

Sağlık İletişimi Sorunları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması

Health Communication Problems: A Scale Development Study

Müjdat YEŞİLDAL¹, Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ² ve Yunus Emre ÖZTÜRK³

¹ Sağlık Yönetimi Bölümü, Selçuk Üniversitesi, Arş. Gör., mujdatyesildal@gmail.com
ORCID ID 0000-0003-1286-903X

² Sağlık Yönetimi Bölümü, Selçuk Üniversitesi, Arş. Gör. Dr., akmnhll@gmail.com
ORCID ID 0000-0003-0089-860X

³ Sağlık Yönetimi Bölümü, Selçuk Üniversitesi, Prof. Dr., yunuseozturk@gmail.com
ORCID ID 0000-0002-6178-6129

Öz

Bu çalışmanın amacı hastaların sağlık iletişimi sorunlarını ve bu sorunların altında yatan nedenleri tespit etmeye yönelik bir ölçek geliştirmektir. Metodolojik tipte tasarlanan bu araştırmanın örneklemini 317 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri Eylül – Ekim 2020 tarihlerinde kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak toplandı. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği kullanıldı. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri için Cronbach Alpha, Pearson Korelasyon ve faktör analizi kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS ve SPSS AMOS programları kullanıldı. On üç maddeden oluşan Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeğinin faktör analizi sonucunda %61.94 varyans açıkladı. Üç faktörlü yapının doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum iyiliğinin uygun olduğu görüldü. Ölçeğin faktörlere ait Cronbach Alpha katsayısı 0.77 – 0.88 aralığında bulundu. Ölçme aracının test – tekrar test korelasyon katsayısı 0.84 olarak tespit edildi. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Sağlık iletişimi sorunları, etkili iletişim, sosyal iletişim, iletişim engelleri

Abstract

The aim of this study is to develop a scale to identify patients' health communication problems and the underlying causes of these problems. The sample of this study, which was designed in methodological type, consists of 317 people. The data of the study were collected using convenience sampling method between September and October 2020. Personal Information Form and Health Communication Problems Scale were used to collect data. Cronbach Alpha, Pearson Correlation and factor analysis were used for the validity and reliability analyzes of the Health Communication Problems Scale. SPSS and SPSS AMOS programs were used in the analysis of the data. As a result of the factor analysis of the Health Communication Problems Scale consisting of thirteen items, 61.94% variance was explained. As a result of confirmatory factor analysis of the three-factor structure, goodness of fit was found to be appropriate. The Cronbach Alpha coefficient of the scale's factors was found in the range of 0.77 - 0.88. The test-

¹ İletişim kurulacak yazar: mujdatyesildal@gmail.com

Makale Atf: Yeşildal, M., Akman Dömbekçi H., Öztürk YE. (2021). Sağlık İletişimi Sorunları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 5(2), 108-119

Alındı 28.10.2021
Kabul Edildi 15.12.2021
Yayınlandı 30.12.2021



Telif hakkı: © 2021 yazarlar tarafından. Lisans Sahibi Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, Rize, Türkiye.

Bu makale, Creative Commons Attribution (CC BY) lisansının (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) hüküm ve koşulları altında dağıtılan açık erişimli bir makedir.

retest correlation coefficient of the measurement tool was found to be 0.84. It was determined that the Health Communication Problems Scale was a valid and reliable measurement tool.

Key words: Health communication problems, effective communication, social communication, communication barriers

1. Giriş

Sağlık kavramına farklı kültürlerde farklı anlamlar yüklenmiş olsa da genel olarak insanların hasta olmamasını fiziken ruhen ve sosyal açıdan iyi olma halini ifade eder (Fişek, 1985). Önceleri sadece hastalıkların iyileşmesini ifade eden insan sağlığı zaman içerisinde, tıp biliminin ilerlemesi dolayısıyla, sağlığın iyileştirilmesi yükseltilmesi ve geliştirilmesi gibi anlamlar içerir hale gelmiştir (Yılmaz, 2014).

Sağlık iletişimi, toplum sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesine olanak tanıyan bir bilim dalıdır. Bu alanın önemi son yıllarda giderek artmaktadır. Toplumsal açıdan sağlığın geliştirilmesini hedefleyen bu alanın etkin ve etkili olması son derece önemlidir (Bulduklu, 2010). Sağlık iletişimi bireysel olarak hasta ve hekim arasında gerçekleşen iletişim, toplumsal gruplar arasında gerçekleşen sağlık iletişimi ve kitle iletişim araçları sayesinde gerçekleşen sağlık iletişimi olarak mikro mezo ve makro düzeyde ele alınabilir (Koçak ve Bulduklu 2010). Başka bir ifade ile sağlık iletişimi boyutları kişilerarası, gruplararası ve kitle iletişimi şeklinde 3 boyutta incelenebilir (Çınarlı ve Yücel, 2014). İletişimde bazen kaynaktan, mesajdan ya da alıcıdan ötürü çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Teknik nedenler, eksik ifadeler ya da algıda seçicilik gibi durumlar iletişim sorunlarını ortaya çıkarabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı hastaların sağlık personeli ile yaşadığı sağlık iletişimi sorunlarını ve bu sorunların altında yatan nedenleri tespit etmeye yönelik bir ölçek geliştirmektir. Bu amaca yönelik olarak çalışmanın kavramsal çerçeve kısmında sağlık iletişimi ile ilgili literatür bilgisi verilmiş, yöntem kısmında araştırmanın yöntemi ile ilgili süreç açıklanmış, bulgular kısmında veriler analiz edilerek yorumlanmıştır. Sonuç kısmında ise araştırma sonucu değerlendirilmiştir.

