



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTA GÖRÜŞMESİ SIRASINDA ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARININ  
İNCELENMESİNİN HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNE ETKİSİNİN HEKİM  
GÖZÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Adem AY

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2025

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTA GÖRÜŞMESİ SIRASINDA ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARININ  
İNCELENMESİNİN HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNE ETKİSİNİN HEKİM  
GÖZÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Adem AY

UZMANLIK TEZİ

Danışman  
Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ  
Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

KONYA – 2025

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde geçirdiğim süre boyunca bilgi ve deneyimlerimden yararlandığım, yapmış olduğum çalışmanın ve asistanlık sürecinin her aşamasında desteğini hissettiğim, hayata karşı olan pozitif enerjisini, duruşunu, çalışma disiplini hep örnek alacağım Sayın Prof. Dr. Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU hocama, her yanına gittiğimde sabırla, gülen yüzüyle yardımcı olan, tez sürecimde büyük destek veren ve bana hoca öğrenci mesafesini hissettirmeyen, çalışkanlığını ve pozitifliğini örnek alacağım Sayın Doç. Dr. Nur DEMİRBAŞ hocama çok teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen ve eğitimimiz için çaba sarf eden, burada aile ortamının oluşmasını sağlayan Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN ve Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra YAKA hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık süresince birlikte çalıştığım, birçok şeyi paylaştığım, günlerimin güzel geçmesini sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm sekreterimiz sevgili Birsen BATAŞ'a, destekleri, sevgileri ve anlayışları için teşekkür ederim.

Benim için büyük fedakarlıklar yapan, her konuda, her an desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren ve benim için hala çabalayan, emek harcayan, oğulları olmaktan gurur duyduğum canım annem Saher AY'a, canım babam Hikmet AY'a, canımdan öte kardeşlerim Abdi AY ve Mustafa AY'a, evlendiğim günden beri her konuda destek veren, oğlu olduğumu hissettiren, sayesinde eğitimime devam edebildiğim canım annem Emine ODACI'ya ve babam Şevket ODACI'ya hayatımda oldukları için çok teşekkür ederim.

Benim için hayatın diğer anlamı, en büyük şansım, her konuda sonsuz destekçim, her açıdan örnek aldığım bir tanecik eşim, Buket AY'a, doğdukları andan beri hayata bakış açımı değiştiren, yaşam kaynağım, hayatımın eşsiz renkleri ve baharı, biricik oğullarım Mehmed Zahid AY ve Ömer Faruk AY'a, yaşamayı sevdirdikleri için sonsuz teşekkür ederim.

Adem AY

EKİM - 2025

## ÖZET

# HASTA GÖRÜŞMESİ SIRASINDA ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARININ İNCELENMESİNİN HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNE ETKİSİNİN HEKİM GÖZÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Adem AY

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2025

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı hekimlerin elektronik sağlık kayıtlarının (ESK) kullanılması hakkındaki tutum ve davranışlarını belirlemek, bu durumun hasta-hekim iletişimine etkisinin değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tasarımda olan bu çalışmanın örneklemini hastane ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 478 hekim oluşturmuştur. Veri toplamada araştırmacılar tarafından oluşturulan “Elektronik Sağlık Kayıtları Kullanma Tutum-Davranış Formu” ile “Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği (SPİBÖ)” kullanılmıştır. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler, iki ve çoklu grup karşılaştırmaları ile korelasyon testleri uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edildi. Çalışma kapsamında SPİBÖ’nün iç tutarlılığı  $\alpha = 0,952$  olarak saptandı.

**Bulgular:** Katılımcıların %66,3’ü erkekti ve %52,3’ü aile hekimliği alanında çalışıyordu. Katılımcılardan “ağır” iş yükü bildirenlerin oranı %45,4’dü. Hekimlerin %58,6’sı ESK’yi her zaman, %36,8’i bazen kullandığını; %70,1’i ESK veri girişi için eğitim almadığını belirtti. Hasta başı ortalama ekrana bakma süresi  $5,73 \pm 3,88$  dk idi. ESK’de en sık kontrol edilen içerik tetkik sonuçları (%90,79) olup, bunu ilaç bilgisi (%81,17) ve eski tanılar (%71,97) izledi. SPİBÖ toplam puanı  $82,58 \pm 17,0$  (empati  $23,78 \pm 5,49$ , bilgilendirici iletişim  $26,44 \pm 5,35$ , saygı  $14,79 \pm 3,45$ , sosyal beceri  $17,57 \pm 3,74$ ) saptandı. Ekrana bakma süresi, SPİBÖ toplam ( $r = 0,129$ ;  $p = 0,005$ ) ve empati, bilgilendirici iletişim ile saygı alt boyutlarıyla pozitif yönde zayıf düzeyde

ilişkiliydi (sırasıyla  $r=0,127$ ;  $p=0,006$ ;  $r=0,111$ ;  $p=0,015$ ;  $r=0,127$ ;  $p=0,005$ ). Yaş ve hekimlik süresi SPİBÖ ile pozitif; haftalık çalışma süresi empati ve saygı alt boyutları ile negatif ilişkiliydi ( $p=0,040$  ve  $p=0,026$ ). Mesai dışında veri girişi yapan hekimler, SPİBÖ toplam ve alt boyutlarında daha yüksek puanlar aldı.

**Sonuç:** Çalışmanın bulguları ESK kullanımının hekim-hasta iletişimini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, hekimlerin ESK kullanımında sistematik eğitimlerle desteklenmesi, iş yükünün dengelenmesi ve dijital süreçlerin hekim-hasta iletişimini teşvik edecek şekilde düzenlenmesi hasta-hekim etkileşiminin niteliğini arttırabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Elektronik Sağlık Kayıtları; Hekim-Hasta İletişimi; İletişim Becerileri; Tutum.

## ABSTRACT

### EVALUATION OF THE IMPACT OF REVIEWING ELECTRONIC HEALTH RECORDS DURING PATIENT CONSULTATIONS ON PATIENT–PHYSICIAN COMMUNICATION FROM THE PHYSICIAN’S PERSPECTIVE

Dr. Adem AY

THE MASTER THESIS

KONYA 2025

**Objective:** The aim of this study was to determine physicians' attitudes and behaviors regarding the use of electronic health records (EHR) and to evaluate their impact on patient-physician communication.

**Materials and Methods:** This cross-sectional, descriptive study was conducted in Turkey in 2024. The study sample consisted of 478 physicians working at hospital and Family Health Center levels. Data collection included the "Electronic Health Records Usage Attitude-Behavior Form" and the "Health Professional Communication Skills Scale (HCPS)" developed by the researchers. Statistical analysis included descriptive statistics, two- and multiple-group comparisons, and correlation tests.  $P < 0.05$  was accepted as statistical significance. The internal consistency of the HCPS was determined as  $\alpha = 0.952$ .

