir. Buna ilişkin olarak yapılan Regresyon Analizi sonuçları Tablo 34'de verilmektedir.

**Tablo 34. İletişim Becerileri Alt Boyutlarının Kişisel Açılım Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Sonuçları**

	<i>B</i>	<i>Standart hata</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>p</i>
<i>Sabit</i>	14,259	0,207		<b>69,021</b>	<b>0,000</b>
<i>Sosyal Davranış</i>	,362	0,207	0,081	1,749	0,081
<i>Uyum Yeterliliği</i>	-,339	0,207	-0,076	-1,637	0,102
<i>İnsan İlişkileri</i>	,333	0,207	0,075	1,611	0,108
<b>R= 0,134</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,018</b>	<b>Durbin Watson= 2,017</b>			
<b>F (3, 463)=2,778</b>	<b>p=0,000</b>	<b>VIF=1,000</b>			

\*  $p<0,05$

Tablo 34’de yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin alt boyutlarının Kişisel Açılım düzeyleri üzerine etkisini belirlemek için çoklu regresyon modeli analizi yapılmıştır. Sosyal Davranış, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri bağımsız değişkenlerinin ayrı ayrı bağlanım denkleminde katkısı anlamlı değildir. Fakat Sosyal Davranış, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri bağımsız değişkenleri birlikte Kişisel Açılım üzerinde anlamlı bir etki göstermektedir. Kişisel Açılım üzerinde Sosyal Davranış Yeterliliği, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri boyutlarının birlikte ele alındığında önemli olduğunu söyleyebiliriz. Kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F=2,778$ ;  $p=0,041$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 13a** kabul edilmiştir. Sosyal Davranış Yeterliliği, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri hep birlikte varyansın % 1,8’ ini açıklamaktadır. Kişisel Açılımı, Sosyal Davranış Yeterliliği pozitif, Uyum Yeterliliği negatif ve İnsan İlişkileri boyutları pozitif yönde değiştirmektedir. Uyum Yeterliliği % 5 anlamlılık düzeyinde anlamlı olmasa da Kişisel Açılım üzerine azaltan etki göstermektedir. Her bir bağımsız değişkenin Kişisel Açılım üzerine etkisi, bağımsız regresyon yöntemiyle ikili korelasyon sonuçlarına göre Sosyal Davranış Yeterliliği ve İnsan İlişkileri bağımsız değişkenleri artan yönde etkilerken, Uyum Yeterliliği azaltan bir etkiye sahiptir.

#### 5.4. İLETİŞİM BECERİLERİ ALT BOYUTLARININ GERİ BİLDİRİM ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Geri Bildirim üzerinde hangi iletişim becerilerinin önemli olduğuna karar vermek için geriye dönük regresyon metodu ile regresyon uygulanmıştır. Geri Bildirim bağımlı değişken, iletişim becerileri boyutlarının ayrı birer bağımsız değişken olarak alınmıştır.

$y$ =Geri Bildirim,  $x_1$ = Sosyal Davranış Yeterliği,  $x_2$ = İletişimde Bireysel Yönler,  $x_3$ = Empati Yeterliliği,  $x_4$ = Uyum Yeterliliği,  $x_5$ = Duyarlılık Yeterliliği,  $x_6$ = İletişime Teşvik Yeterliliği,  $x_7$ = İnsan İlişkileri,  $x_8$ = Dinleme Yeterliliği olacak şekilde regresyon uygulanmıştır.

Geriye adım regresyonu sonucunda regresyon denkleminde sırayla Empati Yeterliliği, Dinleme Yeterliliği ve Uyum Yeterliliği değişkenlerinin çıkartıldığı, Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri değişkenleri modelde kalmıştır.

**Model 1** → Tüm bağımsız değişkenlerin yer aldığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,071'dir. Tüm bağımsız değişkenler Geri Bildirim değişkenindeki değişimin %7,1'ini açıklamaktadır. Kurulan model anlamlıdır ( $F=4,335$ ;  $p=0,000$ ). Bununla birlikte yapılan analizlerde anlamsız olan bağımsız değişkenler sırasıyla modelden çıkarılmıştır.

**Model 2** → Empati Yeterliliği dışında diğer tüm bağımsız değişkenlerin yer aldığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,070'dir. Empati Yeterliliği dışındaki bağımsız değişkenlerin Geri Bildirim değişkenindeki değişimin %7'sini açıklamaktadır. Kurulan model anlamlıdır ( $F=4,922$ ;  $p=0,000$ ). Fakat Empati Yeterliliği değişkeni modelden çıkartıldığında  $R^2$ 'de hiçbir değişim olmamıştır. Bu durum Empati Yeterliliği değişkeninin Geri Bildirim üzerinde etkisinin olmadığını gösterir. Empati Yeterliliği değişkeni modelden çıkarılmıştır.

**Model 3** → Dinleme Yeterliliği ve Empati Yeterliliğinin yer almadığı model için  $R^2$  açıklayıcılık katsayısı 0,066'dir. Dinleme Yeterliliği ve Empati Yeterliliği dışındaki bağımsız değişkenler Geri Bildirim değişkenindeki değişimin %6,6'sını açıklamaktadır. Kurulan model anlamlıdır ( $F=5,364$ ;  $p=0,000$ ). Fakat Dinleme Yeterliliği değişkeni

modelden çıkartıldığında R'deki değişim çok küçük olmuştur. Bu durum Dinleme Yeterliliği değişkeninin Geri Bildirim değişkeni üzerindeki etkisinin olmadığını gösterir. Dinleme Yeterliliği değişkeni modelden çıkarılmıştır.

**Model 4** → Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri değişkenleri modelde iken Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği ve Dinleme Yeterliliği değişkenlerinin modele katkısının anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Bu değişkenlerin anlamsız olduğu ve model dışında bırakıldığı söylenebilir. Uyum Yeterliliği, Dinleme Yeterliliği ve Empati Yeterliliği yer almadığı model için  $R^2= 0,061$ 'dir. Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri değişkenleri Geri Bildirim bağımlı değişkenindeki değişimin % 6,1'ini açıklamaktadır. Kurulan model anlamlıdır ve yapılan analizler sonucunda Model 4 kabul edilmiştir ( $F=5,932$ ;  $p=0,000$ ).

Elde edilen bu bulgulara göre **Model 1**, **Model 2**, **Model 3** ve **Model 4** anlamlı olmakla birlikte bu modellerden **Model 4** kabul edilmiştir. Buna ilişkin olarak yapılan Regresyon Analizi sonuçları Tablo 35'de verilmektedir.

**Tablo 35. İletişim Becerileri Alt Boyutlarının Geri Bildirim Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Sonuçları**

	<i>B</i>	<i>Standart hata</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Sabit</i>	14,225	0,183		<b>77,860</b>	<b>,000</b>
<i>Sosyal Davranış Yeterliliği</i>	,476	0,183	,118	<b>2,600</b>	<b>,010</b>
<i>İletişimde Bireysel Yönler</i>	,367	0,183	,091	<b>2,005</b>	<b>,046</b>
<i>Duyarlılık Yeterliliği</i>	,580	0,183	,144	<b>3,171</b>	<b>,002</b>
<i>İletişime Teşvik Yeterliliği</i>	,431	0,183	,107	<b>2,355</b>	<b>,019</b>
<i>İnsan İlişkileri</i>	,331	0,183	,082	1,811	,071
<b>R= 0,247</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,061</b>	<b>Durbin Watson= 1,827</b>			
<b>F (5, 463)=5,932</b>	<b>p=0,000</b>	<b>VIF=1,000</b>			

Tablo 35’de yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri alt boyutlarının Geri Bildirim üzerine etkisini belirlemek için çoklu regresyon modeli analizi yapılmıştır. Bireylerin Geri Bildirim düzeyleri üzerinde, Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri bağımsız değişkenleri anlamlı bir etki göstermektedir. Kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F=5,932$ ;  $p=0,000$ ). Elde edilen sonuçlara göre kurulan **Hipotez 13b** kabul edilmiştir. Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri hep birlikte varyansın % 6,1’ ini açıklamaktadır. İnsan İlişkileri dışındaki bağımsız değişkenlerin bağlanım denkleminde katkısı anlamlıdır. Geri Bildirim üzerinde %5 yanılma düzeyinde Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği boyutlarının etkisinin olduğunu söyleyebiliriz. Geri Bildirimi bu değişkenler artan yönde etkilemektedir. Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri Boyutları Geri Bildirimi pozitif yönde değiştirmektedir.



## ALTINCI BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu bölümde elde edilen analiz sonuçlarına göre bulgular tartışılacaktır. Buna göre hekim, hemşire ve yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerinin çeşitli demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorları bireylerin cinsiyetlerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir (Tablo 15'e bakınız). Bu sonucu destekler nitelikte Kılıç ve Önen (2011) tarafından ilkokullarda görev yapan öğretmenler üzerinde yapılan çalışmada da bireylerin demografik özelliklerine göre iletişim ile ilgili görüşleri incelenmiş ve cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte cinsiyetin Kişisel Açılım üzerinde etkili olduğu çalışmalardan Xie ve Kang tarafından, yetişkin ve gençler ile ilgili yapılan çalışmalarda ise yetişkin erkeklerin Kişisel Açılım ve bilgi paylaşım durumlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu çünkü kadınların erkeklere göre güvenliğe daha fazla önem verdikleri dolayısıyla kadınların Kişisel Açılım düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Gençler üzerine yapılan araştırmalarda da Kişisel Açılım durumlarında cinsiyete göre anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmüştür (Xie ve Kang, 2015). Montalvo ve diğ. (2009) yaptığı bir çalışmaya göre ise kadınlar için cinsiyet Kişisel Açılımı etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Cinsiyetin Kişisel Açılım için önemli bir faktör olması, kadınların sosyal etkileşiminden kaynaklanabilir. Çünkü Kişisel Açılım; yaşa, bireye, kültüre göre farklılaşabilmektedir. Bu durumda kadınların erkeklere göre uyum sağladıkları bireylere daha rahat kendileri anlatmaları Kişisel Açılıma neden olabileceği düşünülebilir.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri evli ya da bekâr olma durumlarına göre incelenmiş ve anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (Tablo 16'ya bakınız). Evli ve bekârların ortalamaları birbirine yakındır. Kılıç ve Önen (2011)'in çalışmasında da bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerine göre anlamlı farklılıklar bulunamamıştır. Malhan ve Ersoy (2001)'un

hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da Kişisel Açılım ve Gerim Bildirime göre anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Bireylerin yaş gruplarına göre Kişisel Açılım ve Geri Bildirim incelendiğinde ise yaşa göre anlamlı farklılıklar yoktur (Tablo 14'e bakınız). Aşık (1992) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen çalışmasında Kişisel Açılım değişkeninin yaşa ve çeşitli değişkenler üzerinde etkisi incelenmiş ve yaşa göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Uysal (2003)'ün yöneticiler üzerinde yaptığı çalışmada yaş, Kişisel Açılım ve Geri Bildirim için önemli bir değişkendir. Buna göre yaşa göre bireylerin iletişim süreçlerinde anlamlı farklılıklar vardır. Yaş arttıkça Kişisel Açılım ve Geri Bildirim süreçlerinde tecrübe, statü artışı, olgunlaşmanın getirdiği bireylerin öz benliklerine ilişkin güven etmenlerinden yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirimi daha kullandıklarını bulmuştur. Ayrıca 46 yaşından büyük yöneticilerde bu ortalamanın düştüğünü tespit etmişlerdir. Xie ve Kang (2015) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise yaşça büyük bireylerin Kişisel Açılım konusunda başkaları ile bilgi paylaşımında daha yüksek bir seviyede olduğu, yaşa göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Bu araştırmada yönetici, hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir (Tablo 17'ye bakınız). Uysal (2003) tarafından yapılan çalışmaya göre de bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri eğitim durumuna göre anlamlı değildir. Selçuk (1989)'a göre, bireylerin kendilerini başkalarına açma davranışlarının aldıkları eğitimden kaynaklı olabileceğini belirtmiştir ve eğitim durumuna göre anlamlı farklılıklar elde etmiştir. Bireylerin kendilerini diğer kişilere ailesine, psikolojik danışmanlara vs. ne kadar açtıkları incelenmiş ve bireylerin birbirlerini daha önceden tanımalarının eğitim esnasında vs. kendilerine başkalarına açmada önemli olduğu bulunmuştur (Dizmen, 2006).