2. Kavramsal Çerçeve

2.1. Sağlık İletişimi

İletişim kavramı en temel anlamıyla; mesajın bir kaynaktan herhangi bir araç vasıtasıyla alıcıya iletilmesidir. Ayrıca mesajın iletilmesi sonucu ortaya çıkan geri bildirim de bu sürece dahildir. İletişim sözlü, sözsüz, yazılı ya da yazısız olabilmektedir. Sağlığın söz konusu olduğu her tür iletişim sağlık iletişimi konusu olarak ele alınabilir (Fiske, 1996). Sağlık iletişimini standart bir tanımla belirtmek zor olsa da genel olarak sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanması olarak ifade edilebilir (Çınarlı, 2004). Sağlık iletişimi sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2020). Daha kapsayıcı bir tanımla ifade etmek gerekirse sağlık iletişimi sağlık durumu ile ilgili konularda bireyin ve toplumun bilgi ihtiyacının karşılanması, bilinçlendirilmesi, farkındalık oluşturulması, sağlık okuryazarlığının oluşturulması ve yükseltilmesi, bireylerde sağlık hakkı konusunda bilinç oluşturulması ve sağlıklı bir ortamda yaşamı mümkün hale getirmek için çeşitli iletişim stratejilerinden yararlanılmasıdır (Sezgin, 2010).

Sağlık iletişimi kapsamında gerçekleştirilen faaliyetlerin temel amacı birey davranışlarının sağlığı iyileştirici ve geliştirici yönde değiştirilmesi ile toplum sağlığının yükseltilmesidir (Mendi, 2015). Günümüzde teknoloji sürekli gelişen ve değişen bir hal almıştır. Teknolojik gelişmeler iletişimin de farklılaşmasına ve çeşitlenmesine olanak tanımaktadır. İletişim günümüzde iki birey arası mesaj alışverişinden öte daha geniş Sağlık iletişimi alanı da çeşitli iletişim araçları vasıtasıyla gelişmekte ve yaygınlaşmaktadır. Önceleri var olan gazete, radyo, televizyon gibi kitle iletişim araçlarına yeni medya

olarak ifade edilen sosyal medya da eklenmiştir (Avcı ve Avşar, 2014). Çok sayıda kullanıcıya ve paylaşım yapılmasına imkan veren sosyal medyada, hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri sağlık ile ilgili bilgi paylaşımında bulunabilmektedir. Hayati önem arz eden sağlık konusunun suistimal edilmemesi ve doğru bilgi verilmesi önemlidir.

Günümüz insan yaşamında önemli bir yer tutan medya, insanların sağlık ile ilgili algılarının ve tutumlarının oluşmasında, bu algıların ise davranışlara dönüşmesinde etkili olabilmektedir. Sağlık iletişimi alanının temel amacı, sağlığın geliştirilmesi mantığı ile bireylerin kendi sağlıkları ve sağlık durumunun belirleyicileri üzerinde kontrol sağlayarak önce bireysel daha sonra toplumsal davranış değişikliğidir. Sağlık iletişimi tutum ve davranışlarda süreklilik yoluyla kişilerin ve halkın sağlığını iyileştirmeyi hedefler (Redmond vd. 2010). Sağlık sorununa odaklanarak bireyde istenen şekilde davranış değişikliği geliştirmek, bu konuda güdülemek ve pekiştirmek, sağlık hizmetlerine talep oluşturmak ve hizmet kalitesini artırmak gibi sonuçlara sağlık iletişimi sayesinde erişilebilir (Koçak ve Bulduklu, 2010).