**Findings:** 66.3% of the participants were male, and 52.3% worked in family medicine. The proportion of participants reporting a "heavy" workload was 45.4%. Of the physicians, 58.6% always used the EHR, 36.8% sometimes used it, and 70.1% reported not having received training in EHR data entry. The average screen viewing time was  $5.73 \pm 3.88$  minutes. The most frequently referenced content in the EHR was examination results (90.79%), followed by drug information (81.17%) and previous diagnoses (71.97%). The total SPIBS score was  $82.58 \pm 17$  (empathy  $23.78 \pm 5.49$ , informative communication  $26.44 \pm 5.35$ , respect  $14.79 \pm 3.45$ , social skills  $17.57 \pm 3.74$ ). Screen viewing time was positively correlated with the SPISS total ( $r = 0.129$ ;  $p = 0.005$ ) and the empathy, informative communication, and respect subscales ( $r = 0.127$ ;  $p = 0.006$ ;  $r = 0.111$ ;  $p = 0.015$ ;  $r = 0.127$ ;  $p = 0.005$ , respectively). Age and length of service were positively correlated with the SPISS, while weekly work hours were negatively correlated with the empathy and respect subscales ( $p = 0.040$  and  $p = 0.026$ ). Physicians who entered data outside

of work hours had higher SPISS total and subscale scores (e.g., total  $86.07 \pm 17.21$  vs.  $81.83 \pm 16.19 / 81.87 \pm 17.88$ ;  $p=0.006$ ).

**Conclusion:** The study findings suggest that the use of EHRs may positively affect physician-patient communication. In conclusion, it is believed that supporting physicians with systematic training in the use of EHRs, balancing workload, and organizing digital processes to encourage physician-patient communication can improve the quality of patient-physician interactions.

**Keywords:** Electronic health records; physician-patient communication; communication skills; attitude.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İletişim Tanımı .....	3
2.2. Sağlık Hizmetlerinde İletişim .....	3
2.3. Hekim-Hasta İletişimi .....	4
2.4. Hekim-Hasta İletişimini Etkileyen Faktörler .....	5
2.5. Elektronik Sağlık Kayıtları.....	6
2.6. Türkiye’de Elektronik Sağlık Kayıt Sistemi .....	7
2.7. ESK'nın Hasta-Hekim İletişimine Etkisi.....	7
2.7.1. ESK'nın Olumlu Etkileri .....	7
2.7.2. ESK'nın Olumsuz Etkileri .....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	10
3.1. Araştırmanın Tasarımı .....	10
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	10
3.3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri .....	10
3.4. Veri Toplama Araçları .....	11
3.5. Verilerin Toplanması.....	12
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	12
3.6. Verilerin Analizi .....	12
4.BULGULAR .....	14
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin (kategorik) İncelenmesi.....	14
4.2. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanım durumları.....	14
4.3. Katılımcıların sosyodemografik (numerik) özellikleri .....	15
4.4. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanma tutum ve davranışların değerlendirilmesi.....	16

4.5. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarında en çok baktığı bilgiler .....	19
4.6. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri .....	19
4.7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	20
4.8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	21
4.9. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	23
5. TARTIŞMA .....	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	27
6.1. Öneriler .....	28
7. KAYNAKLAR .....	30
8. EKLER .....	35
EK A. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	35
EK B. Elektronik Sağlık Kayıtlarını Kullanma Tutum ve Davranışlar Formu .....	37
EK C. Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği .....	38
EK D. Etik Kurul Onayı.....	39

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik (kategorik) özellikleri .....	16
Tablo 2. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanım durumları .....	18
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik (numerik) özellikleri .....	19
Tablo 4. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanma tutum ve davranışların değerlendirilmesi .....	20
Tablo 5. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarında en çok baktığı bilgiler.....	21
Tablo 6. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri .....	22
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	20
Tablo 8 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması.....	21
Tablo 9 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	23

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hekim-hasta iletişimi, sağlık sisteminin temel unsurlarından biri olup hekimlerin klinik yetkinliğini doğrudan etkileyen bir beceridir. Etkili iletişim, doğru tanı koyma, tedaviyi sürdürme, hasta güvenini sağlama ve hastanın stresini azaltarak tedaviye uyumunu artırmada önemli rol oynar (kaynak). Bu süreçte hasta, sağlık durumunu daha iyi anlayabilir ve tedavi sürecinde daha bilinçli davranabilir. Hekim merkezli görüşmeler bilgi toplamada hızlı olsa da hastanın kendini ifade etmesini engelleyebilirken, hasta merkezli görüşmeler açık uçlu sorularla hastaya zaman tanır, semptomların doğru tanımlanmasına ve empatik iletişimin kurulmasına olanak sağlar. Bu tür iletişimde hekimlerin sözlü (aktif dinleme, yansıtıcı ifadeler) ve sözsüz (göz teması, jest ve mimikler) yöntemleri kullanmaları önerilir; ancak iş yükü, kısa muayene süreleri ve elektronik kayıt zorunlulukları bu süreci zorlaştırabilmektedir (1,2).

Geleneksel olarak tıbbi kayıtlar bireyle ilgili sağlık bilgilerinin detaylı şekilde kaydedildiği kağıt temelli sistemler ile yürütülmekteydi. Ancak teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık sistemi bireylerle ilgili çok sayıda veriyi organize etmek için giderek daha fazla dijital sistemlere yönelmektedir (3). Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK), kişiye ait tıbbi bilgilerin sistematik bir biçimde bilgisayar ortamında toplanmasını, korunmasını ve paylaşılmasını sağlayan; bu verilerin ilişkilendirilip işlenerek ihtiyaç halinde sağlık personelleri için hızla erişilebilir olmasını mümkün kılan bilgi sistemleridir (4). Bu sistemin temel amacı bireyle ilgili bilgilere hızlı erişimi sağlayarak tıbbi hataları en aza indirmek, etkili iletişim ve bilgi paylaşımını sağlamak, ayrıca eğitim ve araştırma faaliyetleri için gerekli sağlık verilerini sunarak bakım kalitesini artırmaktır (5). Bununla birlikte ESK zamanın daha verimli harcanmasını sağlayan kullanışlı araçlardır (6,7).

ESK günümüzde önemli bir sağlık bileşeni haline gelmiştir ve klinik karar vermede bir çok klinisyen daha verimli bir tıbbi bakım sağlanacağı ve tıbbi yönden daha az hata yapılacağı kanaatindedir (8). Klinisyenlerin ESK'ya ilişkin algılarının zamanla olgunlaştığını, ESK kullanımının başlangıca kıyasla genel bakım kalitesini artırdığı, ilaçla ilişkili hataları azalttığı, tetkik sonuçlarının izlenmesini kolaylaştırdığı ve klinisyenler arası iletişimi güçlendirdiği yönündeki kanaat belirgin biçimde artmıştır (Kaynak). Buna paralel olarak, ESK'nın hasta etkileşimlerinin niteliğini zayıflattığı, görüşme sürelerini uzattığı ve dokümantasyon yükünü artırdığına dair kaygılar kademeli biçimde azalmıştır (9).