Saiki ve Lobo (2011) tıp literatüründe tartışılan Kişisel Açılım konularının tıbbi bakım verenler ve hemşireler tarafından tıbbi hata ve hasta bilgisi ile ilgili konularda karar verme süreçlerinde kullanıldığını belirtmişlerdir. Buna göre hekim, hemşire ve yöneticilerin mesleklerine göre Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri incelenmiş ve anlamlı bulunmamıştır (Tablo 18'e bakınız). Malhan ve Ersoy (2001)'e göre de hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarına göre anlamlı farklılıklar

bulunmamıştır. Bununla birlikte bireylerin mesleklerine göre anlamlı farklılıklar bulunan çalışmalarda olmuştur. Levati (2014) tarafından Aralık ve Haziran 2012’de, İtalya ve Büyük Britanya’da 124 hemşire ile yapılan bir çalışmada Kişisel Açılım incelenmiştir. Mesleklerine göre Kişisel Açılım, bilgi paylaşımı, aile bireyleri ve iletişim bilgilerini paylaşma, bireysel davranışlar için anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının kurumda yönetici olma durumlarına göre Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 19’a bakınız). Yönetici olma durumu Kişisel Açılım ve Geri Bildirim için önemli bir etkidir. Bu farklılığın yönetici olarak görev yapan bireylerin örgüt içerisinde iletişim de Kişisel Açılım ve Geri Bildirimi kullanmalarının etkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yönetici ve liderler grup üyeleri içerisinde bireylerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirimi kolaylaştıran bir rol oynarlar ve Geri Bildirim vererek bireylerin kendi Kör Alanları ile ilgili bilgiler verebilir. Yöneticiler aynı zamanda sahip olduğu büyük sorumlulukla, yapıcı, açık, dürüst, olumlu, yararlı bir kültürü teşvik edebilir, bilgi paylaşımı yoluyla örgütte hassas bir iletişim kurabilir. Kişisel Açılım ve Geri Bildirimi bu yönüyle önemli bir rol oynar. Açık Alanın genişlemesi pozitif gelişim kurulması yöneticiliğin temel bir yönü olması dolayısıyla farklılık oluşturmaktadır (Luft, 1955). Sağlık alanında kullanılması iş arkadaşları ve yöneticilerin birbirlerini desteklemeleri yönünden önemlidir. Yönetici için önemli olmasında organizasyon içerisinde destekleyici bir rol oynaması ve yöneticinin politika oluşturması, çalışanlar ile yaşanan yetersizliklerin aşılması ve eşit fırsatlar tanınması yönünden önemli ve olumlu yönde fayda sağlaması dolayısıyladır (Münir ve diğ., 2005). Bireylerin örgüt performansını geliştirilebilmesi için Geri Bildirim vermelerine gerek duyulmaktadır. Çünkü Geri Bildirim, çalışanların yöneticileri ile ilgili fikirlerinin öğrenilmesini sağlarken, yöneticilerin de çalışanları hakkındaki düşüncelerinin anlaşılmasını sağlar (Taşçı ve Eroğlu, 2008). Ayrıca iyi bir yönetici iletmek istediği duygu ve düşüncelerini açık ve net bir şekilde iletir bu da Kişisel Açılım ile bireylerin kendisini göstermesinde fayda sağlar. Bu çalışmada da buradaki literatür bilgilerini destekler nitelikte *Kişisel Açılım ve Geri Bildirim* boyutlarına göre yönetici olma durumu anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin Johari Penceresindeki Kişisel Açılım ve Geri Bildirim skorlarını yönetici olarak çalışma süresine, sağlık sektöründe çalışma süresine, kurumda

çalışma süresine ve çalıştıkları hastanelere göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir (Tablo 20, 21, 22 ve 23'e bakınız). Kişisel Açılım ve Geri Bildirim değişkeni yönetici olarak çalışma süresi, sağlık sektöründe çalışma süresi, kurumdaki çalışma süresi ve çalıştıkları hastanelere göre önemli bir faktör değildir.

Bu çalışmada yönetici, hekim ve hemşirelerin *İletişim Becerilerindeki* skorlarının ortalaması yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, bireylerin *Sosyal Davranış Yeterliği, Empati Yeterliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği boyutları ve Genel İletişim Becerileri puanında* yaş gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık görülmemiştir (Tablo 24'e bakınız). Bununla birlikte bireylerin *İletişimde Bireysel Yönleri* incelendiğinde yaş gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu farklılığın 27 yaşından küçük bireyler ile 36-39 yaş ve 40 yaş üzeri bireyler arasında olduğu, diğer bir farklılığın ise 30-34 yaş grubundaki bireyler ile 35-39 yaş ve 39 yaş üzerindeki bireyler arasında olduğu bulunmuştur. Buna göre genç yaşta çalışan bireyler ile orta yaş grubunda çalışan bireylerin ve orta yaş grubundaki bireylerin kendi aralarında ortalamalarının farklı olduğu görülmüştür. Bu farklılığın orta yaş grubundaki sağlık çalışanlarının genç yaştaki sağlık çalışanlarına göre daha fazla çalışma yaşamında olması ve iletişim becerilerine ilişkin genç yaştaki çalışanlara göre mesleki bilgi, beceri ve çalışma yaşamında kazandıkları deneyimlerin bireylerin sahip oldukları bireysel etkenlerine göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Razı ve diğ. tarafından (2009) çalışan gençlerin iletişim becerileri, benlik saygısı, stresle baş etme durumlarının incelenmesine yönelik yapılan çalışmada, çalışma yaşamındaki 20-24 yaş grubundaki gençlerin diğer yaş gruplarına göre iletişim becerileri puanlarının ortalamaları sosyal ve psikolojik vb. gibi çeşitli özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin ise statü ve mesleki bilgi bağlı olduğu düşünülmektedir. Topluer (2008)'in okul müdürlerinin iletişim yeterliliklerini öğretmenlerin algılarına göre incelediği çalışmasında da anlama ve empati boyutu olarak adlandırılan boyuttaki soruları bu ölçekteki *İletişimde Bireysel Yönler* boyutundaki soruları içermektedir ve İletişimde Bireysel Yönler boyutunda elde edilen bu bulguyu destekleyen bir nitelikte Topluer (2008) tarafından anlama, empati boyutunda yaş gruplarına göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılık 40-49 ve

50-59 yaş gruplarına sahip müdürler arasında bulunmuştur. Bu çalışmada da orta yaş grubu olan 35-39 yaş grubundaki bireyler ile 40 yaş ve üzerindeki bireyler arasında bu farklılık görülmektedir. Ayrıca bu çalışmada *Sosyal Davranış Yeterliği, Empati Yeterliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği boyutlarında ve Genel İletişim Becerileri* puanında yaş gruplarına göre farklılık bulunamamasının nedeni bu boyutlardaki yaş gruplarının ortalama puanlarının birbirine çok yakın dağılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Buna göre Erigüç ve Eriş (2013) tarafından Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada, bu çalışmanın iletişim becerilerinin boyutlarından olan *Dinleme ve İnsan İlişkileri* boyutları ile Erigüç ve Eriş'in çalışmasındaki *Davranışsal boyut, İletişime Teşvik, Uyum, Empati, İletişimde Bireysel Yönler, Sosyal Davranış Yeterliliği ile Bilişsel Boyut ve* son olarak *Duyarlılık boyutu ile Duygusal boyut* soruları benzerdir ve yaş gruplarına göre İletişim Becerileri Ölçeğinin boyutları olan *Bilişsel, Davranışsal ve Duygusal* boyutlara göre öğrencilerin ortalamaları farklılık göstermemektedir. Ulukan (2012) tarafından sporcular üzerine yapılan çalışmada da Korkut (1996) tarafından geliştirilen iletişim becerileri ölçeği kullanılmıştır ve yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çiftçioğlu ve Ordun (2010)'un hastaların hekimleri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeylerinin incelenmesine yönelik yapılan araştırmada *Bilgi Verme ve Dinleme* boyutlarında yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmamış, *Beden Dili ve Bilgi Verme* boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu çalışmada da *Duyarlılık ve Dinleme* boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamış, beden diline ilişkin soruların olduğu *İletişimde Bireysel Yönler* boyutunda anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çam ve diğ. (2007)'de ebe ve hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin iletişim becerilerine etkisine yönelik yapılan çalışmada hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası iletişim becerileri toplam puanı ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitim sonrası iletişim becerileri toplam puanı yükselmiş olumlu yönde etkilenmiştir.

Cinsiyete göre yönetici, hekim ve hemşirelerin *İletişim Becerilerindeki* skorların ortalaması karşılaştırıldığında bireylerin *Sosyal Davranış Yeterliği* cinsiyete göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir (Tablo 25'e bakınız). Cinsiyet *Sosyal Davranış Yeterliliği* için önemlidir ve erkeklerin ortalaması kadınların ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Sağlık alanında çalışan bireyler için ise insanlar ile sıkı

ilişkilerde bulunulması gereklidir, dolayısıyla sağlık sektörü yoğun bir biçimde iletişim kurulması gerekli olan bir sektördür. **Sosyal Davranış Yeterliliği** bu bağlamda bireylerin yeni insanlar ile tanışma, konuşma, sosyal ortamlarda bulunma gibi becerileri kapsayan bir boyut olması nedeniyle cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Cinsiyete göre bulunan bu farklılık kadınların güvenlik ve çevre gibi etmenlere erkeklerden daha fazla önem vermesi etmenleri ile açıklanabilir (Bingöl ve Demir, 2011). Bununla birlikte Korkut (1996) tarafından yapılan çalışmada bu durumu kadın ve erkeklerin sosyalleşme süreçlerinin çok farklı olması dolayısıyla açıklamıştır.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin **İletişimde Bireysel Yönleri, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği boyutları ve Genel İletişim Becerileri** puanı cinsiyete göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir. Kahyaoğlu ve diğ.(2015) tarafından klinik uygulamaya çıkan hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerilerini etkileyen faktörlere ilişkin yapılan çalışmada **davranışsal, duygusal ve bilişsel** boyutlar üzerinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bingöl ve Demir (2011)'in hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerilerine ilişkin yaptığı çalışmada da cinsiyete göre iletişim becerileri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bireylerin **İletişim Becerilerindeki** skorların ortalamasının medeni duruma göre karşılaştırılması konusunda yapılan analiz sonuçlarına göre; bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönleri, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri ve Dinleme Yeterliliği ve Genel İletişim Becerileri** bireylerin medeni durumlarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir (Tablo 26'ya bakınız). Medeni durumlarına göre evli ve bekârların ortalamaları birbirine yakın bir dağılım göstermiştir. Korkut (2005) tarafından yetişkinlere yönelik iletişim becerileri eğitimi ile ilgili yapılan çalışmada çeşitli sosyo-demografik değişkenlere göre incelenmiştir. Medeni durum değişkeni incelendiğinde ortalamalar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kumcağız ve diğ. (2011) tarafından hemşireler ile yapılan bir çalışmada da medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin, **İletişim Becerilerindeki** skorların ortalamasını eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında (Tablo 27'ye bakınız), bireylerin **Sosyal Davranış**

**Yeterliği** eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir. Farklılığın **Sosyal Davranış Yeterliği** bakımından lise mezunları ile ön lisans mezunları, altı yıllık lisans ve tıpta uzmanlık mezunları arasında olduğu ve ikinci bir diğer farklılığın ise dört yıllık mezunlar ile altı yıllık mezunlar ve tıpta uzmanlık mezunları arasına farklılık olduğu bulunmuştur. Eğitim ile ilgili literatürdeki çalışmalarda da Kokut (2005); Tutuk (2002)'e göre eğitim yılı arttıkça iletişim becerilerinin geliştiiğine ilişkin sonuçlar bulunmaktadır ve bu çalışmada gruplar arasında görülen farklılığın nedeninin bu süreçler ile ilişkili olabileceği söylenebilir. Bu noktada bireylerin iletişim becerilerine ilişkin sahip oldukları beceriler lise eğitimi sonrasında hemen mesleğe başlayan bireyler ile mesleki eğitim yılı daha fazla olan bireyler arasında farklılığa neden olabilir ve Sosyal Davranış Yeterliliği gibi iletişimi kolaylaştıracı etkenler olarak değerlendirilebilen bu yeterlilik eğitim süresine göre değişebilmekte eğitim süreçleri boyunca iletişim ile ilgili daha fazla eğitim alan bireyler ile lise ve lisans mezunları arasında sosyal davranış yönünden bir farklılık oluşturabilir. Çam (2007) tarafından lisans eğitimi alan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada da iletişim becerilerine ilişkin alınan eğitim sonrasında kendilerini başkalarına etkili bir şekilde ifade etmelerinin arttığı ve başkalarını daha kolay anladıklarını bulmuşlardır. Ayrıca bireyler aldıkları eğitim sonrasında sosyal maske kavramını bilmedikleri ama olumlu yönde kullanılabileceğini öğrenmişlerdir. Sosyal maske kavramı, onaylanmak ve dışlanmamak için içinde bulunulan toplum ile uyumlu davranışların toplamını ifade etmektedir (Tan, 2014: 767). Bu durum bireylerin Sosyal Davranış Yeterliliği için önemlidir. Bu çalışmada da Sosyal Davranış Yeterliliği önemli bulunmuştur. Bununla birlikte bireylerin **İletişimde Bireysel Yönleri** eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir.

