

Gebelik ve Doğum Sürecinde Sözsüz İletişimin Bize Anlattıkları

HOW DO THE ACCOUNTS OF NONVERBAL COMMUNICATION IN PREGNANCY AND BIRTH PROCESS

Dr. Nurdan KIRIMLIOĞLU^a, Dr. Ömür ELÇİOĞLU^a

^aDeontoloji AD, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ESKİŞEHİR

Özet

Çalışmamız, kadının gebelik ve doğum sürecini kapsayan doktor-hemşire-hasta ilişkisini, bu ilişkide özellikle sözsüz iletişimi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Gebelik ve doğum süreci ile ilgili olarak 388 kişi (49'u bilgilendirilmiş, 339'u bilgilendirilmemiş grubu oluşturacak şekilde) ile görüşülmüştür. Sağlık ekibinin hastayla iletişimini belirlemek amacıyla çalışmanın yürütüldüğü ilde bu alanda hizmet veren 103 doktor 254 ebe/hemşireye açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan soru kağıtları verilmiş, doktorlardan 83'ünün, ebe/hemşirelerden de 222'sinin yanıtları alınmıştır. Katılım doktorlarda %80.58, ebe/hemşirelerde %87.40 olarak gerçekleşmiştir.

Veriler kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra, kişilerin dahil oldukları farklı sosyal güvenlik kuruluşları nedeniyle bu gruplara hizmet veren 3 ayrı hastane ve 14 sağlık ocağından sağlanmıştır. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmelerinde χ^2 ve t testinden yararlanılmıştır. Bu amaçla SPSS 10.0 programı kullanılmıştır.

Doktor-hasta iletişiminde bilgilendirme bir masa başında karşılıklı oturarak gerçekleşmektedir. Kadın doktorlar hastaların gözlerinin içine bakmakta ve erkek doktorlardan daha çok etkin dinleme yöntemi kullanmaktadırlar.

İletişimde mekanların düzenlemesi önemlidir. Doğum servisinde doktor, ebe/hemşire ve diğer personel uygun destek ve çevre oluşturmak için eğitilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, sözsüz iletişim, gebelik, doğum

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005, 13:6-13

Abstract

The aim of this study is to evaluate the relationship between the patient and the physician, midwife and nurse during the process of pregnancy and birth, and to seek nonverbal communication within this relationship.

388 people (49 patients in the informed group and 339 patients in the uninformed group) were interviewed about the pregnancy and birth process. 103 physicians and 254 midwives/nurses were asked to fill in the questionnaires composed of open- and close-ended questions within this research which aims at observing the relations between the medical staff and the patients. 83 physicians and 222 midwives/nurses replied the questions. The rate of participation was 80.58 % among the physicians and 87.40 % among the nurses.

After obtaining the required permissions from the institutions, the data were collected in 3 different hospitals and 14 small health units because the social security institutions to which the patients were affiliated were different. χ^2 and t tests were used for the statistical evaluation of the data. Thus, SPSS 10.0 Program was used.

Enlightment in doctor-patient communication should be at a table biletarally. Female doctors contacts with their eyes and use active listening method better than male doctors.

Arrangement of the atmosphere is important in communication. Doctors, midwives/nurses and the others should be given in delivery services for building appropriate support and environment.

Key Words: Communication, nonverbal communication, pregnancy, birth

Fransızca ve İngilizce'de yazılışı aynı, söylenişi ayrı "communication" kavramı Latince'deki "communicatio" sözcüğünün karşılığıdır. Communication'un kökeninde yine Latince'deki "communis" kavramı bulunmaktadır. Birçok kişiye ya da nesneye ait olan ve ortaklaşa

yapılan anlamlarındaki bu kavramdan hareketle iletişim sözcüğünün özünde, yalnız bir ileti alışverişinden çok, toplumsal nitelikli bir etkileşimi, değiş tokuşu ve paylaşımı içerdiği söylenebilir.

İletişim, insan yaşamının tüm etkinlikleri ile ilgilidir, bu nedenle her zaman her yerde vardır. Toplumsaldır ve anlamların paylaşımıdır, temel amacı insanın çevresinde etkili olma isteğidir ve değişik katmanlarda gerçekleşen bir etkinliktir.

İletişim, nitelikleri bakımından birçok etkene göre sınıflandırılabilir. Kişilerarası iletişim, bir toplumsal ilişkiler sistemi olarak yapılan sınıflandırma içinde yer almaktadır.¹

Geliş Tarihi/Received: 14.01.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 07.03.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Nurdan KIRIMLIOĞLU
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deontoloji AD, ESKİŞEHİR
nurdankirimli@hotmail.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri



Şekil 1. Kişilerarası İletişim Sınıflaması.

Kişilerarası iletişimin kesin bir tanımını yapmak ve bu iletişim şeklini diğer iletişim türlerinden kesin çizgilerle ayırmak, oldukça zordur. Bu yüzden tanımları geniş tutarak, kapsamı ve sürdürülüş şekli ne olursa olsun, kişilerarasında gerçekleşen iletişimlere “kişilerarası iletişim” denilebileceği görüşü hakimdir.