Sağlık iletişimi, kamu yararı gözetilerek sağlığın geliştirilmesi amacıyla çeşitli yöntemler kullanır. Bu yöntemler; medyada savunuculuk, sosyal pazarlama ve halkla ilişkilidir. Medyada savunuculuk, bilimi ve politikayı, sosyal adalet değeri ile bir araya getirerek sistemin herkes için daha iyi çalışmasını sağlayan bir yaklaşımdır. Daha özelden medyada savunuculuk bireysel sorunları toplumsal sorun şeklinde ele alarak çözüme kavuşturmayı hedefler. Sosyal pazarlama insanlar üzerinde olumlu sağlık davranışları geliştirmek için reklam ve pazarlama ilkelerinin kullanılmasıdır. Kanser hastalıklarında erken teşhisi sağlamak, sigara tüketimini azaltmak, spor yapmak, yeteri kadar su tüketmek vb. davranış geliştirmede sosyal pazarlama yönteminden yararlanır. Halkla ilişkiler ise sağlıkla ilgili doğru bilginin yayılmasında, sağlıklı davranışa ikna etmede ve sağlık okuryazarlığını oluşturma ve artırmada kullanılabilir. Kamu ve özel sağlık kuruluşları, laboratuvar ve araştırma merkezleri ile sivil toplum kuruluşları halka sağlıkla ilgili bilgi iletmeye hakla ilişkililerden yararlanır (Çınarlı, 2008; Yıldırım Becerikli, 2012).

Sağlık iletişimi temelde üç düzeyde gruplandırılabilir. Bunlardan ilki bireyler arası iletişimidir. Bu daha çok hekim-hasta iletişimi olarak ta ifade edilir. Hasta- hekim iletişimi hasta ile hekimin yüz yüze karşılıklı iletişimini içerir. İkincisi toplum sağlığı düzeyinde ortaya çıkan grup iletişimidir. Bu gruplara örnek olarak bazı hastalıklarla mücadele ve dayanışma amacıyla kurulan dernekler (diyaliz, kanser, diyabet...) verilebilir. Üçüncüsü ise kitle iletişim düzeyidir. Teknolojinin arttığı ve kitle iletişim araçlarının giderek çeşitlendiği günümüz dünyasında sağlık ile ilgili bilgiler bu araçlar üzerinden iletilir hale gelmiştir (Özmen, 2018; Tanrıverdi, 2014). Sağlık iletişimi hem sağlığın korunması ve geliştirilmesi hem de hastalıkların tedavi sürecinde önem arz eder. Sağlık iletişimin etkinliği süreci olumlu etkilerken etkinliği, verimsizliği, yoksunluğu ya da kötü iletişim ise süreci olumsuz etkiler (Şener ve Samur, 2013). Ülkemizde sağlık iletişimi ile ilgili faaliyetler, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişim doğası gereği sorunludur. Sağlık profesyonelleri açık bir şekilde iletişim kurmak için terminolojiyi kullanma eğilimindedirler. Ayrıca, genellikle hastaların anlayabileceğinden daha fazla bilgi iletmeye çalışırlar. Hastalar, tıbbi terminolojiye aşina olmadıkları ve kendi sağlık sorunlarıyla meşgul oldukları için tıbbi bilgileri anlamakta zorlanırlar. Tüm okuryazarlık seviyelerindeki insanlar sağlık bilgilerini anlama ve kullanma konusunda sorun yaşamaktadır (Houts vd. 2006).

2.2. Sağlık İletişimi Sorunları

Daha çok sağlık kurumlarında ve tedavi sürecinde karşılaşılabildiği gibi iletişimin çeşitli türlerinde ve aşamalarında sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Sağlık iletişiminde daha çok sağlık profesyonelleri olarak ifade edilen; ebe, hemşire, hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık teknisyeni... ile hasta arasındaki iletişim

değerlendirilmektedir. Sağlık iletişimde bazıları hasta, bazıları ise sağlık profesyonelleri kaynaklı olmak üzere çeşitli sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Başol, 2018). Hastaların çekingen olması, kendini ifade etmekte zorlanması, hastalıklarından dolayı gergin olmaları, söz konusu bazı tıbbi terimleri anlamamaları, tedavi sürecinin karmaşık gelmesi...vb sorunlar hasta kaynaklı sorunları oluşturmaktadır. Sağlık sistemi ve sağlık profesyonelleri kaynaklı sorunlar da yaşanabilmektedir. Bu sorunlar bazı noktalarda kesişmekle birlikte daha çok hekim kaynaklı sorunlar olarak ele alınır. Sağlık kurumlarının kalabalık ve karmaşık olması, yeterli yönlendirici tabelanın bulunmaması, sağlık çalışanlarının yoğun olması, hekimin aşırı hasta muayene ve tedavi etmesi sonucu hastalara ayırdığı vaktin azalması, aşırı tıbbi terminoloji kullanımı, hastaların hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkında yeterince bilgilendirilmemesi ve bunun bir zaman kaybı olarak görülmesi... vb türde sağlık iletişimi sorunları yaşanabilmektedir (Uludağ, 2011). Hastalık ve sağlık konusunda farklı algılamaları olan farklı düşünen hasta ve sağlık profesyonelleri gruplarının tutumları, bilgi birikimleri ve düşünceleri de farklılık gösterir (Berry, 2007'den akt. Çınarlı ve Yücel 2014). Bu sebeple yanlış anlaşılımlar ya da iletişime bağlı sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Bu sorunlar hem mikro ve hemde makro düzeyde maddi ya da manevi kayıplara sebep olmaktadır. Hastalar gereksiz yere yıpranmakta, zaman ve para harcamaktadır. Sağlık çalışanları tükenmişlik sendromu, mesleki memnuniyetsizlik, sağlıkta şiddet gibi olumsuz sonuçlar doğuran boyutlarda sorunlar yaşayabilmektedir. Yaşanan tüm olumsuzluklar geniş kapsamlı değerlendirildiğinde ise sağlık sistemine zarar verdiği görülür (Ergül, 2013).