Muayene sırasında sağlık verilerinin sisteme işlenmesi, elektronik istemlerin oluşturulması ve tetkik sonuçlarının görüntülenmesi hem hasta hem de klinisyen açısından dikkati kolayca bölebilen işlemlerdir. Klinik uygulayıcı ekranla yoğun biçimde meşgul olduğunda, görüşmenin akışı kesintiye uğrayabilir. Bu durum iletişimde kopukluklara ve hastaların yeterince dinlenmedikleri duygusunun güçlenmesine yol açabilir. Ayrıca ESK ile çalışmanın, bazı uygulayıcılarda iş doyumunda azalma ve tükenmişlik belirtileriyle ilişkili olabileceği literatürde bildirilmektedir (10). Eberts ve ark. (2019) hasta ve hekimlerin ESK'nın hasta-hekim ilişkisi üzerindeki etkisine incelediği çalışmada, hekimlerin çoğunluğunun ESK'nın hasta bakım kalitesini arttırdığını düşünmesine karşın ESK'nın hasta-hekim ilişkisi üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ifade etmiştir (11). Bununla birlikte ESK kullanımının hasta-hekim iletişimini ve ilişkilerini nasıl etkilediğini daha iyi anlamak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (11). Bu nedenle çalışmanın amacı, hekimlerin muayene sırasında ESK kullanımına bağlı tutum ve davranışlarını incelemek ve bu kullanımların hasta-hekim iletişimi üzerindeki ilişkisini hekim gözünden değerlendirmektir.

Elektronik sağlık kayıtlarının (ESK) birinci basamak sağlık hizmetlerinde giderek yaygınlaşması, hasta-hekim iletişiminin niteliği üzerinde yeni tartışmaları gündeme getirmiştir. Mevcut araştırmalar çoğunlukla ESK'nin kayıt doğruluğu, veri erişimi ve zaman yönetimi üzerindeki etkilerine odaklanmakta; buna karşın iletişim dinamikleri üzerindeki yansımaları sınırlı biçimde ele alınmaktadır. Aile hekimliği, süreklilik, güven ve bütüncül yaklaşım ilkeleri üzerine kurulu bir disiplindir. Bu nedenle, hasta görüşmesi sırasında ESK kullanımının hekim-hasta etkileşimini nasıl etkilediğini anlamak, aile hekimliği uygulamalarının insan merkezli doğasını koruyabilmek açısından önemlidir. Hekimlerin deneyimlerine dayalı bir değerlendirme, dijitalleşen sağlık ortamında iletişimi güçlendirmeye, hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İletişim Tanımı**

İletişim, insanın hem fiziksel hem de toplumsal varoluşunun vazgeçilmez bir gerekliliğidir. Bu nedenle toplumsallaşmanın en temel unsurlarından biri olarak kabul edilir. Toplum içinde hiçbir insan faaliyeti, iletişim olmadan gerçekleşemez ve bu faaliyetlerin anlam kazanması mümkün değildir. Kavram olarak iletişim genellikle karşılıklı konuşma, birbirini anlama, karşılıklı etkileşim, belirsizliklerin azaltılması, taraflar arasında bağlantı gibi anlamlarda kullanılmaktadır. İletişimin gerçekleşebilmesi için, iletiyi gönderen kaynağın yanı sıra, mesajı algılayacak, aklında tutacak ve mesajın önerdiği tutum değişikliğini benimseyecek hedef ya da hedef kitlenin de uyum içinde olması gerekmektedir (12). İletişimin, sözel unsurların (konuşma ve yazı dili), sözsüz unsurların (jestler, mimikler, beden duruşu, hareketler ve dış görünüş) ve söze eşlik eden ses özelliklerinin (tonlama, ses rengi, ritim, vurgu ve konuşma akışı gibi) bir araya gelmesiyle oluşur (13).

### **2.2. Sağlık Hizmetlerinde İletişim**

Sağlık hizmetlerinde iletişim, terapötik ilişkinin geliştirilmesini, hastanın bakış açısının kavranmasını, duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını ve bu süreçte hastanın sağlığının iyileştirilmesine yönelik yönlendirmelerin yapılmasını kapsayan temel bir klinik beceridir (13). İletişim hastaların bakım deneyimini şekillendirir, tedavi planlarına uyumu artırır, klinik sonuçları ve bakım kalitesini iyileştirir, hasta güvenliğini güçlendirir, ekip çalışması ve kültürel duyarlılığı destekler ve tıbbi hata riskini azaltabilir (14,15). Sağlık hizmetleri üzerine yapılan araştırmalar, hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki etkileşimlerin hastaların memnuniyet düzeyini ve aldıkları sağlık hizmetinin algılanan kalitesini etkilediğini ortaya koymaktadır (13,16). İyi hekim-hasta iletişiminin, hastaların sağlık personeline güven ve tıbbi tedavi sırasında algılanan risk arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (17). Bununla birlikte hekimlerin hastalarla yaptığı görüşmelerde elde ettiği bilgilerin kalitesi, doktor ve hastanın iletişim becerileriyle yakından bağlantılıdır (13). Dolayısıyla doğru tanıyı koyabilmek ve uygun tedaviyi belirlemek için hekim-hasta arasında etkin iletişimin sağlanması gereklidir (13,18).

Hastalıkların doğası bu hastalıkları yaşayan bireyler kadar özgündür. Kişiselleştirilmiş tıp, bireyin hastalığa yatkınlığını, hastalığın seyrini ve tedaviye vereceği yanıtı doğru şekilde

öngörmeye olanak tanıyan bilgileri kullanarak tedavi sürecini her hastaya özel hale getirmeyi amaçlar (14). Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde iletişimin hasta odaklı olması önerilmektedir. Epstein ve Street'e (2011) göre hasta odaklı iletişimin sağlanması; hastanın bakış açısının anlaşılması ve ortaya çıkarılması (kaygılar, beklentiler, duygular, ihtiyaçlar gibi), hastayı kültürel ve psikososyal bağlamda değerlendirmenin sağlanması ve hastanın sorunlarını kavrayarak tedavi sürecinin hastanın değerleriyle uyumlu şekilde planlanmasını içermektedir (19).