Kişilerarası iletişimin, kendi içinde nasıl sınıflanacağı yolunda çeşitli görüşler ortaya konmuştur. Mevcut sınıflamaları dikkate alan, kapsayıcı bir sınıflama yapıldığında, Şekil 1’de görülen sınıflama ortaya çıkmıştır.²

Sözsüz İletişim

İletişimimizin temel bir yönünü “sözsüz iletişim” oluşturur. Başka deyişle, günlük yaşamda gerçekleştirilen ilişkilerde başvurulan simgesel kodlar içinde sözsüz olanlar, anlam yaratma ve paylaşmada çoğu kez bilincinde olmaksızın, ama kaçınılmaz olarak sürekli kullanılırlar.¹

İyi dinleyici iletişim kurduğu kişinin yalnız söylediklerini değil, yüzü, eli, kolu ve bedeniyle yaptıklarını da duyar. Çünkü yüz ifadelerimizle, el ve kol hareketlerimizle, bedenimizin duruş tarzıyla, sesimizin tonuyla oluşturduğumuz sözsüz mesajlar kullanarak da iletişim kurabiliriz. Karşı karşıya gelerek kurulan kişilerarası iletişimlerde hem sözlü, hem de sözsüz mesajlar aynı anda kullanılır.³

Sözsüz iletişim türü içinde yer alan kodların ortak bazı özellikleri vardır. Bunlar, iletişim yokluğunu olanaksız kılma, duygu ve düşünceleri yetkin biçimde dile getirme, kişiler arasındaki ilişkileri tanımlama ve belirleme, sözlü iletişimin içeriği hakkında bilgi verme, güvenilir iletiler aktarma ve kültüre göre biçimlenme olarak sıralanabilir.¹

Sözsüz iletişimde insanların ne söyledikleri değil, ne yaptıkları ön plana çıkar. Sözsüz iletişimi kendi içinde dört gruba ayırabiliriz:

1. Yüz ve Beden: Yüzümüzdeki ifade, el ve vücut hareketlerimiz, vücudumuzun duruşu ve göz temasımız, sözsüz iletişimde önemli yer tutar.²

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar insanların karşısındakine ve sözlerine ilgi duyup duymadığı, ondan hoşlanıp hoşlanmadığı, ona karşı saldırganca bir tutum içinde olup olmadığı gibi daha çok duygusal yönü ağır basan iletilerin kaynağı olabildiklerini ortaya koymuştur.¹

2. Bedensel Temas: Farklı bedensel temaslar kurarak karşımızdakine çeşitli mesajlar vermeye çalışırız (dokunma, tokalaşma vs.).²

3. Mekan Kullanımı: Mekanın kullanım biçimi ve kişilerarası mesafe, ilişkilerin tanımlanması ve duyguların dile getirilmesi açısından ilginç bir sözsüz iletişim biçimidir.^{1,2}

4. Araçlar: Kişilerarası iletişimde mesaj iletmek için başvurduğumuz yollardan birisi de, bir takım araçlar kullanmaktır. Belirli kıyafetlere bürünerek, rozetler takarak vs. çevremize çeşitli mesajlar iletebiliriz.²

Tutum değişikliği ve ikna amacına yönelik olan kişilerarası iletişim sağlık eğitimi ve iletişimi açısından büyük önem taşımaktadır.⁴

Doğurganlık özelliği nedeni ile kadın sağlığının çocuğun, ailenin dolayısı ile toplumun sağlığı ile yakından ilgisi olması, toplumların kadın sağlığını özel olarak ele almaları gereğini ortaya koymuştur.⁵

Üreme sağlığı, kadının gebelik ile doğumu güvenlik içerisinde geçirmesini ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını da kapsar.^{6,7}

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemi kapsayacak süreçte kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimin çok boyutlu ve özellikli bir yeri vardır.

İletişimde amaç karşılıklı diyaloga girebilmektedir. Diyalogdan mahrum kalmak hangi açıdan bakılırsa bakılınsın başarısızlığın ta kendisidir. Bir kurumda dikey yada yatay bütün ilişkiler düşünüldüğünde burada diyalog yoksa başarıdan söz edilemez. Kendi aralarında sözlü yada sözsüz diyalog kurabilenler başarıya ulaşırlar. Çevremizde bunun olumlu ve olumsuz örneklerini görmek mümkündür.⁸

Çalışmamız, kadının gebelik ve doğum sürecini kapsayan doktor-hemşire-hasta ilişkisini, bu ilişkide özellikli sözsüz iletişimi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Veriler kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra, kişilerin dahil oldukları farklı sosyal güvenlik kuruluşları nedeniyle bu gruplara hizmet veren 3 ayrı hastane ve 14 sağlık ocağından sağlanmıştır.