Öte yandan sağlık iletişimi yalnızca hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim ile sınırlı değildir. Kitle iletişim araçları ya da medya yolu ile de sağlık iletişimi faaliyetleri gerçekleştirilebilir. Çok sayıda insana ulaşması açısından medyada yer alan sağlık bilgilerinin sağlığı geliştirici nitelikte olması beklenir. Zira tutum ve düşüncelerin gelişmesinde önemli olan bilgiler davranışa dönüştüğünde sağlığı olumlu ya da olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık ve hastalık konusunda kurulan iletişim insan yaşamının hayati boyutu ile ilgilidir. Bu konuda yaşanan sorunlar doğrudan insan sağlığını etkileyebilir (Koçak ve Bulduklu 2010). Bu denli önemli konulara odaklanan sağlık iletişimi bir disiplin olarak hedef kitlede farkındalık oluşturulması ve toplumsal bilinç geliştirilmesi amacıyla çeşitli kampanyalar düzenleyerek faaliyet göstermektedir (Taşkiran ve Yıldız, 2019).

3. Yöntem

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın tipi, evren ve örneklem, veri toplama araçları verilerin toplanması ve analizi ile araştırmanın etik yönüne dair bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırma Tipi

Sağlık İletişimi Sorunları ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını içeren bu araştırma metodolojik tipte tasarlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Geçerlilik ve güvenilirlik araştırmalarında örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde madde sayısının 10 katı yeterli görülmektedir (Alpar, 2016; Gürbüz ve Şahin, 2014; Özdamar, 2017). Bu bağlamda ölçekte 23 madde bulunduğu dikkate alınırsa en az 230 kişilik bir örneklem araştırma için yeterli sayılabilecektir. Araştırma kapsamında 317 kişiden elde edilen veriler kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları kişisel bilgi formu ve Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu: katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini (yaş,

cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumu, gelir durumu, yaşanılan bölge ve sağlık kurumlarına başvurusu sayısı) belirleyen 7 soruluk bir formdur.

Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği DeVellis'in (2014) ölçek geliştirme sürecine göre kurgulanmıştır. DeVellis'in ölçek geliştirme süreci aşağıdaki şekil 1'de sunulmuştur. Buna göre ilk aşamada literatür taraması ile alanda yer alan boşluk tespit edilerek ölçülmek istenen özellik açık bir şekilde belirlenmiştir. İkinci aşamada alan uzmanı hekim ve akademisyenler tarafından oluşturulan açık uçlu üç soru ile hastaların sağlık hizmeti sunumu sırasında yaşadıkları iletişim kaynaklı sorunların neler olduğu tespit edilmiştir. Toplanan veri sonucunda tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Belirlenen tema ve alt temaları kapsayan maddeler ile aday ölçek oluşturulmuştur. Üçüncü ve dördüncü aşamada aday ölçek hekim ve akademisyenler tarafından tekrar gözden geçirilip son hali verilmiştir. Beşinci aşamada aday ölçek ilgili örnekleme uygulanmıştır. Altıncı aşama ile gerekli analizler yapılarak ölçeğin son hali belirlenmiştir. Son haliyle aday ölçek 10 maddesi ters kodlanan 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçme aracı 5'li Likert tipinde 1= kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum ve 5 = kesinlikle katılıyorum olarak derecelendirilmektedir.

1.1. Ölçülmek istenen özelliğin açık bir biçimde belirlenmesi,

1.2. Ölçeğin amacına uygun olarak madde havuzunun oluşturularak ölçme biçiminin belirlenmesi,