### **2.3. Hekim-Hasta İletişimi**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişim farklı biçimlerde ortaya çıkar ve çeşitli durumlarda gözlemlenebilir. Bunlar arasında en önemlilerinden biri tanı koymak için gerekli bilgilerin büyük kısmını sağlayan hekim ile hasta arasındaki iletişimidir (13). Hekim-hasta iletişimi sağlık sistemlerinin temel bileşeni arasında yer almaktadır (20). Bununla birlikte hekimlerin iyi iletişim kurabilme becerileri klinik yetkinliği için önemli bir faktördür (1). Bir hekimin iletişim becerileri arttıkça hastayla ilgili bilgi toplama, doğru tanı koyma, uygun danışmanlık sunma, tedaviyi etkin sürdürme ve hasta-hekim güvenini sağlamayı etkiler (18). Hasta-hekim arasında sağlanan etkili iletişim sonucunda hastanın stresi azalabilir ve bu durum hastanın uyumunu arttırarak sağlığını etkileyebilir (20). Dolayısıyla etkin hasta-hekim iletişimi sayesinde hastanın mevcut sağlık durumuna yönelik sorunları daha iyi anlaması, tedavi sürecinde davranışlarını şekillendirebilmesi ve sağlığı etkin yönetme davranışını sürdürmesi sağlanabilir (21). Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin sağlık personelleriyle olan iletişimden büyük ölçüde etkilendiği gösterilmiştir (1).

Hasta öyküsünün doğru şekilde alınması, tanı koyma ve tedavi sürecinin yönetimi açısından büyük önem taşır ve bu süreç etkili iletişim becerilerine dayanır (2). Yoğun iş temposuna sahip hekimler arasında yaygın kullanılan bir iletişim yolu olarak "hekim merkezli görüşme" kullanılabilir. Bu görüşme türünde hekim hastadan bilgi almak ve zamanı etkin kullanabilmek için hastaya sağlıkla ilişkili sık ve art arda sorular sorabilmektedir. Bu durum hastanın konuşmasının sık kesilmesine neden olarak etkili iletişimi engelleyebilir. Buna karşın "hasta merkezli görüşme" yöntemi açık uçlu sorular içerir, hastaya yanıt vermesi için yeterli süre tanır ve semptomların daha doğru biçimde tanımlanmasına yardımcı olmada daha etkili bir yöntemdir (1).

Yapılan çalışmalarda kesintisiz konuşmasına izin verilen hastaların konudan sapmadıkları ve yararlı bilgiler sağladıkları bildirilmiştir (22). Hasta merkezli görüşmelerde hekimin empatik dinleme, motivasyonel görüşme, hasta tercihlerini dikkate alma, tedavi seçeneklerini tartışarak ortak karar alma süreçleri yer almaktadır. Hasta merkezli iletişimi kolaylaştırmak için hekimlerin sözlü ve sözsüz iletişim yöntemlerini kullanmaları önerilmektedir. Bu yöntemler arasında destekleyici ve aktif dinleme, yansıtıcı sözcüklerin kullanılması gibi sözlü; göz temasının sürdürülmesi, jest ve mimiklerden faydalanmak, bilgisayardan uzaklaşarak hastaya yönelmek gibi sözsüz iletişim yöntemleri yer almaktadır (23). Ancak iş yükünün fazla olması, elektronik kayıtların zorunluluğu ve hasta muayene sürelerinin kısalığı gibi nedenler hekimlerin hasta merkezli görüşme yapabilmelerini etkileyebilir.

#### **2.4. Hekim-Hasta İletişimini Etkileyen Faktörler**

Hekim-hasta etkili iletişimi için sözlü iletişim, sözsüz iletişim ve paraverbal iletişim becerilerinin iletişimi etkileyen bileşenler olduğu bildirilmiştir (24). Sözlü iletişim sıklıkla hekimin hastalığa yönelik bilgi, tedavi seçenekleri, prosedürel işlemlerin açıklanması gibi süreçlerde yer alırken, sözsüz iletişimde daha çok hastayı sabırla dinleme, beden dili ile hastayı anladığını ve önemseydiğini aktarma gibi beden dilini içermektedir (24). İletişimde sözlü bileşenin daha önemli olduğu düşünülse de yapılan çalışmalar hastanın memnuniyeti, tedaviye uyumu gibi klinik sonuçların hekim-hasta arasındaki sözsüz iletişim bileşenlerinden önemli düzeyde etkilendiğini göstermektedir (24,25). Yargılayıcı yüz ifadesi, göz temasının az olması, öfkeli ve sert ses tonu, uygunsuz beden dili gibi sözel olmayan bileşenlerin hekim-hasta iletişimini engelleyebileceği bildirilmiştir (26). Çalışmalar, hastalar ve sağlık personelleri arasındaki sözlü ve sözsüz iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti, bakım kalitesi, yaşam kalitesi, fiziksel ve ruhsal sağlık gibi çeşitli hasta merkezli sonuçları olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (25,27).

Kee ve ark. (2018) çalışmalarında, olumsuz hasta geri bildirimlerini incelemiş ve hekim-hasta iletişiminde yapılan hataları belirlemiştir. Bu hatalar arasında sözel olmayan iletişim becerileri (göz teması eksikliği, uygunsuz yüz ifadesi gibi), sözel iletişim becerileri (aktif dinlememe ve uygunsuz kelime seçimi gibi), iletişim içeriği (hastaya verilen bilginin nicelik ve nitelik açısından düşük olması) ve kötü tutumların (saygı ve empati eksikliği) yer aldığı belirlenmiştir (25). Ayrıca hekimlerin iş yükü, stres, yorgunluk, zaman eksikliği gibi faktörlerin

de iyi iletişimi etkilediği bildirilmiştir (24). Bununla birlikte dil engeli, farklı kültürel geçmişler ve eğitim düzeyinin hekim-hasta iletişimini etkileyebileceği gösterilmiştir (26,28). Aelbrecht ve ark. (2019) çalışmalarında, dil yeterliliği düşük olan hastaların doktorlarıyla daha olumsuz iletişim yaşama olasılığı artarken, yüksek eğitilmiş hastaların doktorlarıyla olumlu bir etkileşim yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (28).

## **2.5. Elektronik Sağlık Kayıtları**

Son yıllarda iletişim ve bilgi teknolojilerinde yaşanan hızlı ilerlemeler bu teknolojilerin erişilebilirliğini ve kullanım oranlarını önemli ölçüde artırmıştır. Geçmişte yalnızca kağıt ortamında ve belirli bir mekana bağlı olarak yürütülen işlemler, günümüzde dijital ortamlar sayesinde mekandan bağımsız biçimde elektronik ortamlarda gerçekleştirilebilmektedir. Yeni iletişim araçları, sağlık alanındaki dijital uygulamalar gibi gelişmeler bireylerin yaşamlarını büyük ölçüde dijital ortama taşımıştır (29). Bu bağlamda sağlık alanında da dijital bir dönüşüm yaşanmış ve hastaların sağlık bilgilerinin depolandığı Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK) kullanılmaya başlanmıştır. Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) tanımına göre ESK, hasta verilerinin dijital ortamda güvenli bir şekilde saklanmasını sağlayan ve birden fazla yetkili kullanıcı tarafından erişilebilen bir veri deposu olarak tanımlanmaktadır (30). ESK, bireylerin geçmiş ve güncel, bedensel ile ruhsal sağlık verilerinin dijital ortamda düzenli biçimde kayda geçirilmesini; bu verilerin güvenle saklanması, yetkilendirilmiş kişilerce erişilmesi, kurumlar arası standartlara uygun olarak aktarılıp ilişkilendirilmesi, işlenmesi ve gerektiğinde klinik bakımda kullanılmasını sağlayan bütünlük bilgisi sistemleridir (4).