Araştırmacılar araştırmaya katılan kadınlardan çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan soru kağıdını yanıtlamalarını istemişlerdir. Öğrenim durumları nedeniyle soru kağıtlarını kendileri yanıtlayamayan katılımcılar (hastalar) için sorular araştırmacılar tarafından sorularak yanıtları alınmıştır.

Tablo 1. Bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş gruba ait demografik bilgiler.

	Herhangi bir gebe eğitim programına katılmamış (n=239)			Herhangi bir gebe eğitim programına katılmış (n=49)		
	Bilgilendirilmemiş Grup		Bilgilendirilmiş Grup			
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma		
Yaş ortalaması	27.90	μ	5.46	29.97	μ	4.28
Evlilik yılı	5.95	μ	5.04	5.38	μ	3.86
Eşinin yaş ortalaması	30.70	μ	7.58	33.12	μ	5.45
Toplam gebelik	2.17	μ	1.45	1.67	μ	0.89
Toplam doğum sayısı	1.71	μ	0.93	1.30	μ	0.54
Yaşayan çocuk sayısı	1.55	μ	0.78	1.28	μ	0.54
Kendiliğinden düşük	0.23	μ	0.67	0.20	μ	0.61
Kürtaj sayısı	0.23	μ	0.68	0.20	μ	0.49

Verilerin tamamı kadın araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Araştırmacılar araştırmanın amacını açıklayıp, rıza formlarını sağlamışlardır.

Gebelik ve doğum süreci ile ilgili olarak 388 kişi (49'u bilgilendirilmiş, 339'u bilgilendirilmemiş grubu oluşturacak şekilde) araştırmaya katılmıştır.

Sağlık ekibinin hastayla iletişimini belirlemek amacıyla çalışmanın yürütüldüğü ilde bu alanda hizmet veren 103 doktor 254 ebe/hemşireye açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan soru kağıtları verilmiş doktorlardan 83'ünün, ebe/hemşirelerden de 222'sinin yanıtları alınmıştır. Katılım doktorlarda %80.58, ebe/hemşirelerde %87.40 olarak gerçekleşmiştir.

Verilerin çözümlenmesinde, ankete katılan cevaplayıcıların ele alınan değişkenler bakımından durumlarının betimlenmesinde, değişkenlerin ölçme düzeyleri dikkate alınarak, aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelerden yararlanılmıştır. Bu amaçla SPSS 10.0 Programı kullanılmıştır.

Katılımcıların demografik karakteristikleri ile ele alınan değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunup bulunmadığının belirlenmesinde χ^2 testinden yararlanılmıştır. Bu amaçla düzenlenen kontenjans tablolarında (çapraz tablolarda) boş gözeler ve 5'ten küçük beklenen frekanslar ile karşılaşılmıştır. Ele alınan değişkenlerin düzey sayılarının fazlalığı bu durumun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Çoğunlukla 5'ten küçük beklenen frekansın bulunduğu göze sayısı toplam göze sayısının %25'inden fazla olmuştur. Bu durumlarda değişken düzeyleri araştırmanın amacına uygun bir biçimde birleştirilmiştir. Çözümleme sonuçları bu düzenlemeler yapıldıktan sonraki kontenjans tabloları ve χ^2 testi sonuçları biçiminde sunulmuştur. Ayrıca iki gruba ait oranların karşılaştırılmasında "oranlar arasındaki farka ilişkin t testi"nden yararlanılmıştır.

Bulgular

Gebelik ve doğum süreci ile ilgili olarak gebe eğitim programlarına katılmış 49 kişi araştırmamızın bilgilendirilmiş grubunu oluştururken bu programlara katılmamış 339 kişi de bilgilendirilmemiş grup olarak tanımlanmıştır. Her iki gruba ait demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Bilgilendirilmemiş grupta olan hastaların 2'si (%0.6) okur-yazar değil, 3'ü (%0.9) okur-yazar, 124'ü (%36.6) ilkökul, 30'u (%8.8) ortaokul, 83'ü (%24.5) lise, 92'si ise (%28.6) üniversite mezunudur.

Bilgilendirilmiş grupta olan hastaların 1'i (%2) ilkökul, 4'ü (%8.2) ortaokul, 12'si (%24.5) lise, 32'si (%65.3) üniversite mezunudur.

Bilgilendirilmemiş grupta olan hastaların 227'si (%67) ev hanımıyken 112'sinin (%33) gelir getiren bir mesleği vardır.

Bilgilendirilmiş grupta olan hastaların 14'ü (%28.6) ev hanımıyken, 35'inin (%71.4) gelir getiren bir mesleği vardır.