1.3. Oluşturulan madde havuzunun uzmanların onayına sunulması

1.4. Uygulamadan önce ölçeğe eklenebilecek maddelerin gözden geçirilmesi,

1.5. Belirlenen maddelerin oluşturduğu taslak ölçeğin örnekleme uygulanması,

1.6. Faktör analizi ile maddelerin değerlendirilmesi,

1.7. Ölçeğin son halinin belirlenmesi

Şekil 1. Ölçek Geliştirme Aşamaları

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın verileri, gerekli izinler alındıktan sonra Eylül – Ekim 2020 tarihleri arasında Konya ilinde bir üniversite hastanesinde anket yöntemi kullanılarak ayaktan tedavi alan hastalar üzerinde kolayda örnekleme yöntemiyle toplanmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS 26.0 ve SPSS AMOS 25.0 programları kullanılarak analiz edilmiştir. Kayıp ve uç değerlerin düzenlenmesinde Mahalonobis aralığı ve z puanları baz alınmıştır (Akbaş ve Koğar, 2020). Normal dağılım kontrolü basıklık çarpıklık değerlerine bakılarak yapılmış olup değerler -1 ile +1 arasında bulunmuştur. Bu aralık verilerin

normal dağıldığını göstermektedir (Alpar, 2016; Gürbüz ve Şahin, 2014). Katılımcılara ait sosyo demografik bulgular için sıklık, yüzdelik ve aritmetik ortalama kullanılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik aşamalarında örneklem yeterliliğini ölçmek için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) değeri ve verilerin faktör analizine uygunluğunu ölçmek için Barlett Sphericity testi, yapı geçerliliğini ölçmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), AFA sonrası elde edilen yapının doğrulanması için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ve iç tutarlılık katsayısını ölçmek için Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır (Erkuş, 2012; Güvendir ve Özkan, 2015; Yaşlıoğlu, 2017; Yurdugül, 2005)

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için veri toplama aşamasından önce Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 24.06.2020 tarih 2020/06 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca veri toplama esnasında katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu sunulmuş onay veren katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışma sürecinde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uyulmuştur.

4. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılara ait madde analizi, açıklayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve güvenilirlik analizine yönelik bulgular verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler (n=317)		n	%
Yaş (34.58±10.71) min:18 – max:70	18 – 30	125	39.4
	31 – 45	107	33.8
	46 ve üzeri	85	26.8
Cinsiyet	Erkek	125	39.4
	Kadın	192	60.6
Medeni Durumu	Bekar	176	55.5
	Evli	141	44.5
Öğrenim Durumu	İlköğretim	103	32.5
	Lise	82	25.9
	Lisans	132	41.6
Gelir Durumu	1000 – 3500 TL	113	35.6
	3501 – 5500 TL	78	24.6
	5501 TL ve üzeri	126	39.7
Yaşanılan Bölge	Kentsel	208	65.6
	Kırsal	109	34.4
Sağlık Kurumlarına Başvuru Sayısı	1 – 3	152	47.9
	4 – 7	96	30.3
	8 ve üzeri	69	21.8

Tablo 1’de görüldüğü üzere yaş ortalaması 34.58±10.71 olan katılımcıların en düşük 18 en yüksek 70 yaşında olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların %60.6’sı kadın ve %55.5’i evlidir. Bireylerin %41.6’sı lisans öğrenim seviyesinde, %39.7’si aylık 5501 Türk lirası ve üzerinde gelire sahip, %65.6’sı kentsel alanlarda yaşamaktadır. Hastaların %47.9’u son bir yıl içerisinde 1 – 3 kez sağlık kurumlarına başvurmuştur.

Ölçek geliştirme çalışmalarında madde toplam puan korelasyon değerleri 0.50 ve altında olan değerlerin farklı bir niteliği ölçtüğünü göstermektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Kalaycı Kırılıoğlu vd., 2020, Özdamar, 2017). Aday ölçekten 1. madde, 5. madde, 10. madde, 12. madde, 13. madde, 14. madde, 17. madde, 19. Madde, 22. Madde ve 23. madde çıkarılarak 13 madde ile AFA yapılmıştır.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem ölçüm yeterliliği testi örneklem yeterliliğini ölçmektedir. KMO katsayısı 0 ile 1 arasında değerler almaktadır. Araştırmada tespit edilen KMO katsayısı çok iyi örneklem yeterliliği olduğunu göstermektedir (KMO=0.813) (Karagöz, 2016). Bartlett Küresellik Testinin anlamlı bulunması faktör modelinin kullanılabilir olduğunu göstermektedir (Altunışık vd., 2005). Bu çalışmada Bartlett Küresellik Testi anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=915.202$; $sd=78$; $p<0.001$).