İletişim becerileri puan ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılığın bulunduğu bir diğer boyut ise **Empati Yeterliliği** boyutudur. Bu boyutta farklılığı oluşturan gruplar ise; lisansüstü eğitim gören bireyler ile dört yıllık lisans, altı yıllık lisans ve tıpta uzmanlık mezunları arasında görülmektedir. Sağlık sektöründe çalışan bireylerin empati becerini geliştirebilmesi, çalışma arkadaşlarını, hastayı anlama, problem çözme yaklaşımında olması, ekip arkadaşları ile bütüncül bir çalışma gösterebilmesi empati becerisi ile ilişkili olup, eğitim empati becerisini arttıran bir etkendir ve bu becerinin eğitim esnasında geliştirilmesi oldukça önemlidir. Bu noktada

bu çalışmada bulunan farklılığı eğitim düzeyi arttıkça empati becerisine ilişkin gruplar arasında farklılığın gözlemlenmesi yolu ile açıklanabilir. Sağlık alanında yapılan çalışmalarda empati becerisini kullanan bireylerin stresli durumlar ile karşılaştıklarında kendilerine daha fazla güven duyup problemleri çözüme kavuşturdukları görülmüştür (Güneşen ve Üstün, 2010). Aslan ve Özata (2008) lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü, mezunu olan hemşireler ile yaptığı çalışmasında hemşirelerin ne kadar çok empati kururlarsa o kadar az duygusal tükenmişlik yaşayacaklarını bu yüzden empatinin önemli olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada da empati becerisi iletişim becerisi için son derece önemlidir. Ayrıca iletişim becerileri ile diğer boyutlar arasında; **Uyum Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Duyarlılık ve Dinleme Yeterliliği** boyutlarında bireylerin iletişim becerileri puan ortalamaları eğitim düzeylerine göre farklılık göstermemektedir. Bu çalışmada bulunan Dinleme Becerileri boyutu ile benzer ifadeleri kapsayan Akpınar ve Uzun (2006) tarafından lisans düzeyinde öğrenim gören bireyler üzerinde yapılan çalışmada klinik uygulamalarda bireylerin duygusal yüz ifadelerini tanımlama becerisi incelenmiş ve anlamlı bulunamamıştır.

Eğitim durumuna göre bireylerin **Genel İletişim Becerileri** puanı değerlendirildiğinde eğitim değişkeni önemli bir değişkendir ve bireylerin eğitim düzeylerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir. Gruplar arasında görülen bu farklılık ise, dört yıllık lisans mezunu bireyler ile altı yıllık lisans mezunu olan bireyler ve tıpta uzmanlığını bitirmiş bireyler arasında; diğer bir farklılık ise altı yıllık lisans mezunu olan bireyler ile lisansüstü eğitim alan bireyler ve tıpta uzman bireyler ile lisansüstü eğitim bitirmiş bireyler arasında görülmektedir. Şahin (1997) tarafından çalışmada bireylere verilen iletişim becerileri ile ilgili eğitim onların iletişim becerilerini pozitif bir biçimde etkilemiştir.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin, **İletişim Becerilerindeki** skorların ortalamasını mesleklerine göre karşılaştırıldığında, bireylerin **Sosyal Davranış Yeterliliği** mesleklerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir (Tablo 28'e bakınız). Buna göre hekimlerin **Sosyal Davranış Yeterliliği** puan ortalamaları yöneticilere göre farklıdır. Ayrıca yönetici ve hemşireler arasında hekimler ve hemşireler arasında da farklılık vardır.



Sosyal Davranış Yeterliliği kişilerarası ilişkilerde, kişilerin çalışma arkadaşları ile veya diğer insanlar ile kolay anlaşılır bir iletişim kurabilmesi, dışadönük olması bu becerinin gelişmesine bağlıdır. Bireylerin meslekleri onların kariyer planlamalarında, işe uyum gibi faktörlerde önemli bir etkidir. Bu çalışmada Sosyal Davranış Yeterliliği boyutunda yönetici-hekim, yönetici-hemşire ve hekim-hemşire arasında görülen farklılık ise sağlık yöneticilerinin hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları kurdukları iletişimlerde ve ayrıca kliniklerden sorumlu hemşirelerin birlikte çalıştığı personel ile ilgili iletişimlerde kurduğu süreçlerde, personel seçme, yeni insanlarla tanışma, başkalarının söyledikleri ile ilgilenme, bireylerin işe uyum ve diğer çevresel faktörlerde etkilidir. Böylece yöneticiler ve hekimler ve hemşirelere göre farklılaşmaktadır. Danacı (2010) hemşirelerin düşük statüde bir meslek gibi görülmesinin hekimlere oranla kendilerine güven düzeylerinin ve benlik saygılarının düşük olmasına neden olduğu belirtilmiş, bu durum hekimler ve hemşirelere göre sosyal davranış yönünden farklılığa neden olabilir. Bu çalışmada da hekim ve hemşireler arasında görülen farklılığı açıklayabilir.

Bireylerin *İletişimde Bireysel Yönlerini* mesleklerine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık hekimlerin, *İletişimde Bireysel Yönlerine* göre hemşireler ve yöneticiler arasında ayrı ayrıdır. Bireylerin kişilik yapısı, sahip oldukları bireysel yönleri onların otorite, etki, statüleri için önemli bir faktördür ve sağlık yöneticileri için güç elde etmek için kullanılabilirken, hekim ve hemşireler için prestij, başkalarını etkileme, çeşitli fırsatlar için kullanılan bir faktör olarak karşımıza çıkar ve bu çalışmada ortaya çıkan farklılıklar bu nedenler ile açıklanabilir. Kurum başarısı için İletişimde Bireysel Yönler önemlidir. Han (2013)'ün yöneticiler üzerinde yaptığı çalışmada yöneticilerin işin başarıya ulaşması için bireylerin önemli olduğunu ifade ettiklerini belirtmiştir. Bulduk ve diğ. (2015) tarafından yapılan çalışmada ise hekim ve hemşirelerin bir takım bireysel tutum ve davranışlarının bakım kalitesini etkilediği bireysel bir takım etmenlerin önemli olduğu görülmüştür. Bununla birlikte *Empati Yeterliği*, *Uyum Yeterliliği* boyutlarına göre ise mesleklerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir. *Duyarlılık Yeterliği* boyutuna göre ise meslek gruplarına göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir. Buna göre, hekimlerin *Duyarlılık Yeterliliği* hemşirelerin ve yöneticilerin skor ortalamalarından farklıdır. Hemşirelik mesleği bakım süreçleri ile ilgili hastalar ile ilgilenme, hastalık süresince hastaların karşılaşılabileceği problemleri

belirleme, başkalarını destekleme ve nasıl bir davranışta bulunması ile ilgili hassas olma noktasında etkilidir ve dolayısıyla yöneticilere göre farklılaşmaktadır. Yöneticilerin duyarlılık ile ilgili yaklaşımları kurum bazlı ve kurum başarısı ile ilgili kurum içerisinde çalışanlar arasında güven telkin edici süreçlere ilişkin olması nedeniyle farklılık oluşturmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmayı destekler nitelikte Karayurt ve diğ. (2008) tarafından hemşirelerin sağlık inançlarına göre duyarlılık algısı incelenmiş ve duyarlılık, yarar, engel, sağlık motivasyonları ve güven alt boyutlarına ilişkin ortalamalar arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur.

***İletişime Teşvik Yeterliği*** boyutu mesleklerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir. Buna göre hekimlerin ***İletişime Teşvik Yeterliği*** puan ortalamaları yöneticilere göre farklıdır. Bu farklılık hekimlerin hastalara zaman ayırması, duygu paylaşımında bulunması, konuşmaya istekli olması, destekleyici bir takım faaliyetler gösterme becerisi ile ortaya çıkmaktadır ve sahip oldukları bu beceriler ile açıklanabilir. Çırpı ve diğ. (2009) hastanın güvenliği ve diğer konular hakkında yöneticilerin, personelin hastalar ile ve kendi aralarında açık iletişimin teşvik edilmesini önermektedirler.

***İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği*** boyutu ise mesleklerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte bireylerin ***Genel İletişim Becerileri*** puanı mesleklerine göre ortalamaları bakımından farklılık göstermektedir ve hekimlerin hemşirelerle ve yöneticilerle ortalamaları farklılık göstermektedir. Çünkü hekimlerin sosyal, duyarlı ve teşvik edici olması hastaları ve çevresindeki insanları anlaması için önemli olduğu düşünülmektedir.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin, ***İletişim Becerilerindeki*** skorları yönetici olarak çalışıp, çalışmama durumlarına göre incelenmiş ve ***Sosyal Davranış Yeterliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik, İnsan İlişkileri boyutlarına ve Genel İletişim Becerileri*** puanına göre ortalamalar farklılık göstermiştir (Tablo 29'a bakınız). Buna göre bireylerin yönetici olması bu boyutlar için önemlidir. Sağlık kurumlarında yöneticilerin sosyal ve insancıl değerleri ön plana çıkarması, sağlık kurumlarının işleyişinde kişilerin kendilerine özgü bir takım değerlere önem vermesi, duyarlı olması, kişiler arasındaki iletişimin artırılması ve olumlu yönde teşvik edilmesi, insanlar arasındaki ilişkilerin pozitif olması ile ilgili nitelikler, bir takım yararlı gerekliliklerdir

ve dolayısıyla yöneticiler tarafından sıklıkla uygulanmaktadır bu durum farklılık oluşturmaktadır şeklinde açıklanabilir. Şahin (2007) tarafından yönetsel iletişim ile ilgili yapılan çalışmada yönetici, hekim, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları örnekleme alınmıştır. Sosyal Davranış Yeterliliği açısından değerlendirildiğinde yöneticiler astların kendileriyle ilgili herhangi bir sorunla karşı karşıya kaldıklarında kolaylıkla kendilerine ulaşabildiklerini ifade etmiştir. Bununla birlikte astlar herhangi bir sorun ile karşılaştıklarında çok fazla hiyerarşik yapının olduğunu ifade etmiştir. Bu durum Sosyal Davranış Yeterliliğinin problem çözme, kurum içi süreçlerde son derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca aynı çalışmada yöneticilerin sözlü ve sözsüz iletişim becerilerini koordine etmeyi bilmesi gerektiği ve bu beceriler ile ilgili konularda duyarlı olunması yani duyarlılık becerisinin de önemine değinilmiştir. Bizim çalışmamızda da *Sosyal Davranış Yeterliliği ve Duyarlılık Yeterliliği* yöneticiler için önemli bulunmuştur. Ağırbaş ve diğ.(2005) tarafından hastane başhekim yardımcıları tarafından yapılan çalışmada hastane yöneticileri iş arkadaşları ve o gruptaki bireyler ile anlaşılabilir durumları, bağlı oldukları yöneticiler ile ilişkileri gibi durumlara göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada da İnsan İlişkileri boyutu yönetici olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Bununla birlikte bireylerin *İletişimde Bireysel Yönleri, Empati Yeterliliği, Uyum Yeterliliği ve Dinleme Yeterliliği* boyutları yönetici olma durumuna göre ortalamalarına göre ise farklılık göstermemektedir.

Yönetici olan bireylerin yönetici olarak çalışma sürelerine göre *İletişim Becerilerindeki* skorları karşılaştırıldığında; *Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Empati Yeterliliği, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği, İnsan İlişkileri, Dinleme Yeterliliği boyutları ve Genel İletişim Becerileri* puanlarına göre çalışma sürelerine göre ise ortalamaları bakımından farklılık göstermemekte, sadece *Uyum Yeterliliği* boyutunda farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılık 1 yıldan daha az sürede çalışan bireyler ile 6-10 yıl arasında çalışan bireyler arasında görülmektedir (Tablo 30'a bakınız). Bu durumun mesleğe yeni başlayan bireylerde kuruma uyum sağlayabilme, çevreyi tanımlayabilme, bireysel özellikleri ve çalıştığı kurum ile ilgili nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber yönetici, hekim ve hemşirelerin, *İletişim Becerilerindeki Skorların* ortalamasını sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre incelendiğinde ise sadece *İletişimde Bireysel Yönler* boyutuna göre anlamlı bir