Bilgilendirilmemiş grupta olan hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde; 162'sinin (%47.8) Emekli Sandığı, 55'inin (%16.2) SSK, 47'sinin (%13.9) Yeşil Kart, 39'unun (%11.5) Bağ-Kur, 11'inin ise (%3.2) Özel Sigortalarının olduğu görülmüştür. Bunun yanında hastaların 21'i (%6.2) herhangi bir sosyal güvenceleri olmadığını, 4'ü (%1.2) sosyal güvencelerinin ne olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Bilgilendirilmiş grupta olan hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde ise 27'sinin (%55.1) Emekli Sandığı, 12'sinin (%24.5) SSK, 7'sinin (%14.3) Bağ-Kur, 2'sinin (%4.1) Özel Sigorta, 1'inin (%2) Yeşil Kartlı olduğu görülmüştür.

Bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş grubun doğum öncesi kontrollerinin yapıldığı ortamın özellikleri bakımından dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Her iki grubun kontrollerinin yapıldığı ortama ilişkin değerlendirmeleri karşılaştırılmış, ortamın temizliği, sakinliği ve yeterince aydınlık olması bakımından bilgilendiril-

Tablo 2. Bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş grubun doğum öncesi kontrollerinin yapıldığı ortamın özellikleri bakımından dağılımı.

Doğum Öncesi Kontrollerinin Yapıldığı Ortamın Özellikleri	Bilgilendirilmemiş Grup		Bilgilendirilmiş Grup		t
	n	oran	n	oran	
a) Sakin	241	0.71	46	0.94	-5.41*
b) Gürültülü	63	0.19	1	0.02	8.28*
c) Sık bölünen bir görüşme ortamı	51	0.15	-	-	-
d) Yeterinde aydınlık	60	0.18	16	0.33	-2.13*
e) Loş	7	0.02	3	0.06	-1.14
f) Temiz	114	0.34	24	0.49	-2.02*
g) Huzurlu	78	0.23	15	0.31	-1.09
h) Tedirgin edici	15	0.04	2	0.04	0.09

• : p<0.05

Tablo 3. Bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş grubun doktorlarının muayene öncesi ve sonrasında hastayla birlikte oturma şekli bakımından dağılımı.

Oturma Şekli	Bilgilendirilmemiş Grup		Bilgilendirilmiş Grup	
	n	%	n	%
a)Doktor masasında ben tam karşısında	253	74.5	38	77.6
b)Doktor masasında ben onunla 90°'lik açı olacak şekilde masasının yanında	31	9.1	10	20.4
c)Doktor masasında ben ayakta	15	4.4	1	2
d)Doktor ve ben her ikimizde ayakta	12	3.5	-	-
e)Doktor ayakta ben otururum	24	7.1	-	-
Toplam	335	98.7	49	100

Bilgilendirilmemiş gruptan 4 kişi (%1.3) bu soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Tablo 4. Doktorların cinsiyetinin hastalarını dinleme davranışları bakımından dağılımı.

Doktorların Cinsiyeti	Hastaların Dinleme Davranışları			t
	Gözünün içine bakarak sadece dinlemek	Dinlediğini belirten hareketler yapmak	Gözünün içine bakarak dinlemek ve dinlediğini belirten hareketler yapmak	
Kadın	1	11	27	39
Erkek	5	21	18	44
Toplam	6	32	45	83

miş grubun lehine, ortamın gürültülü olması da bilgilendirilmemiş grubun lehine olarak farklı bulunmuştur.

Bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş grubun doktorlarının muayene öncesi ve sonrasında hastayla birlikte oturma şekli bakımından dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş gruptaki hastaların çoğunluğu doktorlarıyla bir masa başında karşılıklı oturarak görüşmelerini ifade etmişlerdir.

Bilgilendirilmemiş grupta olan hastaların 276'sı (%81.4) muayene için sağlık ekibine başvurduklarında üzerlerinde mesleklerini simgeleyen üniforma, 52'si (%15.3) sivil giysi, 7'si (%2.1) ameliyathane giysisi, bilgilendirilmiş grupta olan hastaların 44'ü (%89.8) mesleklerini simgeleyen üniforma, 5'i ise (%10.2) sivil giysi olduğunu belirtmişlerdir.

İlimizde jinekoloji ve obstetrik alanında hizmet veren 83 doktor ve 222 ebe/hemşireye ait veriler aşağıda sunulmuştur.

- Doktorların 18'i uzman, 52'si pratisyen, 13'ü araştırma görevlisidir.
- Doktorların 39'u kadın, 44'ü erkektir.
- Doktorların yaş ortalaması $\Rightarrow 35.43 \pm 6.87$
- Hemşirelerin yaş ortalaması $\Rightarrow 32.09 \pm 5.48$
- Doktorların ortalama çalışma süreleri $\Rightarrow 10.93 \pm 6.90$ yıl
- Ebe/hemşirelerin ortalama çalışma süreleri $\Rightarrow 13.01 \pm 5.55$ yıl olarak bulunmuştur.

Hastalarını dinlerken doktorların 6'sı (%7.2), ebe/hemşirelerin 12'si (%5.5) gözlerinin içine bakarak

sadece dinlediklerini, doktorların 77'si (%92.8), ebe/hemşirelerin 210'u (%94.6) gözlerinin içine bakarak dinlediklerini ve dinlediklerini belirten hareketler yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Doktorların cinsiyetinin hastalarını dinleme davranışları bakımından dağılımı incelenmiş istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak kadın doktorların daha etkin dinleme (gözünün içine bakarak dinlemek ve dinlediğini belirten hareketler yapmak) davranışı gösterdikleri görülmüştür.