Faktör sayısının belirlenmesinde faktörlerin toplam varyansı açıklama yüzdeleri ile karar verilmiştir (Tavşancıl, 2005). Başlangıç öz değerleri 1'den büyük olan faktörler esas alınarak 3 faktörün öz değerleri 1'den büyük olduğu görülmektedir (Tablo 2). Öz değere göre belirlenen 3 faktörlü yapı toplamda %61.94 varyans ile açıklanmaktadır. Alpar'a (2016) göre varyans toplam değerinin 0.50 – 0.70 aralığında olması ölçme aracının yeterli geçerlilik taşıdığını gösterir. Ölçme aracında faktörlerin sırasıyla açıkladıkları varyans değerleri $F1= \%34.09$ $F2= \%13.98$ $F3= \%13.87$ olarak tespit edilmiştir. Faktörlerin belirlenmesi için AFA sonrasında Varimax dik döndürme yöntemi kullanılarak madde faktör yükleri tespit edilmiştir (Tablo 2). Binişik madde ve faktör yükleri 0.50 altında kalan madde olmadığı için herhangi bir madde çıkarma yapılmamıştır. Faktör analizi aşamasından sonra içerdiği maddeler dikkate alınarak 1. faktör "Etkili İletişim", 2. faktör "Sosyal İletişim" ve 3. faktör "İletişim Engelleri" olarak adlandırılmıştır.

Tablo 2. Faktörlere Ayrılmış Madde Yükleri

Maddeler	Faktörler		
	1	2	3
M6	0.777		
M7	0.776		
M11	0.695		
M9	0.691		
M21	0.595		
M8	0.575		
M4		0.830	
M3		0.781	
M2		0.660	
M16			0.689
M20			0.633
M15			0.626
M18			0.545
Özdeğer	3.131	1.817	1.803
Varyans	34.09	13.98	13.87
Toplam Varyans		61.94	

AFA sonucunda elde edilen yapıya SPSS AMOS programı kullanılarak DFA yapıldı. DFA sonucu elde edilen model Tablo 3'te verilmiştir. Birinci düzey DFA sonucunda uyum iyiliği değerleri $CMIN/df = 1.680$; $RMSEA = 0.046$; $AGFI = 0.928$; $GFI = 0.952$ değerleri iyim uyum gösterirken; $CFI = 0.951$ $NFI = 0.910$ değerleri ise kabul edilebilir uyum göstermiştir ($p<0.001$). Meydan ve Şeşen'e (2011) göre çok boyutlu ölçeklerin genel ortalamasının hesaplanabilmesi için ikinci düzey DFA yapılması gerekmektedir. İkinci düzey DFA sonucu ise $CMIN/df = 1.701$; $RMSEA = 0.049$; $AGFI = 0.938$; $GFI = 0.950$ değerleri iyim uyum

gösterirken; CFI = 0.948; NFI = 0.930 değerleri ise kabul edilebilir uyum göstermiştir ($p < 0.001$) (Dirlik, 2014; Marsh, ve Grayson, 1995; Schumacher ve Lomax, 1996; Kalaycı Kırlioğlu ve Kırlioğlu, 2021).

Tablo 3. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

	Birinci Düzey DFA	İkinci Düzey DFA
CMIN/df	1.680**	1.701**
RMSEA	0.046**	0.049**
AGFI	0.928**	0.938**
GFI	0.952**	0.950**
CFI	0.951*	0.948*
NFI	0.910*	0.930*

** İyi uyum * Kabul edilebilir uyum

Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği test – tekrar test puanları korelasyon analizi Tablo 4’te verilmiştir. Ölçme aracı taslak formu 20 gün arayla aynı örneklem grubuna tekrar uygulanmıştır. Elde edilen ortalama puanlar ile korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen korelasyon katsayısının Gürbüz ve Şahin’e (2018) göre kuvvetli düzeyde olduğu görülmüştür ($r=0,84$). Test – tekrar test korelasyon katsayısının yüksek çıkması ölçme aracının zamana göre değişmediğini göstermektedir (Erdoğan vd., 2015; Erkuş, 2007; Kaya ve MaiMaiti, 2018).

Tablo 4. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği Test – Tekrar Test Puanları Korelasyon Analizi

Ölçüm (n=35)	Ort±SS	r	p
İlk Ölçüm	2.92±0.71	0.84	<0.001
İkinci Ölçüm	3.08±0.58		

Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi ve korelasyon analizi sonuçları tablo 5’te sunulmuştur. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği toplam puanına ait Cronbach Alpha katsayısı 0,880 Etkili İletişim alt boyutu 0,830 Sosyal İletişim alt boyutu 0,780 ve İletişim Engelleri alt boyutu 0,770 olarak tespit edilmiştir. Bu değerler Karagöz’e (2016) göre oldukça güvenilirdir. Korelasyon analizi sonucu tüm faktörlerin birbiri ile ilişkili olduğu görülmektedir. İlişki düzeylerinin alt boyutlar arasında düşük olması ölçek maderinin doğru faktörlerde yer aldığını göstermektedir.