ESK'nın hayata geçirilmesinin temel hedefi tıbbi hataları en aza indirerek bakım kalitesini yükseltmek, sağlık hizmeti sunucuları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırmak, eğitim ve araştırmalar için sağlık verilerini toplamaktır (5). Genel olarak ESK içeriğini demografik/kimlik verileri, problem-tanı listeleri, ilaç-alerji bilgileri, vital bulgular ve ölçümler, muayene-izlem notları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları, aşı/bağışıklama kayıtları, girişim-ameliyat ve epikriz-taburculuk özetleri ile sevk-konsültasyon, bakım planı ve aydınlatılmış onam belgeleri gibi çekirdek sınıfları kapsayacak biçimde tanımlanmaktadır (4,31).

## **2.6. Türkiye’de Elektronik Sağlık Kayıt Sistemi**

Türkiye’de 2003 yılında Sağlık e-Dönüşüm Projesi ile kamu hastanelerinde dijitalleşme çalışmaları başlamıştır (32). Bu kapsamda dağınık sağlık verilerinin tek bir sistemde birleştirilmesi amacıyla "Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı" 2004 yılında yayınlanmıştır. Ardından 2005 yılında Sağlıkta e-Dönüşüm Projesi çerçevesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması hedeflenmiş ve bu doğrultuda Aile Hekimliği sistemine geçiş kararlaştırılarak ilk olarak Düzce’de pilot uygulama başlatılmıştır. Bu süreçle birlikte, aile hekimlerinin kişisel sağlık verilerini elektronik ortamda kaydetmeleri zorunlu hale getirilmiş ve Bakanlık tarafından geliştirilen Aile Hekimliği Bilgi Sistemi kullanıma sunulmuştur. 2009 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kuruluşlarında üretilen verilerin uygun biçimde doğrudan kaynağından toplanması, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hem kaliteyi hem de verimliliği artırmayı amacıyla Sağlık.NET hayata geçirilmiştir. Veri toplama sürecinde otomasyon ve standartlaşmayı mümkün kılan bu girişim, ulusal sağlık hizmetlerinde önemli bir ilerleme olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı sahadan sağlık verilerinin anlık toplanması amacıyla Sağlık.NET Online (e-Nabız) sistemini 2015 yılında başlatmıştır. e-Nabız platformu sonraki yıllarda kapsam ve işlevlerini genişletilerek ulusal ölçekte yaygınlaşmış ve COVID-19 döneminde ek servislerle güçlendirilmiştir (33). Afet döneminde tüm sağlık hizmetlerinin e-Nabız aracılığıyla koordine edilmesinde merkezi bir rol oynayan e-Nabız platformu 2024 yılına gelindiğinde 77 milyon kullanıcıya ulaşmıştır (34).

## **2.7. ESK’nın Hasta-Hekim İletişimine Etkisi**

ESK’nın muayene odasına entegrasyonu, hasta-hekim etkileşimini klasik ikili yapıdan çıkararak iletişime teknolojiyi üçüncü bir unsur olarak dahil etmiştir. Bu konumlanış, tıbbi bakımın verimliliği ve kalitesinde artış oluştururken, iletişimsel açıdan özenle yönetilmesi gereken yeni güçlükler de doğurmaktadır (35).

### **2.7.1. ESK’nın Olumlu Etkileri**

ESK’lar, hekime hastanın mevcut şikayetini, geçmiş tıbbi öyküsü, kronik hastalıkları, ilaçları ve alerjileri gibi kritik bilgileri bir arada ve yapılandırılmış şekilde sunar. Bu bilgi

bütünlüğü, görüşmenin daha kapsamlı ve birbiriyle bağlantılı bir zeminde ilerlemesine imkan sunarak, hekimin daha derinlemesine sorular sormasını ve hasta hikayesini daha iyi anlamasını teşvik eder (36). ESK'lar, hastanın kendisinin sağlık verilerini görmesini ve bu veriler üzerinden hekimiyle birlikte karar alması için çok önemli bir fırsat sunar. Ekranın hastayla paylaşılması ve anormal bir laboratuvar sonucunun birlikte incelenmesi, soyut tıbbi kavramları somutlaştırarak hasta anlayışını ve tedaviye uyumunu artırabilir (37). Elektronik sağlık kayıtlarının içerdiği klinik karar destek ve uyarı içerikleri, hekimi koruyucu sağlık hizmetleri (örneğin kanser taramaları, aşılar) veya bireysel hasta risk profilleri konusunda bilgilendirme yönünde tetikleyerek, hasta-hekim iletişiminin hem kapsamını genişletmeye hem de standartlaşmış biçimde yürütülmesine katkıda bulunabilmektedir (38,39).

### **2.7.2. ESK'nın Olumsuz Etkileri**

ESK günümüzde sağlık hizmetlerinde standart bir uygulama halini almış ve hekimlerin hastalarıyla iletişim biçimlerinde önemli değişikliklere yol açmıştır. Yapılan çalışmalar, ESK kullanımının hekim-hasta etkileşimini daha yapılandırılmış ve resmi bir hale dönüştürdüğünü ortaya koymaktadır (40). Hekim-hasta iletişimi ESK'ya veri girişi yapma sırasında bölünebilir. Bu sürekli kısmi dikkat dağılması durumu, hekimin hastasının sözel olmayan ipuçlarını (duraksamalar, yüz ifadeleri, endişeli bir ses tonu) kaçırmasına sebep olabilir. Bu fenomen, hekimin fiziksel olarak orada olsa da zihinsel olarak tam anlamıyla mevcut olmadığı, “bakmak ama görmemek” durumunu meydana getirebilir (41). ESK'nın sabit doldurulması gereken formları ve sağlık verilerin giriş alanları, doğal bir sohbet olması gereken klinik görüşmeyi, daha mekanik bir sürece dönüştürebilir. Hekim, hastanın anlattığı bilgileri dinlemek yerine, ekrandaki ilgili kutucukları doldurmaya odaklanabilir. Bu durum, iletişimin akışının ESK tarafından yönlendirildiği, kontrol listesi modeline dönüşmesine yol açar ve hastanın kendini özgürce ifade etme olanağını kısıtlayabilir (42).