farklılık göstermektedir, diğer boyutlara ve Genel İletişim Becerileri puanına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 31'e bakınız). Buna göre bir yıldan daha az çalışan bireyler ile 11-20 yıl arası çalışan ve 20 yılın üzerinde çalışan bireyler arasında bir farklılık vardır. Gruplar arasında görülen bu farklılığın nedeni bireylerin mesleğin ilk yıllarında iletişim becerileri, kendilerini benimseme ve tanıma, mesleki davranış geliştirmeye ilişkin iken mesleğinin ilerleyen aşamalarında daha belirgin bir hale gelmiş ve anlaşılır bir hale gelmiş olması ile açıklanabilir. Uludağ (2011) tarafından hekimler ile yapılan çalışmada da bu çalışmanın iletişimde Bireysel Yönler Boyutu ile benzer soruların yer aldığı iletişim faktörü hekimlerin uzmanlık yıllarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Uludağ (2011) tarafından yapılan çalışmada ayrıca gruplar arasında farklılık 0-5 yıl çalışan bireyler ile 21 yıl üzeri çalışan bireyler arasında, diğer bir farklılık ise 6-10 yıl çalışan bireyler ile 21 yıl üzerinde çalışan bireyler arasında görülmüştür.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin, **İletişim Becerileri** skorları kurumda çalışma sürelerine göre analiz edildiğinde ise analiz sonuçlarına göre **İletişimde Bireysel Yönler ve Duyarlılık** boyutlarına göre anlamlı bir farklılık gösterirken, diğer boyutlara göre ve **Genel İletişim Becerileri** puanına göre ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 32'ye bakınız ). Gruplar arasında görülen bu farklılık **İletişimde Bireysel Yönler** boyutuna göre bir yıldan az süredir çalışan bireyler ile 6-10 yıl ve 10 yıl üzeri çalışan bireyler arasında farklılık vardır. Duyarlılık Yeterliliğine göre ise farklılığın bir yıldan az süredir çalışan bireyler ile 6-10 yıl ve 10 yıl üzeri çalışan bireyler arasında olduğu görülmektedir. Bireylerin kurumda çalışma süresi **Duyarlılık Yeterlilikleri ve İletişimde Bireysel Yönleri** hizmet süreleri arttıkça daha da yükselecektir. Bu durum farklılığa neden olabilir. Kıdak ve Akasyalı (2009)'un hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları ile ilgili yaptığı çalışmada kurumda çalışma süresi ile ilişkiler boyutu arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bireylerin bireysel yönleri ile ilişkilidir. Yeşil ve diğ. (2009) tarafından yapılan çalışmada da çalışma yılı 6 yıldan daha fazla olan bireylerin 5 yıldan daha az olan bireylere göre duyarlılığı daha düşük fakat çalışma yılına göre anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim beceri düzeyleri çalıştıkları hastanelere göre farklılık göstermemektedir (Tablo 33'e bakınız). Bireylerin çalıştıkları hastaneler iletişim becerileri açısından önemli bir faktör değildir.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin *Kişisel Açılım* düzeylerine etkisini belirlemek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. *Sosyal Davranış, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri* bağımsız değişkenlerinin ayrı ayrı bağlanım denkleminde anlamlı bir etkisi olmamakla birlikte bağımsız değişkenler bir arada ele alındığında anlamlı bir etki göstermektedir. Kişisel Açılımı *Sosyal Davranış Yeterliliği* pozitif, *Uyum Yeterliliğini* negatif ve *İnsan İlişkilerini* ise pozitif yönde değiştirmektedir. Her bir bağımsız değişkenin Kişisel Açılım üzerine etkisi bağımsız regresyon yöntemiyle ikili korelasyon sonuçlarına göre *Sosyal Davranış Yeterliliği ve İnsan İlişkileri* bağımsız değişkenleri artan yönde etkilerken, *Uyum Yeterliliği* azaltan bir etkiye sahiptir. Literatürde Kişisel Açılım bireylerin kendisini başka birilerine açma noktasındaki isteği ile ilişkilidir. Bu noktada bireylerin Sosyal Davranış Yeterliliği ve İnsan İlişkilerini arttırması, başkasına kendisini açma eğilimini arttıran bir etkiye sahip olmasını sağlayabilir ve olumlu yönden etkileyerek bireylerin Kişisel Açılımlarını arttırabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte bireylerin Uyum becerileri, onların bir takım bilgilerini açığa vurmalarını da engelleyebileceğini kabul edebiliriz. Bireyler uyum sağladıkları kişilere öfke, korku gibi kişisel bilgilerini açmayabilir ve bu durum Kişisel Açılımı azaltan bir etki gösterilmesine neden olabileceği düşünülebilir. Erözkan (2007) tarafından iletişim becerilerinin kişilerarası ilişki tarzları, bağlanma stilleri ve benlik saygısı ile olan etkisi incelendiği çalışmada, bu çalışmanın boyutlarını oluşturan Sosyal Davranış, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri Boyutları ile benzer bir şekilde insan severlik, dengelilik, bağımsızlık, duyarlılık, dışadönüklük boyutlarının iletişim becerileri ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur.

Yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin *Geri Bildirim* düzeyleri üzerine etkisini belirlemek için yapılan çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre bireylerin *Geri Bildirim* düzeyleri üzerine *Sosyal Davranış Yeterliliği, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği ve İnsan İlişkileri* bağımsız değişkenlerinin anlamlı bir etki gösterdiği bulunmuştur. *İnsan İlişkileri* dışındaki bağımsız değişkenlerin bağlanım denkleminde katkısı anlamlıdır. *Sosyal Davranış Yeterliliği İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği, İletişime Teşvik Yeterliliği* boyutları Geri Bildirimi pozitif yönde değiştirmektedir. Bireylerin iletişim becerilerinin artması onların kendileri hakkında geri bildirim alıp vermelerini arttırabilir ve bu durumun Geri Bildirilerini arttırabileceği düşünülmektedir. Aspegren (1999)

literatürdeki birçok çalışmada Geri Bildirim üzerine etkiyi belirlemek amacıyla hekim-hasta görüşmesi yapıldığını ve bu görüşmeler yoluyla etkililiğin tespit edildiğini ifade etmiştir. Roter ve diğ. (2004) Geri Bildirim ile ilgili yapılan çalışmada klinik becerilerin gelişmesinin Geri Bildirimin gelişmesinde önemli olduğu bulunmuş ve bu konuda eğitim verilen bireylerde eğitim öncesi ve sonrası simülasyon uzunluğu, hastanın konuşması, hekimin konuşması önemli bulunmuştur. Fallowfield ve diğ.(2002) bireylere iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik eğitimlerin Geri Bildirime yönelik hekimlerin objektif performanslarını geliştirdiği ve olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmada yer alan Geri Bildirim ile Sosyal Davranış, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık Yeterliliği ve İnsan İlişkileri boyutlarındaki olumlu etki, Erözkan (2007)'ın çalışmasında da iletişim becerileri ile insan severlik, dengelilik, bağımsızlık, duyarlılık, dışadönüklük boyutları üzerinde bulunmuştur ve dışadönüklük, duyarlılık gibi beceriler bireylerin Geri Bildirimde bulunmalarını sağlayarak Geri Bildirimi arttırabilir. Yıldız ve Duy (2013)'ün çalışmasında da empati ve iletişim becerileri Geri Bildirim üzerine etkilidir. Erözkan (2013)'ün çalışmasında kişilerarası problem çözüme ve sosyal benlik iletişim becerilerini olumlu etkiler.

## YEDİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

İletişim, çoğu disiplin için önemli bir kavramdır. Geçmişten günümüze birçok disiplin tarafından ele alınmış, birçok akademik çalışmanın konusu olmuştur. İletişim ile ilgili seminerler, çalıştaylar, konferanslar, psiko-sosyal eğitimler ve raporlar düzenlenmiştir. İletişimin giderek artan bu önemi insan sağlığına yönelik hizmet veren sağlık kurumlarında ele alınması açısından önemlidir. Böylelikle iletişim olgusu sağlık kurumları ve sağlık sektöründe görev yapan bütün bireyler için giderek artan bir gereklilik haline gelmiştir. Sağlık kurumlarında çalışan bireylerin, gerekli iletişim becerilere sahip olması klinik ve kurumsal süreçler için gereken bir bilgidir ve sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin incelenmesine yönelik çeşitli çalışmalar (Çam ve diğ., 2007; Çetinkaya, 2011; Eriğüç ve diğ., 2013, Knapp, 2015, Larkin ve diğ., 2014) mevcuttur. Bu çalışmada iletişim becerileri kavramını, iletişimde kullanılan modellerden biri olan Johari Penceresi kavramının iki boyutu olan Kişisel Açılım ve Geri Bildirim kavramı ile birlikte ele alınması yönüyle önemlidir. Çünkü sağlık yöneticileri, hekimler ve hemşireler Kişisel Açılım yoluyla kendileri hakkında bir takım bilgileri verme ve Geri Bildirim yolu ile birlikte çalıştığı kişilerin kendisi hakkındaki görüş ve düşüncelerini öğrenme ve bütün bu bilgileri iletişim becerileri yoluyla kurumla ilgili süreçlerin işleyişinde kullanabilme imkânına sahiptir.

Bu çalışmada Kişisel Açılım ve Geri Bildirim kavramlarının hastanede çalışan hekim, hemşire ve yöneticilere uygulanması ve iletişim becerilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim üzerine etkisinin belirlenmesine ilişkin çalışmanın yapılması sağlık kurumları için önemlidir. Yapılan analizler neticesinde elde edilen sonuçlar aşağıda verilmektedir:

- ✓ Araştırmanın yapıldığı hastanelerde yönetici, hekim ve hemşirelerin boyutlara verdikleri cevaplarda Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları orta düzeyde ve birbirine yakın düzeydedir. İletişim becerilerinde ise en yüksek ortalama İletişimde Bireysel Yönler boyutudur, en düşük ortalama ise Dinleme Yeterliliği boyutudur. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ise orta düzeydedir.

- ✓ Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin iletişim becerileri puanları ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde bireylerin mesleği, yönetici olup olmaması ve yönetici olarak çalışma süresi ile ilişki olduğu, Johari Penceresindeki dört grup ile sosyo-demografik değişkenler arasında ilişki incelendiğinde ise demografik özelliklere göre ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- ✓ Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri arasında olumlu yönde pozitif bir ilişki olduğu, Kişisel Açılım ve Geri Bildirim; iletişim becerileri ile ise olumlu yönde fakat zayıf bir ilişki olduğu, iletişim becerilerinin kendi alt boyutları arasında da olumlu yönde pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- ✓ Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin Geri Bildirim düzeyleri yönetici olma durumuna göre farklılaştığı ve yönetici olanların Kişisel Açılım ve Geri Bildirimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- ✓ Yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri karşılaştırıldığında İletişimde Bireysel Yönlerinin yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği ve 35 yaş üzeri bireylerin iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur.
- ✓ Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin Sosyal Davranış Yeterliliği cinsiyete göre değişmiştir.
- ✓ Yönetici, hekim ve hemşirelerin Sosyal Davranış Yeterliliği, Empati Yeterliliği eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği ve sosyal davranış yönünden dört yıllık mezunların iletişim becerileri, empati yönünden ise lisansüstü eğitim alanların ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.
- ✓ Bireylerin iletişim becerileri puanları ise mesleklerine göre Sosyal Davranış, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık ve İletişime Teşvik Yeterliliğine göre değişmiştir. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri ortalama puanı yöneticilerden daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin İletişim Becerileri Sosyal Davranış, Duyarlılık, İletişime Teşvik ve İnsan İlişkilerine göre farklılaşmaktadır ve yönetici olanların iletişim becerileri olmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.



- ✓ Yönetici, hekim ve hemşirelerin İletişimde Bireysel Yönleri sağlık sektöründe çalışma süresine göre değişmektedir ve 20 yıl üzerinde çalışanların becerilerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- ✓ Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin çalıştıkları kurumda görev alma sürelerine göre ise İletişimde Bireysel Yönler ve Duyarlılık Yeterliliğine göre farklılaştığı ve 10 yılın üzerinde görev yapanların bu yeterliliklerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur.
- ✓ Yönetici, hekim ve hemşirelerin iletişim becerileri puanları ise medeni durumlarına, yöneticilerin yönetici olarak çalışma sürelerine ve çalıştıkları hastanelere göre farklılık göstermediği saptanmıştır.
- ✓ Araştırmaya katılan hekim, hemşire ve yöneticilerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim puanları ise bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve yönetici olarak çalışma süresi, kurumda çalışma süresi ve çalıştıkları hastanelere göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.
- ✓ Yönetici, hekim ve hemşirelerin Sosyal Davranış Yeterliliği, Uyum Yeterliliği ve İnsan İlişkileri boyutları birlikte alındığında Kişisel Açılım üzerine etki ettiği, Sosyal Davranış, İletişimde Bireysel Yönler, Duyarlılık, İletişime Teşvik ve İnsan İlişkileri boyutlarının ise Geri Bildirimi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları için aşağıda belirtilen çeşitli öneriler sunulabilir. Bu önerilere aşağıda yer verilmektedir:

- ✓ Bu çalışmada Johari Penceresi kavramı ele alınmış; hastane yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Johari Penceresi modelinde Açık Alanın geniş olması önemlidir ve iletişimi olumlu yönde etkilemektedir. Bu yüzden hastane yöneticilerine daha fazla Kişisel Açılımda bulunmaları ve daha fazla Geri Bildirim almaları önerilmektedir. Hastane yöneticilerinin kendileri hakkında Geri Bildirim almaları durumunda, farkında olmadığı bir takım özelliklerinin keşfedilmesine neden olarak Kör Alanlarını daralmasını sağlayabileceği düşünülmektedir. Yöneticilerin Kör Alanlarının daralması, Açık Alanlarının genişleyebilmesini sağlayabilir. Açık Alanlarının genişlemesi daha fazla iletişimlerinin artmasını sağlayabileceği ifade edilebilir. Hastane yöneticilerinin Kişisel Açılımda bulunarak başkalarına

kendilerini açtıkları sürece Saklı Alanları azalabileceği düşünülmektedir. Saklı Alandaki daralma Açık Alanın artmasına neden olarak Bilinmeyen Alanların küçülmesine neden olabilecektir. Yöneticilerin Açık Alanlarının geniş olması yönetim bazlı olarak Empati, İletişime Teşvik, Duyarlılık vb. yeterliliklerini geliştirerek iş süreçlerini geliştirme, yönetim deneyimi sağlama, personel seçme, etkili yönetim, problem çözme, kişilerarası uyum, ekip çalışması, birlikte çalıştığı personelin duygu, düşünce ve bilgisini anlama gibi birçok durumda gelişmesine olanak sağlayabilmektedir.