Tablo 5. Ölçek Faktörlerine Ait Korelasyon ve Güvenilirlik Analizi

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alpha	Ort±SS	1	2	3	4
1 Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	13	0.880	2.91±0.58	1	0.864*	0.713*	0.759*
2 Etkili İletişim	6	0.830	2.80±0.79		1	0.198*	0.206*
3 Sosyal İletişim	3	0.780	2.53±0.79			1	0.107*
4 İletişim Engelleri	4	0.770	3.34±0.75				1

* $p < 0.001$

5. Sonuç ve Öneriler

Bireylerin sağlık iletişimi sorunlarına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla yapılan bu araştırmada 23 maddeden oluşan aday ölçek 317 katılımcıya uygulanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Madde toplam puan korelasyon katsayısı 0.50 ve altında olan maddeler çıkarılarak 13 maddelik yapı ile faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde Varimax dik döndürme kullanılarak 3 faktör ve 13 maddeli yapının toplam %61.94 varyans açıkladığı görülmüştür. Elde edilen bu yapı DFA ile

doğrunlanmıştır. Ölçme aracının son hali 5'i ters kodlanan 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerliğine ilişkin test – tekrar test yöntemiyle yapılan analizde elde edilen katsayı zamana göre değişimliliğini açıklamaktadır. Ölçekte yer alan alt boyutlar Etkili İletişim, Sosyal İletişim ve İletişim Engelleri olarak adlandırılmıştır. Ölçme aracı aritmetik ortalama yöntemiyle hesaplanmaktadır. Etkili İletişim alt boyutu 6 madde, Sosyal iletişim boyutu 3 madde ve İletişim Engelleri alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Elde edile üç alt boyutlu yapının Cronbach Alpha katsayısı 0,77 nin üzerinde olduğu ve bu alt boyutların kendi arasında tutarlı olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin son hali Ek -1 de verilmiştir.

Bu sonuçlara göre Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenilebilir. Ölçme aracının geçerlilik ve güvenilirliğinin seçilmiş örneklem gruplarında (üniversite hastaneleri, ağız diş sağlığı merkezleri, aile hekimleri) uygulanması önerilmektedir.

Not

1. Bu araştırma için Etik İzin, 24.06.2020 tarihinde Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulundan alınmıştır.

Kaynakça

- Akbaş, U., Koçar, H. (2020). Nicel Araştırmalarda Kayıp Veriler ve Uç Değerler. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Aksayan S, Gözüm S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4 (1):914.
- Alpar, R. (2016). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Altunışık, R., Coskun, R., Bayraktaroglu, S., & Yildirim, E. (2005). Sosyal Bilimlerde Arastirma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. Adapazari: Sakarya Kitabevi.
- Avcı, K., Avşar, Z. (2014). "Sağlık İletişimi ve Yeni Medya", İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 39:181-190.
- Başol, E. (2018). "Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri", International Anatolia Academic Online Journal/ Social Science Journal, 4(1):76-93.
- Berry, D. (2007). Health Communication: Theory and Practice. London: Open University Press.
- Bulduklı, Y. (2010). "Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (24): 75-85.
- CDC (2020). Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/healthcommunication/>, Erişim Tarihi:01.10.2020.
- Çınarlı, İ. (2004). Sağlığın Geliştirilmesine Sağlık İletişimi Yöntemleri Olarak Sosyal Pazarlama, Medyada Savunuculuk Ve Halkla İlişkilerin Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Çınarlı, İ. (2008). Sağlık İletişimi ve Medya, 1. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.
- Fişek, N. (1985). Halk sağlığına giriş, Ankara: H.Ü. Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2. Ankara: Çağ Matbaası.

- İnci, Ç., Yücel, H. (2014). "Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye'de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet", Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 3: 31-52.
- DeVellis, F. R. (2014). Ölçek Geliştirmede Kuram ve Uygulamalar. (T. Totan, Çev.). (3.Baskı). Nobel Yayınları Ankara.
- Dirlik, E. M. (2014). Ölçek Geliştirme Konulu Doktora Tezlerinin Test ve Ölçek Geliştirme Standartlarına Uygunluğunun İncelenmesi. Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology, 5(2), 62-78.
- Erdoğan S., Nahcivan N. ve Esin N. (2015). Hemşirelikte Araştırma (2. Baskı). Nobel Kitabevi, Ankara.
- Ergül, H. (2013). Etkili Bir Sağlık İletişimi: Azerbaycan'da Bir Saha Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (H. U. Journal of Education), 28(2):166-180.
- Erkuş, A. (2012). Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Erkuş, A. (2007). Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarında Karşılaşılan Sorunlar. Türk Psikoloji Bülteni, 13(40), 17-25.
- Fiske, J. (1996). İletişim Çalışmalarına Giriş, (Çev. S. İrvan), Ankara: Bilim Sanat Yayınları.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2014). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güvendir, M. A., Özkan, Y. Ö. (2015). Türkiye'deki Eğitim Alanında Yayımlanan Bilimsel Dergilerde Ölçek Geliştirme Ve Uyarlama Konulu Makalelerin İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 14(52).
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., Loscalzo, M. J. (2006). The Role of Pictures in Improving Health Communication: a Review of Research on Attention, Comprehension, Recall, and Adherence. Patient Education and Counseling, 61(2), 173-190.
- Kalaycı-Kırılıoğlu, H. İ., Kırılıoğlu, M. (2021). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Engelliliğe İlişkin Tutumları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Toplum ve Sosyal Hizmet, 32(3), 771-786.
- Kalaycı-Kırılıoğlu, H. İ., Daşbaş, S., Karakuş, Ö. (2020). Sosyal Hizmet Uygulamasında Mesleki Uygunluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik. Toplum ve Sosyal Hizmet, 31(3), 793-822.
- Karagöz, Y. (2016). SPSS 23 ve AMOS 23 Uygulamalı İstatistiksel Analizler. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kaya, Ş. D. MaiMaiti, N. (2018).. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Geliştirme Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(4), 601-623.
- Koçak, A., Bulduklu, Y. (2010). "Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları", Selçuk İletişim, 6 (3): 5-17.
- Marsh, H. W., Grayson, D. (1995). Latent Variable Models of Multitrait-Multimethod Data. In R. Hoyle (Ed.), Structural Equation Modeling: Concepts, Issues And Applications, Thousand Oaks, CA:Sage.
- Mendi, B. (2015). "Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar", Öneri Dergisi, 2015; 11(44), 275-290.