Görüşmeleri sırasında doktorların 8'i (%9.6), ebe/hemşirelerin 6'sı (%2.7) 0.5 m'den daha az olan içli dışlı mesafeyi kullandıklarını, doktorların 46'sı (%55.4), ebe/hemşirelerin 20'si (%9.0) 0.5-1 m arasında olan samimi mesafeyi kullandıklarını, doktorların 29'u (%34.9), ebe/hemşirelerin 196'sı (%88.3) 1-2 m arasında olan toplumsal mesafeyi kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5).

χ^2 testi sonucunda hastayla aralarında bıraktıkları mesafe bakımından doktorlar ile ebe/hemşireler arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Doktorlara oranla ebe/hemşirelerin çoğunluğu mesafeyi fazla bırakmaktadır.

Sağlık ekibinin görüşmeleri sırasında hastayla birbirlerine göre konumları bakımından dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Sağlık ekibinin görüşmeleri sırasında hastayla birbirlerine göre konumları bakımından dağılımları incelenmiş, sağlık ekibinin masasında oturması hastanın tam karşısında oturması, sağlık ekibinin masasında oturması hastanın ayakta durması bakımından doktorun lehine, sağlık ekibinin ayakta durması hastanın oturması, hasta ve sağlık ekibinin her ikisinin de ayakta durması bakımından hemşirelerin lehine bir sonuca varılmıştır.

Doktorların 70'i (%84,3) görüşmeleri sırasında iş gömleğini tercih ettiklerini belirtmişlerdir. 31'i (%37.3) beyazın temizliğin simgesi olması, 16'sı (%19.2) farklı olduğunu vurgulamak, 15'i (%18.1) resmi, mesafeli olduğunu belirtmek, 3'ü (%3.6) hasta ile yakın olduğunu hissettirmek amacıyla iş gömleğini tercih ettiklerini belirtmişlerdir

Tartışma

Hasta ile doktor arasındaki duvarı kırmak için ilk sırada hastayı dinlemek ve ihtiyaçlarına cevap vermek yer almaktadır.⁹

Etkin dinleme, kendi duygularını başkasına yansıtmadan, karşısındakinin duygularını anlamak, etkin soru ve konuşmalarla karşı tarafın kendini açmasını sağlamak olarak tanımlanabilir.¹⁰

Etkin dinleme yöntemleri; göz teması kurmak, konuşmacının sözünü kesmemek, söylenenleri onaylamak, geri bildirim vermek, söylenenleri dikkatli dinlemektir.¹¹

Tablo 5. Sağlık ekibinin görüşmeleri sırasında hastayla aralarındaki mesafe bakımından dağılımı.

Sağlık Ekibinin Görüşmeleri Sırasında Hastayla Aralarında Mesafe	Sağlık Ekibi		t
	Doktor	Ebe/Hemşire	
0,5 m' den daha az	8	6	14
0,5-1 m arası	46	20	66
1-2 m arası	29	196	225
Toplam	83	222	305

$\chi^2= 89,778$ s.d. = 2 p = 0,000 p < 0,05

Tablo 6. Sağlık ekibinin görüşmeleri sırasında hastayla birbirlerine göre konumları bakımından dağılımı.

Sağlık Ekibinin Hastayla Birbirlerine Göre Konumları	Doktor		Ebe/hemşire	
	n	%	n	%
1- Ben masamda otururum, hasta tam karşımda oturur	53	63.9	16	7.2
2- Ben masamda, hasta 90 derecelik açıyla masamın yanında	16	19.3	43	19.4
3- Ben masamda otururum, hasta ayakta durur	8	9.6	2	0.9
4- Her ikimizde ayakta dururuz	2	2.4	26	11.7
5- Ben ayakta dururum, hasta oturur	2	2.4	33	14.9
6- Masamda otururum, hasta karşımda oturur ya da ben ayakta oturur	1	1.2	4	1.8
7- Birbirimizi göreceğ şekilde oturarak	1	1.2	-	-
8- Ben ayakta, hasta yatarak	-	-	8	3.6
9- Aramızda iletişimi engelleyecek nesnelere (masa vs.) olmadan her ikimizde oturarak	-	-	1	0.5

Yardım isteyen birisini dinlerken onun dinlenme ihtiyacının çok büyük olduğunu göz önünde tutmalıyız. Yardım isteyen birisi, hareketlerimizi daha büyük gözlerle takip eder. Olağan tepkiler bile onda her zamankinden büyük etkiler yapar.¹²

Bir kişinin bakmakta olduğu yerin gözlenmesinden, o kişinin nereye ve neye baktığını anlayabiliriz ve sonuçta onun ilgisini çeken şeyin ne olduğunu tahmin edebiliriz. Ayrıca onun ilgilendiği şeylerden ve genel durumdan da, onun ne yapacağı konusunda oldukça iyi bir tahminde bulunabiliriz. Sonuçta göz hareketleri zengin ve önemli bir sözsüz iletişim aracı olabilir.