- ✓ Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Bu yüzden hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerinin artırılmasına yönelik farkındalık oluşturulması önerilebilmektedir. Çünkü hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirimi etkili bir şekilde kullanmaları motivasyonun artmasına yardım etmektedir ve hasta problemlerini anlama noktasında fayda sağlayarak kaliteli bir sağlık bakım hizmeti oluşmasını sağlayabilir.
- ✓ Bu araştırmada, hekimlerin Sosyal Davranış, İletişimde Bireysel Yönler, Empati, Duyarlılık, İletişime Teşvik ve İnsan İlişkileri becerileri yöneticilere ve hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedenlerinden birisi hekimlerin hasta bakım süreçleri ve tıbbi uygulamalar ile ilgili kısıtlı vaktinin olması onların iletişim becerilerine daha az önem vermelerine neden olabilmektedir. Halbuki tıbbi bakım süreçlerinde hastaların ana problemini anlama ve birlikte çalıştığı insanlarla sosyal etkileşimde bulunması hastaların endişelerinin azaltabilmekte ve karar verme süreçlerini hızlandırabilmektedir. Hekimlerin Sosyal Davranış, İletişimde Bireysel Yönler, Empati, Duyarlılık, İletişime Teşvik ve İnsan İlişkileri becerileri çalıştığı ekibinden olumlu tavsiyeler almasına neden olabilir. Bu yüzden hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, yoğunluklarının azaltılması, hastanelerde gerekli hekim ihtiyacının karşılanması ile hekimlerin çalışma saatlerinin hafifletilmesine yönelik önlemler, yöneticiler tarafından ele alınabilir. Bu öneriler hekimlerin iletişim becerilerine daha fazla özen göstermesini sağlayabilir.
- ✓ Bu çalışmada yöneticilerin Dinleme Becerileri hekim ve hemşirelerden daha düşük olduğu görülmüştür. Sağlık yöneticilerinin kurumsal süreçlerde dinleme

becerisini etkili kullanabilmesi, diğer insanların kendilerine fikirlerini açık bir şekilde dile getirmelerine ve problem çözme becerisine fayda sağlayacaktır. Bu noktada yöneticilerin daha etkili hizmet sağlanması için bu beceriye daha fazla önem vermeleri ve dinleme becerinin kazanılması için çalışmaları önerilebilir.

- ✓ Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin Uyum Becerileri, hekimler ve yöneticilere göre daha düşük bulunmuştur. Hemşirelerin Uyum Becerinin düşük olması, iş yüklerinin fazla olması nedeniyle olabilir. Bu durum birlikte çalıştıkları kişilere duygularını net bir şekilde ifade edememelerine, hastaya ulaşamamalarına ve güven eksikliği duymalarına neden olabilir. Bu yüzden tıbbi bakım süreçlerinde hemşirelere iş birliği ve güven kazandırılması, birlikte çalıştığı ekibi ile etkileşimde bulunmalarına yönelik hemşirelerin desteklenmesi, bu konuda onlara rehberlik yönünden eğitimler verilmesi sağlık kurumları yöneticileri için önerilebilir. Lisansüstü eğitimlere hemşireler yönlendirilebilir. Eğitim seviyesi arttıkça iletişim becerilerine ilişkin Uyum, Empati ve Duyarlılık gibi becerileri artabilecektir.
- ✓ İletişim becerilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeyleri üzerine etkisi ve bu etkinin kişilerarası ilişkileri olumlu yönden etkilemesi düşünüldüğünde, sağlık yöneticilerinin çalışanlar arasında etkileşimlerin arttırılmasına yönelik önlemler alması önerilmektedir. Bu anlamda yönetici pozisyonundaki kişilerin astlarının duygu, düşünce ve ihtiyaçlarına duyarlı, kaliteli ilişkiler göstermeye özen gösteren (teşvik eden) uyumlu ilişkiler benimsemeleri gerekmekte ve iletişim becerilerinin gelişimine ilişkin uygulamalar, ekip çalışmaları, eğitimlerle bireyleri desteklemeleri önerilmektedir. Hastane yöneticileri, hekim ve hemşirelerin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim düzeylerinin arttırılmasına yönelik tedbirler alınması önerilmekte ve yöneticilerin kurum içi süreçlerde insan ilişkilerinin geliştirmelerine yönelik işbirlikleri sağlamaları önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- Adler, R., Towne, N. (1978). *Looking Out Looking In*. New York: Cengage Learning.
- Aguinis, H., Henle, C.A. (2001). Effects of Nonverbal Behavior on Perceptions of a Female Employee's Power Bases. *The Journal of Psychology*, 141(4), 537-549.
- Ağırbaş, İ., Çelik, Y., Büyükkayıkçı, H. (2005). Motivasyon Araçları ve İş Tatmini: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Hastane Başhekim Yardımcıları Üzerine Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 326-350.
- Akgöz, E., Sezgin, M. (2009). *Genel İletişim*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akpınar, R.B., Uzun, Ö. (2006). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Duygusal Yüz İfadelerini Tanıma Becerilerini Geliştirmeye Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 73-80.
- Akyurt., N. (2009). Sağlıkta İletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 15-33.
- Alpar, R. (2012). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik- Güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık
- Argyris, C. (1962). *Interpersonal Competence and Organizational Effectiveness*. London: Tavistock Publications.
- Arnold, E.C., Boggs, K.U. (2011). *International Relations: Professional Communication Skills for Nurses*. St.Louis:Souders.
- Aslan, Ş., Özata, M. (2008). Duygusal Zekâ ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin Araştırılması: Sağlık Çalışanları Örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30, 77-97.

- Aspegren, K. (1999). Beme Guide No 2: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine-A Review with Quality Grading of Articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563-670.
- Aşık, E. (1992). *Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma Davranışını Etkileyen Bazı Etmenler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Avşar, G., Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde Hasta Eğiliminin Durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 67-73.
- Bademci, V. (2006). Güvenirliği Doğru Anlamak ve Bazı Klişeleri Yıkarak: Bilinenlerin Aksine, Cronbach'ın Alfa Katsayısı, Negatif ve -1'den Küçük Olabilir. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 7(12). 3-26.
- Ball, J., Byrnes, F. (1960). *Research, Principles and Practices in Visual Communication*. USA: Information Age Publishing.
- Barker, A. (2010). *Improve Your Communication Skills*. USA: Kogan Page Publishers.
- Battell, C. (2006). *Effective Listening*. USA: American Society for Training and Development.
- Bayar, F. (2008). Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye. *Uluslararası Ekonomik Sorunlar Dergisi*, 32, 25-34.
- Becerikli, S. (2013). Sağlık İletişimi Literatürüne Eleştirel Bir Bakış: Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri Üzerine Bibliyometrik Bir Analiz. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(2), 25-36.
- Beebe, S.A., Beebe, S.J., Ivy, D.K. (2015). *Communication Principles for a Life*. Pearson Education.
- Bekcan, S., (2015). *İletişim Becerileri, Motivasyon ve Sağlık Çalışanları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Belet, Ş. D., Yaşar, Ş. (2007). Öğrenme Stratejilerinin Okuduğunu Anlama ve Yazma Becerileri İlişkin Tutumlarına Etkisi. *Journal of Theory and Practice in Education, 3 (1)*, 69-86.
- Ben-Nun, L. (2015). *Verbal Communication Skills*. Israil: B.N. Publishers House.
- Bingöl, G., Demir, A. (2011). Amasya Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri. *Göztepe Tıp Dergisi, 26(4)*, 152-159.
- Booth, K., Maguire, P., Hillier, V.F. (1999). Measurement of Communication Skills in Cancercare: Mythorreality. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 1073-1079.
- Boyd, M. A. (2005). *Phychiatric Nursing: Ontemporary Practice*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bulduk, S., Çetin, H., Usta, E. (2015). Birey Merkezli Yaklaşım Yaşlıların Acil Bakımında Olası mıdır?. *G.O. P. Taksim E. A. H.Jaren, 1(1)*, 45-50.
- Bulut, B., M. (2004). İlköğretim Sınıf Öğretmenlerinin İletişim Becerilerine İlişkin Algılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 2(4)*, 443-452.
- Burnard, P. (1992). *Effective Communication Skills for Health Professionals*. Hong Kong: Chapman & Hall.
- Butterfield, J. (2013). *Verbal Communication: Illustrated Course Guides*. Cengage Learning.
- Can, H. (2011). *Organizasyon ve Yönetim*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Caple, C. (2012). *Conversation Skills Judgement, Method and Making*. New York: Routledge.

- Cevahir, R., Çınar, N., Sözeri, C., Şahin, S., Kuğulu, S. (2008). Ebelik Öğrencilerinin Devam Ettikleri Sınıflara Göre Empatik Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 3-15.
- Chomsky, N. (1965). *Aspect of Theory of Syntax*, Cambridge M.A: Mıt Press.
- Clements, A., Curtis, L.H., Shaban, R.Z. (2015). Nurse Team Leader on Communication and Leadership in Major Trauma Resuscitations. *International Emergency Nursing*. 23. 3-7.
- CTI Reviews (2016). *Communication Disorders in Multicultural and International Populations*. Cram 101 Test Book Reviews.
- Çam, O., Pektaş, İ., Bilge, A. (2007). Ebe/Hemşirelere Verilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yaklaşımlarına İletişim Becerilerine ve İş Doyumlarına Etkilerinin Araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 7-15.
- Çetin, F., Basım, H. N. (2012). Örgütsel Psikolojik Sermaye: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması. *Amme İdaresi Dergisi*. 45(1). 121-137.
- Çetinkaya, Z. (2011). Türkçe Öğretmen Adaylarının İletişim Becerilerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Kastamonu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 19 (2), 567-576.
- Çırpı, F., Doğan, M. Y. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.
- Çiftçioğlu, B. A., Ordun, G. (2010). Hastaların Hekimlerin Kendileri İle Kurdukları İletişiminden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Öneri*, 9(34).109-118.

- Danacı, B. (2010). *Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Davidson, A.H. (2001). On Writing, Technical Communication and Information Technology: The Core Competencies of Technical Communication. *Technical Communication*, 48(2), 145-155.
- Demirel, E. T., Tikici, M. (2004). Kültürün Girişimciliğe Etkileri. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları*, 49-58.
- Deniz, İ. (2003). *İletişim Becerileri Eğitiminin İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin İletişim Becerisi Düzeylerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- DePaulo, B.M. (1992). Nonverbal Behavior and Self-Presentation, *Psychological Bulletin*, 111(2). 203-243.
- Dizmen, F. (2006). *Farklı Okul Programlarındaki Lise Öğrencilerinin Kendini Açma Davranışlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Doğan, Y. (2009). Konuşma Becerisinin Geliştirilmesine Yönelik Etkinlik Önerileri. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(1),185-204.
- Dökmen, Ü. (1989). *İletişim Çalışmaları ve Empati (20. Baskı)*. Sistem Yayıncılık.
- DSÖ.(2000). *Health Systems: Improving Performance*. (2000/12934). France:Word Health Organization 2000.
- Ekman, P., Friesen, W.V. (2009). The Repertoire of Nonverbal Behavior: Categories, *Semiotica*, 1(1), 49–98.
- Erdoğan, İ. (2011). *İletişimi Anlamak*. Ankara: Pozitif Matbaacılık.



- Erigüç, E., Eriş, H. (2013). Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri: Harran Üniversitesi Örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.*, 12(46), 232:254.
- Erigüç, G., Şener, T., Eriş., H. (2013). İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi: Bir Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 16 (1). 45-64.
- Erkuş, A., Günlü, E. (2009). İletişim Tarzının ve Sözsüz İletişim Düzeyinin Çalışanların İş Performansına Etkisi: Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, 20 (1), 7-24.
- Erözkan, A. (2013). The Effect of Communication Skills and Interpersonal Problem Solving Skills on Social Self-Efficacy. *Educational Sciences: Teory&Practice*, 13(2),739-745.
- Esposito, A. (2007). *Fundamentals of Verbal and Nonverbal Communication the Biometric Issue*. UK:IOS Press
- Eunson, B., (2012). *Communication in the 21 st Century*. Austuralia: JohnWiley&Sons.
- Fallowfield, L ve Jenkins, V. (1999). Effective Communication Skills are the Key to Good Cancer Care. *European Journal of Cancer*, 35 (11), 1592-1597.
- Fieding, M. (2006). *Effective Communication in Organisations*. South Africa: Juta and Company Ltd.
- Gaskar, S., Ergin, A. (2011). *Sağlık Hizmetlerinde İletişim*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Gaskar, S., Özyazıcıoğlu, N. (2014). Anadolu Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin İletişim Becerileri, *The Journal of Current Pediatrics Güncel Pediatri*, 12(1), 20-25.

- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C., Bayer, E. (2006). Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 129-144.
- Gordon, T., Edwards, W.S. (1997). *Making the Patient Your Partner: Communication Skills for Doctors and Other Caregivers*. London: Aburn House.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2), 53-59.
- Gönenç, E.Ö. (2007). İletişimin Tarihsel Süreci. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Dergisi*, 28, 86-102.
- Gray, C., Moffett, J. (2013). *Handbook of Veterinary Communication Skills*. USA: John Wiley & Sons.
- Griffin, E., Ledbetter, A., Sparks, G. (2014). *A First Look at Communication Theory*. San Diego: McGraw-Hill Education.
- Güneşen, N.P., Üstün B. (2010). Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *Deuhyo Education*, 3(1), 40-51.
- Gürgen, H., Kirel, Ç., Uztuğ, F., Orhon, N. (2003). *Halkla İlişkiler ve İletişim*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Halpern, J. (2003). What is Clinical Empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 670-674.
- Han, F. (2013). *İlköğretim Okullarının Stratejik Planlarında Belirttikleri Zayıf Yönleri ve Bunların Giderilmesine İlişkin Yönetici ve Öğretmen Görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Hargie, O. (2004). *The Handbook of Communication Skills*. New York: Routledge.

- Harrington, N.C. (2014). *Health Communication: Theory, Method, and Application*. New York: Routledge
- Hearly, K., Mulholland, J. (2012). *Writing Skills for Social Workers*. UK: Sage Publications Ltd.
- Hofman, M.L. (2000). *Empathy and Moral Development Implications for Caring and Justice*. New York: Cambridge University Press.
- Horine, L. (1990). The Johari Window, Solving Sport Manager Communication Problems. *Journal of Physical Education*, 61(6), 49-51.
- Hornik, R (2002). *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hymes, D. (1972). *On Communicative Competence*. In: J.B. Pride and J. Holmes, *Sociolinguistics*. Harmondsworth: Penguin.
- International Organization for Migration. (2009). *Introduction to Basic Counselling and Communication Skills: Training Manual for Migrant Community Leaders and Community Workers*. Switzerland: IOM International Organization for Migration Juta and Company Ltd.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., Zalaquett, C.P. (2009). *International Interviewing & Counselling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. USA: Cengage Learning.
- Kahyaoğlu, S., Demir, N.G., Özer, B. (2015). Klinik Uygulamaya Çıkan Öğrenci Hemşirelerin İletişim Becerileri ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 167-177.
- Karadağ, Ö., (2013). *Kelime öğretimi*. İstanbul: Kriter Yayınları.
- Karayurt, Ö., Coşkun, A., Cerit, K. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine İnançları ve Uygulama Durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 15-20.

- Keller, E. B. (1982). Johari's Window as a Framework for Need Assessment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*,13(3), 28-31.
- Kesgin, C., Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın Tanımı; Başa ıkma. *Journal of İstanbul Kùltür Üniversitesini*, 3, 47-49.
- Kıdak, L., Akasyalı, M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri. *Sosyal Bilimler*,7(1), 75-94.
- Kılıç, E.D., Önen, Ö. (2011). Öğrenen Örgütlerde Johari Penceresi Burdur Örneklemini. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(5),1-13.
- Kılıç, L., Bayram, N., Altunay, A., Cangöz, İ., Uztuğ, F., Gökalp, E. (2002). *Toplum ve İletişim*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Knapp, H.(2015). *Therapeutic Communication: Developing Professional Skills*. Los Angeles: Sage Publication.
- Koçel, T. (2010). *İşletme Yöneticiliği (16. Baskı)*. İstanbul: Arıkan Yayınevi.
- Korkut, F. (1996). İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenilirlik ve Geçerlilik alışmaları. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(7),18-23.
- Korkut, F.(2005). Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakùltesi Dergisi*, 28, 143-149.
- Kovačić, B. (1997). *Emerging Theories of Human Communication*. New York: Suny Press.
- Kroon, J. (1990). *General Management 2.nd Edition*. Pearson South Africa: Kasio Tertiary.
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Bensing, J., (2001). Nurse-Patient Communication in Cancercare. *CancerNursing*, 23(1), 20-31.

- Krüger, J. (2008). *Nonverbal Communication*. Germany: Grin Verlag.
- Kumcağız, H., Yılmaz, M., Balı, S.Ç., Avcı, İ. (2011). Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. *Dilce Tıp Dergisi*, 38 (1), 49-56.
- Kuzu, A., Eker, F. (2010). The Evaluation of Emotional Intelligence and Communication Skills of Nursing Students and the Other University Students in Comparativ Eway. *Journal of Search Development in Nursing Hemar-G*, 3, 14-29.
- Küçük, O., Çubukçu, M.İ, Sancar, C., Korucuk, S. (2016). *İletişim Genel/Teknik İletişim-Pazarlama İletişimi- Reklamcılık*. Bursa: Ekin Yayıncılık.
- Lamothea, M., Rondeaua, E., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., Sultana, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-Based Interventions in Health Care Providers: A Systematic Review with a Focus on Empathy and Emotional Competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28.
- Larkin., C., Valand, R., Syrysko, P., Harris, R., Shaw, D., Brown, M., Pinchin, J., Benning, K., Sharples, S., Blakey, J. (2014). *A Task Simulation to Improve on-Call Prioritisation, Self Management Communication and Route Planning Skills*. 2014 International Conference on Interactive Technologies and Games, UK.
- Levati, S. (2014). Professional Conduct Among Registered Nurses in the Use of Online Social Net Working Sites. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2284-2292.
- Levent, B. (2011). *Sınıf Öğretmenlerinin Kişilik Özelliklerinin İletişim Becerilerine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Locker, K.O. (2003). *Business and Administrative Communication*. ABD: Mc Graw Hill.

- Luft, J. (1955). *The Johari Window A Graphic Model of Awareness in Interpersonal Relations*. Los Angeles: University of California.
- Luft, J. (1963). *Group Processes: An Introduction to Johari Dynamics*. Palo Alto California: National Press.
- Luft, J. (1982). *The Johari Window: A Graphic Model of Awareness in Interpersonal Relations*. NTL Reading Book for Human Relations Training.
- Lunenburg, F.C. (2010). Communication: The Process, Barriers and Improving Effectiveness. *Schooling, 1 (1)*, 1-11.
- Maguire, P., Pitceathly, C. (2002). Key Communication Skills and How to Acquire Them. *British Medical Journal. 325 (28)*. 697-699.
- Malhan, S., Ersoy, K.(2001). Hemşirelikte İletişime Yönelik Bir Araştırma: Johari Penceresi.  
[http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik\\_metinler/goto.aspx?id=3668,....20111](http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/goto.aspx?id=3668,....20111)
- Mark. H. D. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113-126.
- Mckay, M., Martha, D., Patrick, F. Çev. Gelbal, Ö., Köroğlu, E. (2012). *İletişim Becerileri*. Ankara: Hyb Yayıncılık.
- Mısırlı, İ. (2013). *Genel ve Teknik İletişim Kavramlar. İlkeler. Uygulamalar*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Montalvo, L.N., Wardell D.W., Engebretson, J., Reininger, B.M.(2009) Factors Influencing Disclosure of Abuse By Women of Mexican Descent. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 359–367.

- Moran, R.T., Abramson, N.R., Moran, S.V. (2014). *Managing Cultural Differences*. New York: Routledge.
- Moran, T. P. (2010). *Introduction to the History of Communication: Evolutions & Revolution*. Peter Long Publishing: New York.
- Morrell, M. E. (2010). *Empathy and Democracy: Feeling, Thinking and Deliberation*. USA: Penn State Press.
- Münir, F., Leka, S., Griffiths, A. (2005). Dealing With Self-Management Chronicillness at Work: Predictorsfor Self-Disclosure. *Social Science and Medicine*, 60, 1397-1407.
- Nazik, M.H., Bayazıt, A. (2005). *İnsan İlişkileri ve İletişim*. Ankara: Ya-Pa Yayın.
- Nemeth, C.P., (2008). *Improving Healthcare Team Communication Building on Lessons Aviation and Aerospace*. USA: Ashgate Publishing.
- Nielsen, J. (2008). *Effective Communication Skills*. Xlibris Corporation.
- Okay, A. (2009). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: MediaCat.
- Otong., D.A., (2007). *Nurse-Client Communication a Life Span Approach*. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Özkurt, S. (2010). *Terapötik İletişim Becerileri Kazandırma Eğitiminin Kamu Çalışanlarının İletişim Çatışmalarına Girme Eğilimlerine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Pala, A. (2008). Öğretmen Adaylarının Empati Kurma Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23 (1), 23-23.
- Parrott, R.(2004). Emphasizing Communication in Health Communication, *Journal of Communication*, 54 (4), 751-787.

- Patrick, D.L., Bush, J.W., Milton, M.C.(1973). Toward and Operation Definition of Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 14 (1), 6-23.
- Peters, J.D. (2012). *Speaking into the Air: A History of The Idea of Communication*. USA: University of Chicago Press.
- Publishing, F.(2009). *Communication Skills*. Infobase Publishing: New York.
- Rayner, G., Lang, T. (2012). *Ecological Public Health: Reshaping the Conditions for Good Health*. New York: Routledge.
- Razavi, D., Delvaux, N. (1997).Communication Skills And Psychological Training in Oncology. *European Journal of Cancer*. 33:15-21.
- Razı, G., Kuzu, A., Yıldız, A.N., Ocakçı, F.A., Arifoğlu, Ç.B. (2009). Çalışan Gençlerde Benlik Saygısı, İletişim Becerileri ve Stresle Başetme. *TAF Prev. Med. Bull*, 8(1), 17-26.
- Reid, W. H., Silver, S. B. (2013). *Handbook of Mental Health Administration and Management*. USA: Routledge.
- Richards, J.C., Schimidt, R.W. (2014). *Language and Communication*. USA: Routledge.
- Rickheit, G., Strohner, H. (2008). *Handbook of Communication Competence*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Riley, B.J. (2012). *Communication in Nursing*. Elsevier: America.
- Robinson, J., Elkan, R. (1996). *Health Needs Assessment: Teory and Practice*. Churchill Livingstone.
- Roter, D.L., Larson, S., Shinitzky, H., Chernoff, R., Serwint, R.J., Adamo, G., Wissow, L. (2004).Use of an İnnovative Video Feedback Tecnique to Enhance Communication Skills Training. *Medical Education*, 38,145-157.



- Rousengren, E., K., (2006). *Communication: A Introduction*. Sage Publication Ltd.
- Royal College of Phsicians. (1997). *Improving Commuication Between Doctors and Patients: A Report of a Working Party*. Royal Collage of Physicians Mart.
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2009). *Sağlık Bakanlığı Yataklı Tesis Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler* (Rapor No: 46143). Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Saiki, L.S., Lobo, M.L. (2011). Disclosure: A Conceptanalysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (12), 2713-2722.
- Samovar, L., Porter, R., Mc Daniel, (2009), *Communication and Culture, USA:* Cengage Learning.
- Saraç, C. (2006). Sözlü İletişim Becerileri Açısından Türk Dili ve Edebiyatı Eğitimi. *Milli Eğitim ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 169,106-118.
- Scherer, K.R. (1986).Vocal Affect Expression: A Reviewand a Model for Future Research. *Psychological Bulletin*, 9(2),143–165.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication from Theory to Practice*. San Francisco : A Wiley Imprint.
- Schmitz, A (2012). *A Primer on Communication Studies*. Creative Commons.
- Schuller, B., Steidl, S., Batliner, A. (2009). *The Interspeech Emotion Challenge*. in: *Proceedings Interspeech 2009*. 10 The Annual Conference of the International Speech Communication Association, Brighton UK.
- Selçuk, Z. (1989). *Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma Davranışları*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

- Servellen, G.V. (2009). *Communication Skills for Healthcare Professional*. US: Barlett Publishers.
- Sheldon, L.K. (2009). *Communication for Nurses: Talking with Patients*. London: Jones & Barlett Publishers.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1), 51-62.
- South, B. (2007). Combining Mandala and Johari Window: An Exercise in Self-Awareness. *Teaching and Learning in Nursing*, 2, 8-11.
- Spitzberg, B. H., Cupach, W.R. (1984). *International Communication Competence*. Sage Publication.
- Şahin Y. (1997). *Grupla İletişim Becerileri Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerileri Düzeylerine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Şahin, A.(2007). Türk Kamu Yönetiminde Yönetişel İletişim ve Bu Konuda Düzenlenen Bir Anket Çalışmasının Sonuçları. *Maliye Dergisi*, 152, 81-102.
- Şimşek, Ö.( 2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Ekinoks Yayınları.
- Tabak, R.S. (1999). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Tamparo, C.D., Lindh, W.Q. (2012). *Therapeutic Communications for Health Care*. Cengage Learning: UK.
- Tan, F. Ç. (2014). Tennessee Williams' in Kadın Karakterlerinde Sosyal Maske/Persona. *Journal of Human Sciences*. 11,1, 767-777.
- Tanrıverdi, G., Bedir, E., Seviğ, Ü. (2007). The Effect of Gender On Health Related Attitudes and Behaviors. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(6), 435-440

- Taşçı, D., Eroğlu, E. (2008). Kurumsal İletişim Kalitesinin Oluşmasında Yöneticilerin Geri Bildirim Verme Becerilerinin Etkisi. *Selçuk İletişim*, 5(2), 26-34.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Topluer, A. (2008). *İlköğretim Okulu Yöneticilerinin İletişim Yeterlilikleri ile Örgütsel Çatışma Düzeyi Arasındaki İlişki "Malatya İli Örneği"*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Tubbs, L.S., Carter, R. M. (1978). *Shared Experiences and in Human Communication*. New Jersey: Hayden Book Company. Inc Rochelle Park.
- Tutar, H., Yılmaz, M., K. (2013). *İletişim Geleneksel ve Örgütsel Boyutuyla*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tutuk, A., Al, D., Doğan, S. (2002). Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 36-41.
- Türk Dil Kurumu, İktisat Terimleri Sözlüğü.
- Uludağ, A. (2011). *Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü: Konya.
- Ulukan, H. (2012). *İletişim Becerilerinin Takım ve Bireysel Sporculara Olan Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman.
- Uysal, G. (2003). Rol Farklılaşmasının İletişime Etkisi ve Johari Penceresi. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4 (1), 137-148.