Hekimlerin hasta muayene sürelerinin yaklaşık %32'sinde bilgisayar kullandıkları ve ESK sistemlerinin hekim-hasta iletişimini olumsuz etkileyebileceği belirlenmiştir (35). Hekimlerin ESK kullanımı sırasında hastayla olan doğrudan göz teması süresinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı ortaya konmuştur. Bu göz teması kaybının, hastalar tarafından hekimin kendileriyle yeterince ilgilenmediği şeklinde yorumlandığını ve genel iletişim kalitesi algısını olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Bu durum, özellikle duygusal içerikli veya

hassas konuların konuşulduğu anlarda terapötik ilişkiyi zedeleyerek iletişim kalitesini kritik seviyede düşürür (43). Yukarıdaki tüm bu faktörler, bilgisayar ekranının hasta ile hekim arasında fiziksel ve psikolojik bir bariyer oluşturmasına neden olmaktadır. Bu durum, iletişim ortamını ikiliden üçlü bir dinamik (hekim-hasta-bilgisayar) yapı haline getirmektedir. Bu üçüncü taraf, güvene dayalı terapötik ilişkinin kurulmasını zorlaştırarak, hasta ve hekim arasında ilişki mesafeye neden olabilir (44). Bununla birlikte hastaların veri gizliliğiyle ilgili endişe duyması hasta şeffaflığını azaltabilmektedir (45).

### **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki Durum**

Birinci basamak, hastaların sağlık sistemine ilk başvuru ve süreklilik bağlamında temel temas noktası olduğundan, kayıtların doğru, zamanında ve paylaşılabılır biçimde yönetilmesi bakımın niteliği için kritik önemdedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık profesyonelleri arasında ESK’ye yönelik olumlu tutum ve yüksek benimsenme, dijital dönüşümün bu düzeyde yerleştiğini göstermektedir (51). ESK; klinik karar verme, ilaç güvenliği, tetkik sonuçlarına hızlı erişim, hataların azaltılması ve ekip içi bilgi paylaşımını güçlendirme gibi alanlarda önemli katkılar sunar (5–7,8–9,31,33,49). Bununla birlikte muayene sırasında ekranın “üçüncü taraf” gibi konumlanması, göz temasını ve sözsüz etkileşimi zayıflatıp iletişim ortamını olumsuz etkileyebilir; bu nedenle birinci basamakta hasta-merkezli ESK kullanım davranışlarının (ekranı ortak görme, işlemleri sözlüleştirme, izin isteme vb.) sistematik olarak desteklenmesi gereklidir (35,41,43,44,45,52)

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tasarımı**

Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırma tasarımıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini hastane veya aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Araştırmada evrendeki birey sayısı bilinmediği için, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile çalışmaya alınması gereken katılımcı sayısı 377 kişi olarak hesaplanmıştır. Ancak anket sorularının eksik doldurulması gibi ihtimaller nedeniyle %10 pay ilave edilerek en az 415 kişinin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Bu amaçla oluşturulan anket formu, hekimlere Google Forms ile online veya araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. 15 Şubat 2024- 31 Ağustos 2024 tarihleri süresince 478 katılımcıya ulaşılmıştır.

#### **3.3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri**

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;

- Birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hekim olarak aktif çalışmak,
- Online anket sistemine ulaşabiliyor olmak,
- Türkçe konuşabilmek,

Çalışmadan dışlama kriterleri şunlardır;

- ESK kullanımını etkileyebilecek engele sahip olmak (işitme, görme engeli vb.),
- İntörn hekim olmak,
- Diş hekimi, veteriner hekim gibi farklı hekimlik dallarına mensup olmak,
- Veri toplama sürecinde aktif çalışmıyor olmak,

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Elektronik Sağlık Kayıtlarını Kullanma Tutum ve Davranışlar Formu” ve “Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği” ile toplanmıştır.

**Sosyodemografik Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan formda katılımcıların sosyodemografik bilgilerine yönelik sorular yer almaktadır. Form yaş, cinsiyet, kaç yıldır hekimlik yapıldığı, hekimlik branşı gibi 16 sorudan oluşmaktadır (25,28) (EK A).

**Elektronik Sağlık Kayıtlarını Kullanma Tutum ve Davranışlar Formu:** Form literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (37,45,46). Formda hekimlerin ESK kullanımlarına yönelik tutum ve davranışlarını sorgulayan 18 ifade yer almaktadır. İfadelere katılma durumu beşli Likert olarak “Her zaman”, “Nadiren” ve “Hiçbir zaman” olarak cevaplanabilmektedir (EK B).

**Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği (SPİBÖ):** Leal Costa ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ve orijinal adı “Psychometric Properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS)” olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mendi ve ark. (2020) tarafından yapılmıştır (47,48). Ölçek 1 (hiçbir zaman) ile 6 (her zaman) arasında değişen altılı Likert tipi cevap seçeneklerini içermekte ve 18 maddeden oluşmaktadır (EK C). Empati (beş madde), bilgilendirici iletişim (altı madde), saygı (üç madde) ve sosyal beceri (dört madde) olmak üzere dört alt boyutu vardır. “Empati” iletişimde karşı tarafın duygularını ne kadar anladığımızı; “bilgilendirici iletişim” konuyla ilgili bilgi verme düzeyini; “saygı”; kişinin değerlerine, sınırlarına, isteklerine ve özgürlük alanına dikkat etme düzeyini, “sosyal beceri” iletişim gereken sosyal kabul edilebilir davranışları sergileme düzeyini ölçmektedir. Empati” 2, 4, 6, 11 ve 12. maddeleri içerir ve 5 ile 30 puan arasında alınabilir; “bilgilendirici iletişim” 5, 8, 9, 14, 17 ve 18. maddeleri içerir ve 6 ile 36 puan arasında alınabilir; “saygı” 1, 3 ve 15. maddeleri içerir ve 3 ile 18 puan arasında alınabilir; “sosyal beceri” 7, 10, 13 ve 16. maddeleri içerir ve 4 ile 24 puan arasında alınabilir. Yüksek puanlar sağlık çalışanlarının daha iyi iletişim becerilerini yansıtır (48). Çalışma kapsamında SPİBÖ’nün iç tutarlılığı 0,952 olarak saptanmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Çalışmanın etik kurul izinlerinin alınmasının ardından veri toplama formları online platform olan ve veri toplama imkanı sunan Google Forms aracılığıyla online form haline getirilmiştir. Çalışmaya yönelik gerekli bilgiler anket başlangıcında sunulmuştur. Olası veri kayıplarını önlemek amacıyla online formda tüm soruların yanıtlanması koşuluyla anket sonlandırılabilir hale getirilmiştir. Online anket sistemi üzerinde hazırlanan formlar e-mail ve WhatsApp aracılığıyla dahil edilme kriterlerine uyan ve fiziksel olarak ulaşılamayan hekimlere iletilmiştir. Fiziksel olarak ulaşılabilen hekimlerden ise araştırmacının yaptığı yüz yüze görüşmeler ile veri toplanmıştır. Dahil edilme kriterlerine uyan hekimlere çalışmanın amacı ve kapsamı hakkında sözel bilgilendirilme yapılmış ve katılımcıların onamları alınmıştır. Ardından katılımcı yanıtlarının etkilenmemesi adına veri toplama formları katılımcılara verilerek doldurmaları istenmiştir. Böylece her bir anket yaklaşık 5 dk içerisinde katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışma 21.07.2023 tarih ve 2023/4461 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi etik kurulu onaylıdır.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Çalışmadan elde edilen veriler öncelikle bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22 programı kullanılarak yapılmıştır. “Sosyodemografik Bilgi Formu” ve “Elektronik Sağlık Kayıtlarını Kullanma Tutum ve Davranışlar Formu” verilen yanıtların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, standart sapma) kullanılmıştır. Sayısal verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann-Whitney U, çoklu gruplar için de karşılaştırılmasında Kruskal Wallis analizi yapılmıştır. Ölçek puanları ve diğer sayısal veriler arasındaki ilişkileri saptamak için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı (r); 0.00–0.29 arası zayıf, 0.29–0.49 arası orta, 0.50–0.74 arası güçlü, 0.75–1.00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edilmiştir. İç tutarlılık için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma hızı ve iş yoğunluğu için verilen cevaplarda ‘çok hafif’ ve ‘çok ağır’ yanıtları nispeten az olması nedeniyle ‘çok ağır’ ve ‘ağır’ verileri ve ‘çok hafif’ ‘hafif’ verileri