Pek çok kişisel etkileşim, iki insanın doğrudan birbirlerine bakmaları şeklindeki kısa bir zaman süresinde başlatılır. Doğrudan göz teması, her ikisinin de birbirinin dikkatini çektiğinin ve bu etkileşimin izlediği, sonradan gelişecek bazı durumların bir işaretidir. Göz teması, konuşmayla ilgili etkileşimlerin düzenlenmesinde önemli bir rol oynar.¹³

Araştırma bulgularımıza göre doktorlar ve ebe/hemşirelerin tamamına yakını hastalarını dinlerken göz

teması kurduklarını ve etkin bir şekilde dinlediklerini ifade etmişlerdir. Bu bildirim kadın doktorlarda daha büyük yüzdelere görülmektedir.

İletişim tekniğinin en önemli öğelerinden biri olan etkin dinleme yönteminin uygulanması hastanın açık ve örtük endişelerini ortaya koymasına imkan verir¹⁴. Bu bakımdan araştırma bulgularımız bu konuda herhangi bir iletişim engeli yaşanmadığını belirttiğinden olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Mekan, iletişimde genellikle çok örtülü biçimde etkili olduğundan öneminin ve iletişimsel değerinin çoğu kez farkına varılmaz. Oysa, iletişim ortamını oluşturan temel etkenlerden biridir. Çok büyük/çok küçük, çok kalabalık/çok ıssız ve çok ışıklı/çok loş yerler iletişim üzerinde değişik etkilerde bulunurlar. Bir odanın düzenleniş tarzı, mobilyaların biçimi, rengi, oturuş düzeni gibi mekansal özellikler kişilerarası iletişim üzerinde etkili olur.¹

Bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş grubun doğum öncesi kontrolleri sırasında içinde buldukları ortamda iletişimi olumsuz olarak etkileyecek gürültü, kalabalık v.s. gibi özelliklerin yüksek oranda olmayışı mekansal özelliklerin önemsendiğinin bir göstergesi olabilir. Ancak bu konuyla ilgili başka bir araştırma bulgusu elde edilemediğinden herhangi bir değerlendirmeye gidilememiştir.

İnsanlar, kendi çevrelerinde oluşturdukları boş mekanlar yoluyla da iletişimde bulunurlar. Başka insanlara olan uzaklığımızı ayarlayarak, onlara uzak ya da yakın durarak, bir takım mesajlar iletebiliriz.²

Mekan ilişkiler ve iletişim bağlamında inceleyeler (PROXEMİCS) her insanın bir kişisel mekanı olduğunu söylerler. Psikolojik bir mekan algısı yansıtan bu düşünce, izin verilmedikçe bir başkasının giremeyeceği, bireyin gövdesini çevreleyen ve ancak kendisi tarafından belirgin olan bir mekandır.

Kişisel mekanı, insanı içine alan bir hava kabarcığı gibi betimleyen Edward T.Hall dört temel mesafe belirlemiştir.

1) İçlidişli (çok yakın) mesafe: 0-50cm. Vücut temasına ya da çok yakın duruşlara olanak veren mesafe çok yakınlık duyulan kişiler için, izin verildiği zamanda ve ölçüde geçerlidir. Bu nedenle de, kalabalık bir asansörde, otobüste özelleştirilmiş mekanın sınırlarını aşan yakınlıklar rahatsızlık verir.

2) Samimi (kişisel) mesafe: 50 cm-1 m. Yakın arkadaşlar, akrabalar, tanıdıklar genelde bu mesafede iletişimde bulunurlar. Bu mesafede belli durumlarda el, omuzu tutma, sarma gibi fiziksel yakınlıklar yer alabilir.

3) Toplumsal (sosyal) mesafe: İkincil, resmi ilişkilerin gerçekleştiği bu mesafe 1m-2m arasında değişir. Bu mesafe içinde, ilişkinin başlangıcında ve sonunda yer ala-

bilen el sıkışma gibi bir temas dışında fiziksel yakınlık söz konusu değildir. Bu mesafeler birlikte çalışan, birbirlerine saygılı davranan, fakat fazla samimi olmayan kişiler için geçerlidir. Dışarıdan bakıldığında bu buluşmaların resmi olduğu hemen anlaşılır.

4) Yabancılar için (kamuoyu) mesafe: Toplumsal mesafenin bitim noktasından genişleyen bir mesafedir. Genelde yabancılar için geçerli olan bu mesafe, tanıdık kişiler söz konusu olduğunda uzak durma/mesafe koyma isteğini yansıtır.^{1,15,16}

Literatür bilgileriyle hasta-sağlık çalışanı arasında bulunan mesafeler değerlendirildiğinde; doktorların yarısından fazlasının (0,5-1 m arasında değişen) samimi mesafeyi kullandıkları hemşirelerin çoğunluğunun ise (1-2 m arasında değişen) toplumsal mesafeyi kullandıkları görülmüştür. Bu konu ile ilgili bir başka araştırma bulgusu elde edilemediğinden herhangi bir değerlendirmeye gidilememiştir.