- Ünal, S., Öz, F.(2008). Onkoloji Hemşirelerinin Hastalar ile İlişkilerini Geliştirmek için İletişim Becerileri Eğitim Programı: Bir Gözlem Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,15(2), 52-67.
- Üstün, B., Akgün, E., Partlak, N. (2005). *Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi*. Okullar Yayınevi.
- Videbeck, S. L. (2010). *Psyciatric-Mental Health Nursing*. Lippincott. US: Williams & Wilkins.
- Villadangos, M., Errasti, J., Amigo, I., Jolliffe, D., Cueto, E.G. (2016). Characteristics of Empathy in Young People Measured by the Spanish Validation of the Basic Empathy Scale. *Psicothema*, 28(3), 323-329.
- Wachtel, P.L. (2011). *Therapeutic Communication : Knowing What to Say When*. New York: Guilford Press.
- West, L., Turner, L.H. (2009). *Understanding Interpersonal Communication Making Choices In Changing Times*. UK: Cengage Learning.
- Wiemann, J.M. (1977). Explication and Test of a Model of Communicative Competence. *Human Communication Research*, 3(3), 195-213.
- Wilkinson, S., (1991). Factors Which Influence How Nurses Communicate with Cancer Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 677-688.
- Williams, D. (1997). *Communication Skills in Practice a Practical Guide for Health Professionals*. UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Wood, J.T. (2014). *Interpersonal Communication: Everyday Encounters*. USA: Cengage Learning.
- Wright, B.K, Sparks, L, O’Hair, D.H. (2013) *Health Communicatio in the 21st Century*. UK.

- Xie, W.,Kang, C. (2015). See You, See Me: Teenagers' Self-Disclosure and Regret of  
Positing on Social Network Site. *Computers in Human Behavior*, 52,598-402.
- Yeşil, A., Aker, T.A., Sezgin, U (2009). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalara Bakım  
Veren Ekipte Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler  
Dergisi*, (1) 4, 9-17.
- Yıldız, F. (2013). *Yöneticilerin Algılanan Sahte ve Gerçek Dönüşümcü Liderlik  
Davranışlarını Ayırt Etmede Makyavelizm ile Kişisel Açılım ve Geri Bildirimin  
Etkileri*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yıldız, M. A., Duy, B. (2013). Kişilerarası İletişim Becerileri Psiko-Eğitim  
Programlarının Görme Engellilerin Empatik Eğilim ve İletişim Becerilerine  
Etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13 (3), 1461-1476.
- Yılmaz, E., (2008). Les Situations de l' Interculturalité et de l' Intercommunication ont-  
elles des Effets sur Lespratiques de Communication en Milieuhospitalier?.  
*Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Hakemli Akademik Yayını*, (9), 181-  
202.
- Zıllıoğlu, M.(2007). *İletişim Nedir?* İstanbul: Cem Yayınevi.

## EKLER

### EK 1. ANKET FORMU

Sayın Katılımcı

Bu anket formu “*İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım Ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma*” adlı yüksek lisans tez çalışması için hazırlanmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Ankete vereceğiniz bilgiler tarafımızca saklı tutulacaktır ve hiçbir kurum veya kuruluşla herhangi bir amaçla paylaşılmayacaktır, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Tezimize ayırdığınız zaman ve verdiğiniz emek için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla,

*Araştırma Görevlisi Gülsüm Şeyma KOCA*

*Hacettepe Üniversitesi*

*Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı*

*Sağlık Kurumları Yönetimi Programı*

*e-mail:g.seymakoca@hacettepe.edu.tr*

### BÖLÜM I- KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız: ( )

2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Medeni Durumunuz: Evli ( ) Bekâr ( )

4. Eğitim Durumunuz:

a-Lise ( )

e- Tıpta Uzmanlık ( )

b-Önlisans ( )

f-Yüksek Lisans ( )

c-Dört Yıllık Fakülte ( )

g-Doktora ( )

d-Altı Yıllık Fakülte ( )

h-Diğer (Belirtiniz) (.....)

5. Mesleğiniz

a-Hekim ( )

b-Hemşire ( )

c- Yönetici ( )

6. Yönetici misiniz?

a-Evet ( ) ise *lütfen belirtiniz*.....) b-Hayır ( )

7. Bu pozisyonda yönetici, olarak çalışma süreniz, *lütfen belirtiniz* (Yıl/Ay) ( )

8. Sağlık sektöründe toplam çalışma süreniz, *lütfen belirtini* (Yıl/Ay) ( )

9. Bu kurumda çalışma süreniz, *lütfen belirtiniz* (Yıl/Ay) ( )

## BÖLÜM II: KİŞİSEL AÇILIM ENVANTERİ

Bir sonraki sayfada, diğer insanlarla olan iletişiminizi belirlemek amacıyla bir test hazırlanmıştır. Sorularda size bir durum verilmiş ve bu durum karşısında A ve B şıklarıyla gösterebileceğiniz iki tepki verilmiştir. A ve B şıklarının her birine; iki şıkkın toplamı 5 olacak şekilde dağıtabileceğiniz puanlar olacaktır, hangisinin tarif edilen durumda sizin vereceğiniz en gerçek tepki olduğunu belirtmelisiniz. **Lütfen anlatılan durumda nasıl davranacağınıza göre cevaplayınız, nasıl davranmanız gerektiğini düşündüğünüze göre değil.** Verilen her örnekteki iki seçenek arasında dağıtabileceğiniz 5 puanınız bulunmaktadır. Bu puanları aşağıdaki durumlardan herhangi birindeki gibi dağıtabilirsiniz:

**I.** Eğer A seçeneği tamamen sizin karakterinizi yansıtıyorsa ve B hiç yansıtıyorsa, A seçeneğini "5" olarak ve B seçeneğini ise "0" olarak işaretleyiniz.

A	5	4	3	2	1	0
B	0	1	2	3	4	5

**II.** Eğer A seçeneği sizin karakterinizi oldukça yansıtıyor ancak B ise çok az ihtimalle de olsa vereceğiniz bir tepki ise A seçeneğini "4" olarak ve B' seçeneğini ise "1" olarak işaretleyiniz.

A	5	4	3	2	1	0
B	0	1	2	3	4	5

**III.** Eğer A seçeneğindeki tepkiyi vermeniz B' deki tepkiyi vermenizden biraz daha fazla bir ihtimal taşıyorsa, A seçeneğini "3" olarak ve B' seçeneğini ise "2" olarak işaretleyiniz.

A	5	4	3	2	1	0
B	0	1	2	3	4	5

**IV.** B seçeneğine daha yakın olduğunuz durumlarda ise **I, II ve III'** de belirtilen puan dağılımlarını tersi şekilde veriniz. Yani, B'nin 5 iken A'nın 0, B'nin 4 iken A'nın 1, B'nin 3 iken A'nın 2 olduğu cevapları veriniz.

**NOT:** A ve B seçeneğinden her ikisi de tercihiniz olabilir ya da hiç birisini tercih etmediğiniz durumlar olabilir. Ancak yine de, 5 puanı sizce en uygun şekilde bu iki seçenek arasında dağıtmanız gerekmektedir.

**1. Eğer birlikte çalıştığım ekibimden birisi, ekip için önemi olan bir işi bitirmek için ortak bir şekilde çalışması gereken bir diğer ekip üyesiyle "kişilik çatışması" yaşarsa:**

**A.** Bu kişiye çatışmadan kısmen kendisinin sorumlu olduğunu söylerim ve karşı tarafın bu durumdan ne şekilde etkilendiğini anlatmaya çalışırım.

**B.** Araya girersem ikisiyle de aram bozulur diye endişelenirim ve hiç karışmam.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**2. Eğer en iyi arkadaşım ile olan ilişkim, ikimiz için de önemli olan bir konu hakkında sürekli yaptığımız tartışmalarla yıpranmışsa:**

**A.** Lafın tekrar o konuya gelip de arkadaşlığımıza daha fazla zarar gelmemesi için konuşmama dikkat ederim.

**B.** Aramızdaki anlaşmazlığın arkadaşlığımıza olan etkisine dikkat çekerim ve tartışıp konuşarak konuyu çözmeye çalışmamızı öneririm.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**3. Yakın bir arkadaşım, başka bir arkadaşına karşı takındığı sert tavrı ve bu kişinin insanlara nasıl haksızlık ettiğini bana anlatıyor. Aslında ben de tüm kalbimle bu yakın arkadaşına hak veriyorum. Böyle bir durumda:**

**A.** Bu yakın arkadaşımı dinlerim fakat bu konuyla ilgili kendi olumsuz görüş ve düşüncelerimi dile getirmem çünkü ona söylediklerimi bir başka ortamda konuşursa başım derde girebilir.

**B.** Dinlerim ve kendi fikrimi de beyan ederim ki bu konudaki duruşumu kesin olarak bilsin.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**4. Birlikte çalışmak zorunda olduğum birisi, onunla birlikte verimli bir şekilde çalışmamı engelleyecek kadar bana karıştığından dolayı ondan hoşlanmamaya başlarsam:**

**A.** Ona bu konu hakkında hiçbir şey söylemezdim ve ilişkimizi kesinlikle iş konularıyla sınırlı tutardım.

**B.** Birlikte daha verimli çalışmak için ona gerçek duygu ve düşüncelerimi açıklarım.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5



**5. Eğer bir arkadaşımla hiddetli bir tartışmaya girmişsem ve o günden itibaren onun benim yanımdayken huzursuz olmaya başladığını fark etmişsem:**

**A.** O konuyu daha fazla uzatmam ve durumu daha da kötüleştirmemek için arkadaşımın davranışı (huzursuz olması) hakkında yorum yapmam.

**B.** Arkadaşım, davranışı (huzursuz olması) hakkında konuşurum ve tartışmamızın arkadaşlığımızı nasıl etkilediğini ona sorarım.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**6. Eğer bir arkadaşım bana, yaptığım şeylerin diğer insanları olumsuz etkilediğini düşündüğünü söyleyecek olursa:**

**A.** Bende gördüğü hataları daha detaylı anlatmasını ve bana yardımcı olabilecek tavsiyelerde bulunmasını isterim.

**B.** Yaptığım şeyleri ve nedenlerini açık bir şekilde anlatmaya çalışırım.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**7. Birlikte çalıştığım kişilerden birisi, beraber çalıştığımız başka kişi ile sürekli olarak tartıştığımı söyler ve görevimizi başarıyla yerine getirebilmek için tartıştığım o kişiyle işbirliği yapmamın önemini belirtirse:**

**A.** Bu yorumunu "yersiz" olarak düşünür ve onunla bu konuyu konuşmaktan kaçınırım.

**B.** Sorunu nasıl çözebileceğimi anlamak için tartıştığım kişi ile açıkça konuşurum.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**8. Eğer arkadaşlarım arasında benimle ilgili bir dedikodu dolaştığına inanıyor ve bir arkadaşımın da bu dedikodu hakkında bilgisi olduğunu düşünüyorsam:**

**A.** Ona dedikoduyla ilgili hiçbir şey söylemem; söylemek istediğinde kendiliğinden gelip söylemesini beklerim

**B.** Onu hedef tahtasına koyuyor olma riskini göze alır ve konuyla ilgili tüm bildiklerini anlatmasını isterim.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**9. Birlikte çalıştığım iki kişi ile konuşurken bu iki kişiden birisi, birlikte çalıştığımız diğer kişilerin planlanmış olduğu ve hepimizin performansımızı etkileyebilecek, ancak benim haberimin olmadığı başka planlardan bahsederlerse:**

**A.** Bu planlarla ilgili daha fazla detay vermelerini isterim ve neden benim de haberdar edilmediğimi öğrenmeye çalışırım.