- Meydan, H.C., Şeşen, H. (2011). Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulaması. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Özdamar, K. (2017). Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITAB uygulamalı. Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Özmen, S. (2018). Sağlık İletişimine Giriş, İçinde Sağlık İletişimi, N.F. Göksu (Ed.), İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Redmond, N., Baer, H. J., Clark, C.R., Lipsitz, S., Hicks, L.S. (2010). "Sources of Health Information Related to Preventive Health Behaviors in a National Study", American Journal of Preventive Medicine, 38(6) 620-627.
- Sağlık Bakanlığı (2020). Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,55179/saglik-iletisimi-daire-baskanligi.html>, Erişim Tarihi: 02.10.2020.
- Schumacher, P. E., Lomax, R. G. (1996). A Beginners Guide to Structural Equation Modeling. Nahvah, NJ: Lawrance Erlbaum,1996.
- Sezgin, D. (2010). Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerinin Analizi. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şener, E. ve Samur, M. (2013). "Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık", Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (4): 508-523.
- Tanrıverdi, H. (2014). Sağlık Yönetiminde İletişim, içinde Sağlık İşletmeciliği Yönetimi, S. Altındiş, (Ed.), Atatürk Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Erzurum.
- Taşkıran, H. B., Yıldız, E. (2019). "Sağlığa İlişkin Risklerin Önlenmesi Bağlamında Sağlık İletişimi Kampanyalarının ve Yeni Medyanın Rolü", Dördüncü Kuvvet Uluslararası Hakemli Dergi, 2(2): 111-133.
- Tavşancıl E. (2005) Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Uludağ, A. (2011). "Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 31(3): 653-663.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46, 74-85.
- Yıldırım Becerikli, S. (2012). "Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması Yoluyla Kamu Kampanyaları ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği", İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2(43): 163-177.
- Yılmaz, E. (2014). Türkiye'de "Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri", Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 3: 93-108.
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1, 771-774.

Yazar Biyografisi/Biyografileri

Müjdat Yeşildal, Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim elemanı olarak çalışmaktadır.

Hilal Akman Dömbekci, Arş. Gör. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim elemanı olarak çalışmaktadır.

Yunus Emre Öztürk, Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

Ek – 1 Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği

SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARI ÖLÇEĞİ		1 = Kesinlikle katılmıyorum 2 = Katılmıyorum 3 = Kararsızım 4 = Katılıyorum 5 = Kesinlikle katılıyorum				
Etkili iletişim	1. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) beni sabırla dinler*	1	2	3	4	5
	2. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında bana yeterli bilgi verir. *	1	2	3	4	5
	3. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır.	1	2	3	4	5
	4. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) sorularıma eksiksiz cevap verir. *	1	2	3	4	5
	5. Doktorlar muayene esnasında benimle göz teması kurar. *	1	2	3	4	5
	6. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) şikâyetimi önemsemez.	1	2	3	4	5
Sosyal iletişim	7. Muayene esnasında soruları cevaplarken çok rahat olurum*	1	2	3	4	5
	8. Muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum.	1	2	3	4	5
	9. Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim.	1	2	3	4	5
İletişim engelleri	10. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) benimle iletişim kurmak için isteksiz davranır.	1	2	3	4	5
	11. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diş hekimi ve diğerleri) anlamını bilmediğim tıbbi terimleri sıklıkla kullanır.	1	2	3	4	5
	12. Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır.	1	2	3	4	5
	13. Doktorlar reçete ettikleri ilaçlar hakkında detaylı bilgi vermez	1	2	3	4	5
*Ters kodlanan madde						