“Ölüm-kalım” konusunda etkili oldukları için doktorlar, dünya üzerinde büyük saygı görmüş ve geleneksel olarak kendilerine çok büyük güç atfedilmiştir. Bunun sonucu olarak doktor-hasta ilişkilerinin büyük bölümünde güç dengesi önemli ölçüde doktordan yana ağır basmıştır.^{17,18}

Güç arayışı olan yerde soyutlanma süreci vardır, soyutlanan da çatışma yaratmaya zorunludur. Dünyanın her yerinde olup biten budur. Her bir grup güç peşindedir ve böylece kendini soyutlar.¹⁹

Gücün algılanması ile ilgili iki örnek bizi bu konuda düşünmeye yönlendiriyor:

1. “Bir yere kadar mesafe koymanın gerekli olduğunu düşünürdüm ama sanırım çoğu bunda aşırıya kaçıyor. Baskılar çoğu kere doğal şefkate yer bırakmıyor. Bize öğretilen duygusal tarafsızlık saçmalaktan başka bir şey değil. Bunun yerine bizlere, karar verme yetisini azaltmıyacak biçimde duyguların ifade edilmesini sağlayan akılcı bir ilgi göstermek öğretilmeli.”

2. “Masamdan kalkmayı ve yalnız ofisimin değil kalbimin de kapısını açmayı denedim. Şimdi masam gerçekten duvara dayalı duruyor ve artık hastalarımla iki eşit insan olarak karşı karşıya oturuyoruz. Masamın ortada olmamasını garipseyen bir telefon tamircisi, bir marangoz ve bir tıp öğrencisine, hastamla aramda iletişim kurmamı engelleyecek ve beni bir başarısızlık uzmanı haline getirecek bir şey istemediğimi anlatmak zorunda kaldım.”²⁰

Yapılan bir araştırma, hekimin masa arkasında oturması ile hastaların kendilerini rahat ve güvende hissetmeleri arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Hastaların sadece %10’u doktorların masa arkasında oturmasının kendilerini rahatlattığını söylemişlerdir. Buna karşılık, hastaların %90’ı bu konuda çeşitli derecelerde olumsuz duygular yaşadıklarını ifade etmiştir.¹⁴

Araştırma bulgularımıza göre doktorların yarısından fazlası hastaları ile bir masa karşısında oturarak görüşmelerini sürdürdüklerini, her iki gruptaki hastaların çoğunluğunun da aynı bildirimde buldukları görülmüştür. Ulaşabildiğimiz literatür bilgileri iletişimde oturma biçimi ve aradaki mesafenin önemine değinmektedir. Yukarıda bahsi geçen araştırma bulgularına göre böyle bir oturuş düzeni nedeniyle hastaların çeşitli derecelerde olumsuz duygular yaşadıkları hatırlandığında araştırma bulgularımız hastaların da benzer olumsuz duygular yaşamış olduklarını düşündürmüştür.

Oturma düzeni iletişimde önemli bir unsurdur. Sağlık ekibinin bir masada başvuranla karşı karşıya oturması yükseklik ifadesi verebilir ve başvurunu rahatsız edebilir. İşbirliği amacıyla kurulan bir ilişkide uygun olanı, 90°'lik açıyla oturmaktır.^{21,22}

Ancak araştırma bulgularımıza göre hem sağlık ekibi hem de hastaların küçük bir yüzdesi böyle bir oturma düzeni kullandıklarını ifade etmişlerdir.

İletişime giriş yolu olarak giyimi kullanma açık bir yöntemdir. Toplumsal tabakalaşma ve farklılaşmanın olmadığı toplumlarda bile, en azından cinsiyete, yaşa, belli becerilere ve ayrıcalıklara göre insanlar değişik rolleri üstlendiklerinden, giyim kuşam ve süsler de bu ölçütlere göre biçim ve anlam taşırlar.

Kişinin beğenilerini, o anda içinde bulunduğu ruhsal durumu, karşısındakilere verdiği önemi, değeri ya da üstünlük taslama çabası içinde olup olmadığını sözleri ve bedeni kadar, giyim ve kuşamı da yansıtır. Kısaca, kişilerarası iletişimde önemli olan izlenim yaratma açısından giyimin rolü çok önemlidir. Yerine, zamanına uymayan giyim çok değerli nice sözün üstünkörü dinlenmesine ve yanlış olarak algılanmasına yol açabilir.^{1,13}

Araştırmamızda bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş gruptaki hastaların yaklaşık olarak çoğunun görüşme esnasında sağlık ekibinin üniforma giydiklerini, doktorların çoğunun da üniformayı tercih ettiklerini belirtmesi ilk izlenim açısından büyük rol oynayan fiziki görünümün giyim tarzı ile desteklenmesinin iletişimin olumlu yönde gelişmesine yardımcı olacağını düşündürmektedir. Bu konuyla ilgili başka bir araştırma bulgusu elde edilemediğinden herhangi bir değerlendirmeye gidilememiştir.