**B.** Bana anlatıp anlatmama kararını onlara bırakırım, dilerlerse konuyu değiştirmelerine de izin veririm.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5

**10. Bazı arkadaşlarımın, bir başka arkadaşım ile ilgili olarak onu üzeceğini bildiğim bir dedikodu yaptıklarını duyarsam ve bu arkadaşım da kendiyile ilgili bu dedikodu konusunda ne bildiğini sorarsa:**

**A.** Hiçbir şey bilmediğimi söylerim.

**B.** Ne duyduğumu ve kimlerden duyduğumu tam olarak söylerim.

<b>A</b>	5	4	3	2	1	0
<b>B</b>	0	1	2	3	4	5




**BÖLÜM III-İLETİŞİM BECERİLERİ ÖLÇEĞİ**

	İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		1	2	3	4	5
1	İnsanlarla iyi geçinirim.					
2	Değişen durumlara uyum sağlayabilirim.					
3	İnsanlara birer birey olarak davranırım.					
4	Başkaları konuşurken çok fazla sözlerini keserim.					
5	İnsanları konuşmaya teşvik ederim.					
6	Diğer insanla etkili bir şekilde iş yaparım.					
7	İyi bir dinleyiciyimdir.					
8	Kişisel ilişkilerim soğuk ve mesafelidir.					
9	İnsanların rahatça konuşabileceği bir kişiyim.					
10	Haklı olduğumda kanıtlamak için kimseyle tartışmam.					
11	Başkalarıyla konuşma tarzım sakın değildir.					
12	Diğer insanların duygularını önemsemem.					
13	Genelde diğer insanların ne hissettiklerini anlarım.					
14	Başkalarını anladığımı onlara belli ederim.					
15	Diğer insanları anlarım.					
16	Konuşurken rahat ve sakinimdir.					
17	İnsanların bana ne söylediklerini dinlerim.					
18	İnsanlara yakın ve ilgili olmayı severim.					
19	Genellikle nerede nasıl davranacağımı bilirim.					
20	Arkadaşlarımdan genelde beklenmedik isteklerde bulunmam.					
21	Etkili bir konuşmacıyım.					
22	Başkalarını destekleyiciyim.					
23	Yeni insanlarla tanışmak beni rahatsız etmez.					
24	Kendimi kolaylıkla başkalarının yerine koyabilirim.					
25	Konuşma esnasında konuşulanlara dikkat ederim.					
26	Yeni tanıştığım biriyle konuşurken rahatımdır.					
27	Başkalarının söyledikleriyle ilgilenirim.					
28	Konuşulanları çok iyi takip edemem.					
29	Yeni insanlarla tanışabileceğim sosyal ortamlardan hoşlanırım.					
30	Sevilen bir kişiyim.					
31	Esnek biriyim.					
32	Yetkililerle konuşmaktan çekinmem.					
33	İnsanlar sorunları olduğunda bana gelebilir.					
34	Genellikle doğru zamanda doğru şeyi söylerim.					
35	Sesimi ve vücut dilimi etkili bir şekilde kullanmayı severim.					
36	Başkalarının o anki ihtiyaçlarına karşı duyarlıyım.					

## EK 2. Turnitin Orjinallik Raporu

 <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b></p>
<p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b></p> <p style="text-align: right;">Tarih:08/12/2016</p> <p>Tez Başlığı: İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticileri, Hekimler ve Hemşirelerin İletişim Beceri Düzeylerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeyleri Üzerine Etkisi.</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 182 sayfalık kısmına ilişkin, 08/12/2016 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 4 'tür.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,</li> <li>2- Kaynakça hariç</li> <li>3- Alıntılar hariç/dâhil</li> <li>4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması: Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">Tarih ve İmza 08.12.2016 </p> <p>Adı Soyadı: Gülsüm Şeyma KOCA Öğrenci No: N12237470 Anabilim Dalı: SAĞLIK YÖNETİMİ Programı: SAĞLIK YÖNETİMİ Statüsü: <input checked="" type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>
<p><b>DANIŞMAN ONAYI</b></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Doç.Dr. Gülsüm Şeyma KOCA (Unvan, Adı Soyadı, İmza)</p>

## EK 3. Turnitin Orijinallik Raporu İngilizce

	<b>HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES THESIS ORIGINALITY REPORT</b>
<b>HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES TO THE DEPARTMENT OF HEALTHCARE MANAGEMENT</b>	
Date:08/12/2016	
Thesis Title : Johari Window in Communication: Effect of Communication Skills Levels of Hospital Managers, Physicians and Nurses on Self Disclosure and Feedback Levels.	
According to the originality report obtained by <b>myself</b> /my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options stated below on 08/12/2016 for the total of 182 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 4 %.	
Filtering options applied: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Approval and Declaration sections excluded</li> <li>2. Bibliography/Works Cited excluded</li> <li>3. Quotes excluded/<b>included</b></li> <li>4. Match size up to 5 words excluded</li> </ol>	
I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.	
I respectfully submit this for approval.	
Name Surname: <u>Gülşüm Şeyma KOCA</u>	Date and Signature <u>08.12.2016</u>
Student No: <u>N12237470</u>	
Department: <u>HEALTHCARE MANAGEMENT</u>	
Program: <u>HEALTHCARE MANAGEMENT</u>	
Status: <input checked="" type="checkbox"/> Masters <input type="checkbox"/> Ph.D. <input type="checkbox"/> Integrated Ph.D.	
<b><u>ADVISOR APPROVAL</u></b>	
APPROVED:	
	
Doç.Dr. Gülşüm Şeyma KOCA (Title, Name, Surname, Signature)	

## EK 4. Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzni



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Genel Sekreterlik


Sayı : 76000869/ 433-1878

12 Haziran 2015

## SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gülsün ERİGÜÇ'ün danışmanlığında yüksek lisans programı öğrencisi Gülsüm Şeyma KOCA tarafından yürütülen "İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 9 Haziran 2015 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Ömer UĞUR  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

**EK 5. Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi İzin Yazısı**

Ankara AtatürkEğitim ve Araştırma Hastanesi



**SAYI : 28295788**

**KONU:**

ATATURK E.A.H.  
28295788  
18-06-2015 16:27:00 / GIDEN 6469

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ  
SAĞLIK İDARESİ BÖLÜMÜNE**

**İLGİ:** 05.06.2015 tarih ve 56 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen “İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma” başlıklı çalışma kapsamında kullanılmak üzere Hastanemizde anket yapılması talebiniz Yöneticiliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

**Doç. Dr. Murat AKÇAY**  
Hastane Yöneticisi

## Ek 6. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Ankara İli 3.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 33.738.87/770 5293  
Konu : Araştırma İzni Hk.

19 HAZİRAN 2015

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
Sağlık İdaresi Bölümü  
06800 Beytepe / ANKARA

(12)

İlgi: TKHK Ankara İli 3. Bölge Genel Sekreterliği'nin 08/06/2015 tarih ve 5224 sayılı yazısı

İlgili yazı ile anılan çalışmanın, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Üniversiteniz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Gülsüm Şeyma KOCA tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin üniversiteniz tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla, çalışmanın Kurumumuzda yapılmasında sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Tolga TOLUNAY  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı



**Ek 7. Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi İzin Yazısı**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 43278876/1968-

12.06.2015 3379

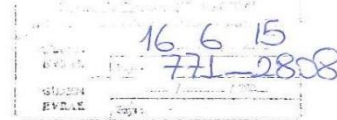
Konu : Araştırma İzni (Şeyma KOCA)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
(Sağlık İdaresi Bölümü)

Üniversiteniz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Şeyma KOCA'nın "İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma" konulu çalışmasını hastanemizde yürütme talebi, Eğitim Planlama Kurulumuzun 10.06.2015 tarih ve 116 sayılı toplantısında görüşülerek, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat sorumlu araştırmacılar tarafından belirtilen tarihler arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcılarının yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin üniversiteniz tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

Doç. Dr. Eyüp HORASANLI  
Başhekim



5

Personel Şubesi  
Tel:0312 3569000/1379

Pınarbaşı Mahallesi Ardahan Sokak No:25  
Faks: 3569020

Keçiören/ANKARA  
e-mail:personelkoren@gmail.com

**Ek 8. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi İzin Yazısı**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C. Sağlık Bakanlığı

SAYI : 41303261/Eğt.  
KONU: Araştırma İzni/Şeyma KOCA

19.06.2015 012330

**ANKARA 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE**

İlgi: 09.06.2015 tarih ve 605.01/7375 sayılı yazınız.

İlgili yazıya istinaden Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Şeyma KOCA'nın "İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili etik kurulu onayı alması şartı ile Hastanemizde çalışmanın yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**Uz.Dr. S. Dincer YETİŞ**  
Hastane Yöneticisi a.  
Baştabip Yardımcısı

*Şeyma*

## Ek 9. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi



SAYI : 93471371-

KONU : Anket Çalışması

Gülşüm Şeyma KOCA

25.06.2015\*008296

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ'NE  
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi: 10.06.2015 tarih ve 7010 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Gülşüm Şeyma KOCA tarafından yürütülmesi planlanan " İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma" konulu anket çalışmasını hastanemizde yapma talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

*Mevlüt Recep PEKÇİCİ*  
Doç. Dr. Mevlüt Recep PEKÇİCİ  
Hastane Yöneticisi V.

## Ek 10. Yüksek İhtisas Hastanesi İzin Yazısı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara III 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı :B.10.4.İSM.4.06.00.15-EPKK-619  
Konu : EPK Kararı

Giden Evrak Tarihi : 22/06/2015  
Giden Evrak No : 5997

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği

İlgi: 10/06/2015 tarihli ve 730.08.03/7010 yazımız.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Gülsüm Şeyma KOCA tarafından yürütülmesi planlanan İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma" konulu Anket çalışmasının hastanemizde yapma talepleri, Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulumuzun 18/06/2015 tarihli ve 338 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; hastanemizde yürütülmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereği arz olunur.

Prof.Dr. Mustafa PAÇ  
Hastane Yöneticisi  
Bpk Başkanı

Kızılay Sokak No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA  
Telefon : (0312) 306 10 12  
e-posta : personel@tyih.gov.tr  
TYİH-FRM-TKY-018/12.12.2006/01

Belge Geçer : (0312) 312 41 20  
Elektronik Ağ : www.tyih.gov.tr

Bilgi için: EPK sekreterliği  
Tel:306 1772

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 11. Ankara Numune Hastanesi İzin Yazısı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayı : 20796219-Per-929

Konu: Anket İzni – Gülsüm Şeyma KOCA

ANKARA NUMUNE EĞİT. VE ARAŞT. HAST.

Evrak Keşf Subesi

19.06.2015 / 19296




Giden Evrak

ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 10.06.2015 tarih ve 7010 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi "Gülsüm Şeyma KOCA tarafından yürütülmesi planlanan "İletişimde Johari Penceresi: Hastane Yöneticilerinin Kişisel Açılım ve Geri Bildirim Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma" konulu araştırmanın hastanemizde yapılması Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

  
Dr. Tanel GÖKÇİNAR  
Hastane Yöneticisi a  
Başhekim Yardımcısı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Personel Şube Sorumlusu M.İNAC  
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara

Tel: 0 (312) 508 44 86-88-89-90 Faks: 0 (312) 508 49 10

Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 12. Ölçek İzinleri

 **GÜLSÜM ŞEYMA KOCA** <g.seymakoca@gmail.com> 18.05.2015 ☆    
Alici: james.roiger ▾

Dear Professor Roiger,


I'm a Master Student and Research Assistant in Institute of Social Sciences-Department of Health Institutions Administrations, Hacettepe University (<http://www.sid.hacettepe.edu.tr/prs2.shtm>) at Ankara,Turkey.

In my thesis, I preferred to work on Johari Window.

During the literature review, I came across to your works. I kindly request Self-Disclosure Inventory, May I use this Self Disclosure Inventory in my thesis? And, how can I use this inventory, especially for analysing the self-disclosure scale and feed-back scores of the persons? If you send me the original version of this scale and information about how to use and determine of that scale. Also can you write me the statistically information like correlation ,regression about all items of scale.

If you give permission could you also send me the original version of the scale and documents including the latest reliability and validity results.

 **James Roiger** <james.roiger@yahoo.com> 19.05.2015 ☆   
Alici: bana ▾

 İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletiyi çevir](#) [İngilizce için kapat](#)

G. S. Koca,

I am attaching a copy of the Self-Disclosure inventory in PDF format that includes information for administering and scoring.

### JOHARI PENCERESİ ÖLÇEĞİ HAKKINDA



Gelen Kutusu x



 **GÜLSÜM ŞEYMA KOCA** <g.seymakoca@gmail.com> 21.01.2015 ☆    
Alici: ffyildiz ▾

Fatih Bey iyi günler;

Öncelikli olarak ben Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü'nde Araştırma Görevlisiyim Johari Penceri ile ilgili araştırma yaparken sizin "Johari Penceresi ve Otantik Liderlik" ile ilgili bildirinizi okudum. Johari Penceresini Tezimde ele almak istiyorum. Sizde orjinal tam ölçek varsa bana gönderebilir misiniz. Yardımcı olursanız sevinirim.

Çalışmalarınızda Kolaylıklar Diler

Sağlık ve Esenlikler Dilerim

...

 **Fatih F YILDIZ** <ffyildiz@gmail.com> 21.01.2015 ☆    
Alici: bana ▾

Merhaba Şeyda Hanım,

Benim doktora tezinde hem Türkçeleştirilmiş anket var, hem de Johari Penceresi ile ilgili detaylı bilgiler var. Referans göstererek kullanabilirsiniz. İsmimi ve tezin adını Gazi Üniversite açık arşiv adresinde bulabilirsiniz. Bulamazsanız ben iletirim. Anketin İngilizcesini de gönderebilirim.