birleştirilerek istatistiğe dahil edilmiştir. Benzer şekilde “Elektronik Sağlık Kayıtlarını Kullanma Tutum ve Davranışlar Formu”ndaki sorularda da ‘her zaman’ ile ‘hiçbir zaman’ cevapları çok az verildiği için sırasıyla ‘nadiren’ ve ‘çok sık’ cevaplarıyla birleştirilerek analiz yapılmıştır.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin (kategorik) İncelenmesi

Katılımcıların %66,3'ü (n=317) erkek, %33,7'si (n=161) kadındı. Katılımcıların %37,2 (n=178)'sinin dahili bilimlerde, %10,3 (n=49) ise cerrahi bilimlerde çalıştığı ve %52,3 (n=250)'ünün aile hekimliği yaptığı tespit edildi (Tablo 1). Çalışma yoğunluğu için en sık kullanılan ifade %45,4 (n= 217) sıklıkla “ağır” ve %36,8 (n=176) oranında da “orta” olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	317	66,3
Kadın	161	33,7
<b>Hekimlik yapılan branş*</b>		
Aile hekimliği	250	52,4
Dahili branşlar	178	37,3
Cerrahi branşlar	49	10,3
<b>Çalışma ağırlık durumu</b>		
Çok hafif	3	0,6
Hafif	19	4,0
Orta	176	36,8
Ağır	217	45,4
Çok ağır	63	13,2

\*Bu soruya bir kişi cevap vermemiştir.

### 4.2. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanım durumları

Hekimlerin %58,6'sı (n=280) elektronik sağlık kayıtlarını her zaman kullandığını, %36,8'i (n=176) ise bazen kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların %98,7'si (n=472) hasta sağlık verilerinin elektronik ortamda olmasını istemekteydi. Yine %92,7'si (n=443) verileri elektronik ortama girmekte olup, %78,2'si (n=374) de söz konusu verileri hasta muayenesi esnasında girmekteydi. Mesai saatleri dışında veri girmeyenlerin oranı %34,1 (n=163) iken mesai saatleri dışında bazen giriş yapanların oranı da %48,5 (n=232) idi. Katılımcıların %70,1'i (n=335) veri girişi için eğitim almadığını ifade ederken %16,9 (n=81)'u eğitim alıp almadığını hatırlamadığını ifade etti (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanım durumları**

<b>Elektronik sağlık kayıtlarının kullanım sıklığı</b>		
Hiçbir zaman	22	4,6
Bazen	176	36,8
Her zaman	280	58,6
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortamda olmasını isteme durumu</b>		
Evet	472	98,7
Hayır	6	1,3
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortama girme durumu</b>		
Evet	443	92,7
Hayır	35	7,3
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortama girilme zamanı ****</b>		
Muayene sırasında	374	83,7
Muayeneden sonra	73	16,3
<b>Hastaların sağlık verilerinin girişi için mesai saatleri dışında vakit ayırma durumu</b>		
Evet	83	17,4
Bazen	232	48,5
Hayır	163	34,1
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortama girilmesi için eğitim alma durumu</b>		
Evet	62	13,0
Hatırlamıyorum	81	16,9
Hayır	335	70,1
Toplam	478	100,0

\* Bu soruya 31 kişi cevap vermemiştir.

### 4.3. Katılımcıların sosyodemografik (numerik) özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması  $39,97 \pm 9,82$  yıldır. Hekimlerin meslekte geçirdiği ortalama süreleri  $15,09 \pm 9,65$  yıldır. Ortalama haftalık çalışma süresi  $44,38 \pm 13,55$  saattir ve hekimlerin günlük baktığı hasta sayısı 6-200 arası değişmektedir. Katılımcıların bilgisayar başında

geçirdiği süre günlük ortalama  $6,98 \pm 4,31$  saat idi. Bir hasta muayenesi sırasında ekrana bakma süresi ise ortalama  $5,73 \pm 3,88$  dk idi. (Tablo 3.).

**Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik (numerik) özellikleri**

	Ort $\pm$ SS	Min-Maks
Yaş (yıl)	$39,97 \pm 9,82$	23-69
Hekimlik süresi* (yıl)	$15,09 \pm 9,65$	0,25-41
Haftalık çalışma süresi* (saat)	$44,38 \pm 13,55$	6-200
Ortalama bir günde bakılan hasta sayısı**	$55,96 \pm 32,76$	1-300
Bir günde ortalama bilgisayar başında bulunma süresi (saat)	$6,98 \pm 4,31$	0,5-40
Hasta muayenesi sırasında ekrana bakma süresi (dk) ***	$5,73 \pm 3,88$	0-31

\*Bu sorulara bir kişi cevap vermemiştir. \*\* Bu sorulara iki kişi cevap vermemiştir. \*\*\* bu soruya 17 kişi cevap vermemiştir.

#### **4.4. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanma tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi**

“Bilgisayara dönmeden önce hastaya ziyaretinin nedenini sorarım” ifadesine katılımcıların 436’sı (%91,2) nadiren veya hiçbir zaman cevabını verdi. Ziyaret sırasında hastadan bilgisayarı kullanmak için her zaman ya da çok sık izin isteyenler 332 kişi (%69,4) idi. Bilgisayar ekranını hastanın rahat görebileceği şekilde konumlandırılan veya çok sıklıkla konumlandırılanların sayısı 287 kişi (%60) idi. “Hastaya bilgisayarda ne yaptığımı açıklarım” ifadesine her zaman veya çok sık yanıtını verenlerin sayısı 161 (%33,6) idi. Hastanın bilgisayarda yaptıklarına bakmasına izin verenler veya çok sıklıkla izin verenler 250 kişi (%52,3) idi. Hastaya elektronik sağlık kayıtlarından tetkik ve sonuç bilgilerini bazen gösterdiğini ifade edenler 192 kişi (%40,1) idi.