Sonuç

Kadın doktorlar hastaların gözlerinin içine bakmakta ve erkek doktorlardan daha çok etkin dinleme yöntemlerinden yararlanmaktadır.

Doktor – hasta iletişimde bilgilendirme bir masa başında karşılıklı oturarak gerçekleşmektedir.

Doktor – hasta iletişiminde kişilerin 90°'lik açı oluşturarak oturmaları önerilmesine karşın bu oturuş şekli

bilgilendirilmiş gruptaki hastaların sadece 1/5'i tarafından ifade edilmiştir.

İletişimde mekanların düzenlenmesi önemlidir. Bu nedenle jinekoloji ve obstetrik alanında verilen hizmete uygun olarak ortamların yeniden düzenlenmesi gerekir (psikolojik desteğin verilebileceği, gerektiğinde hasta yakınının da birlikte olacağı, diğer hastalardan ayrı travay odaları, tek kişilik doğum salonları vb.)

Doğum, yalnızca anneyi ve aileyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyen bir olay değil, doğuma yardımcı ekip üyeleri için de başlı başına bir deneyimdir. Doğumun olumlu koşullarda geçirilmesi, anne ve ailenin gereksinimlerinin karşılanması için ekip yaklaşımı, bilgi ve beceri gereklidir.

Doğum servislerinde doktor, ebe/hemşire ve diğer personel uygun destek ve çevre oluşturmak için eğitilmelidir.

Sağlık hizmeti bir ekip yaklaşımı ile yürütüldüğünden hem doktorların hem de ebe/hemşirelerin öğrenimlerinde iletişime ilgili uygulamalı dersler planlanmalı ve programları içinde yer almalıdır.

Teşekkür

Çalışmamıza katılan hasta grubuna, doktor ve ebe/hemşirelere, verilerimizin istatistiki olarak değerlendirilmesinde yardımcı olan Yrd.Doç.Dr. Zeki Yıldız'a ilgi, destek ve katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Zılhoğlu M. İletişim Nedir? İstanbul: Cem Yayınevi; 1996. s.1-23,178-221.
2. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. 18. Baskı. İstanbul: Sistem Yayınları; 2002. s.23-34.
3. Cüceloğlu D. İnsan İnsana. 3. Baskı. Altın Kitaplar Yayınevi; 1982. s.155.
4. Tabak RS. Sağlık İletişimi. İstanbul: Literatür Yayınları; 1999. s.32.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaası; 1997. s.2.
6. Özvarış ŞB. Üreme Sağlığı/Aile Planlaması. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı;1997. s.1-4.
7. ... 21. Yüzyılda Herkes İçin Üreme Sağlığı ve Hakları Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (Eylül 1994) Önerilen Etkinliklere İlişkin Özet Rapor. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 1995. s.6.
8. Kayaalp İ. İletişimde İnsan Dili.İstanbul: Bilge Kültür Sanat; 2002. s.20.
9. Richards T. Patients' priorities, BMJ 1999;318:277.
10. Karlıkaya E, Hatipoğlu B, Karlıkaya C. Hastaya Gerçeği Söylemek. Sendrom 2000;46-54.
11. Dinççağ A. Sevgili Doktorum Anla Beni. İstanbul: Kansu Matbaası; 2003. s.38.
12. Apuhan RŞ. İnsan İlişkilerinde En Etkili Davranışlar. 3. Baskı. İstanbul: Timaş Yayınları; 1999. s.70.

13. Yüksel AH. Bireylerarası İletişime Giriş. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları No:96;1994. s.25-6,54.
14. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitapevi; 2000. s.124-6.
15. Schober O. Beden Dili. (Çev. Özbent S.). 5. Baskı. İstanbul: Arion Yayınevi; 2001. s.88-9.
16. Northouse PG, Northouse LL. Health Communication. 2nd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton&Lange; 1992. p.133-5.
17. Baltaş A, Baltaş Z. Hekim – Hasta İlişkilerinde İletişimin Geliştirilmesi. Sendrom 1997; 9(9):106-9.
18. Metcalfe D. Doctors and patients should be fellow travellers, BMJ 1998;316:1890-3.
19. Krishnamurti J. İlişki Üzerine. (Çev.Volkan N.). 2. Baskı. İstanbul: Ayna Yayınevi; 2000. s.25.
20. Siegel B. Kanser Tıp ve mucizeler. (Çev. Celbiş A.). İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık; 1998. s.34-5.
21. ... Danışmanlık, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. 3. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 2000. s.65-83.
22. Özyurda F. Danışmanlık. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 1997. s.49-55.