Katılımcıların 170’i (%35,5) hastaya elektronik sağlık kayıtlarının nasıl yardımcı olduğunu açıklamıyordu. “Elektronik sağlık kayıtlarını incelememin ziyaretin olumlu bir parçası olduğunu hastanın bilmesini sağlarım.” ifadesine hekimlerin 244’ü (%46,8) hiçbir zaman veya nadiren cevaplarını verirken, hastalarla rahat iletişim kurmadığını veya nadiren rahat iletişim kurabildiğini ifade edenlerin sayısı 421 (%88) idi.

“Hekimin muayeneye gelen hastanın mevcut ilaçları veya ilaç raporlarını görmesi için elektronik sağlık kayıtlarını kullanması gerekir.” ifadesine hekimlerin 441’i (%92,2) hiçbir zaman veya nadiren cevaplarını vermişti.

“Hastanın geçmişte yaptırdığı tüm tahlil ve tetkiklerin elektronik sağlık kayıtlarında görüntülenebilmesi tedavisine karar vermem açısından önemlidir.” ifadesine hekimlerin 437’si (%91,4) nadiren veya hiçbir zaman cevaplarını vermişti.

Hekimlerin 324’ü (%67,7) elektronik sağlık kayıtlarını kullanmasının hastayla olan iletişimi her zaman engellediğini veya çok sıklıkla engellediğini düşünmekteydi. “Hastalar hekimin hangi elektronik sağlık kaydını kullandığını bilmelidir.” ifadesine 202 kişi (%42,2) hiçbir zaman veya nadiren cevapları verilmişti. Elektronik sağlık kayıtlarına bakılmasının zamandan tasarruf sağladığını düşünmeyen veya nadiren sağladığını düşünen hekimlerin sayısı 399 (%83,4) idi.

Bilgisayar kullanımının muayeneyi daha az kişisel hissettirdiğini düşünen veya sıklıkla böyle olacağını düşünen 205 kişi (%42,8) vardı. Bilgisayar yüzünden hastalara daha az odaklanabildiğini veya sıklıkla daha az odaklanabildiğini ifade edenlerin sayısı 280 (%58,5) idi. “Bilgisayar yüzünden daha az dikkatli dinliyorum” ifadesine 305 kişi (%63,8) her zaman veya çok sık cevabı vermişti. Bilgisayar yüzünden hastalarla her zaman daha az göz teması kurduğunu düşünen veya bunun sıklıkla gerçekleştiğini düşünenlerin sayısı 199 (%41,6) idi.

**Tablo 4. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanma tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi**

	<b>Her zaman/ Çok sık n (%)</b>	<b>Bazen n (%)</b>	<b>Nadiren/ Hiçbir zaman n (%)</b>
1. Bilgisayara dönmeden önce hastaya ziyaretinin nedenini sorarım	7(1,4)	35(7,32)	436(91,21)
2. Ziyaret sırasında hastadan bilgisayarı kullanmak için izin isterim.	332(69,4)	97(20,29)	49(10,25)
3. Bilgisayar ekranını hastanın rahat görebileceği şekilde konumlandırırım.	287(60,04)	109(22,8)	82(17,15)
4. Hastaya bilgisayarda ne yaptığımı açıklarım.	161(33,68)	165(34,52)	152(31,8)
5. Hastanın bilgisayarda ne yaptığıma bakmasına izin veririm.	250(52,3)	143(29,92)	85(17,78)
6. Hastaya elektronik sağlık kayıtlarından tetkik ve sonuç bilgilerini gösteririm.	140(29,29)	192(40,17)	146(30,54)
7. Hastaya elektronik sağlık kayıtlarının nasıl yardımcı olduğunu açıklarım.	139(29,08)	169(35,36)	170(35,56)
8. Hastanın elektronik sağlık kayıtlarını incelememin ziyaretin olumlu bir parçası olduğunu bilmesini sağlarım.	112(23,43)	142(29,71)	224(46,86)
9. Hastalarla rahat iletişim kurarım	10(2,09)	47(9,83)	421(88,08)
10. Hekimin muayeneye gelen hastanın mevcut ilaçları veya ilaç raporlarımı görmesi için elektronik sağlık kayıtlarını kullanması gerekir.	13(2,72)	24(5,02)	441(92,26)
11. Hastanın geçmişte yaptırdığı tüm tahlil ve tetkiklerin elektronik sağlık kayıtlarında görüntülenmesi tedavisine karar vermem açısından önemlidir.	7(1,46)	34(7,11)	437(91,42)
12. Hekimin muayene yaparken elektronik sağlık kayıtlarını kullanması hastayla olan iletişimi engeller.	324(67,78)	105(21,97)	49(10,25)
13. Hastalar hekimin hangi elektronik sağlık kaydını kullandığını bilmelidir.	153(32,01)	123(25,73)	202(42,26)
14. Elektronik sağlık kayıtlarına bakılmasının zamandan tasarruf sağladığını düşünüyorum.	20(4,18)	59(12,34)	399(83,47)
15. Bilgisayar kullanımı muayeneyi daha az kişisel hissettiriyor.	205(42,89)	191(39,96)	82(17,15)
16. Bilgisayar yüzünden hastalara daha az odaklanıyorum.	280(58,58)	128(26,78)	70(14,64)
17. Bilgisayar yüzünden daha az dikkatli dinliyorum.	305(63,81)	107(22,38)	66(13,81)
18. Bilgisayar yüzünden hastalarla daha az göz teması kuruyorum.	199(41,63)	142(29,71)	137(28,66)

#### 4.5. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarında en çok baktığı bilgiler

Katılımcıların %90,7'unun (n=434) elektronik sağlık kayıtlarını hastanın tetkik sonuçlarına bakmak için kullandığı görülmüştür. Bunu sırasıyla ilaç bilgisi (%81,17), eski tanılar (%71,97), radyolojik görüntü (%58,5), öz geçmiş (%42,8), hekim notları (%38,4), alerji (%18,8), taramalar hakkında hatırlatmalar (%18,2), ilaç etkileşimleri (%9,4), kılavuza dayalı müdahaleler (%6,6) izlemekteydi (Tablo 5).

**Tablo 5. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarında en çok baktığı bilgiler \***

	n (%)
Tetkik Sonuçları	434 (%90,7)
İlaç Bilgisi	388 (%81,1)
Eski Tanılar	344 (%71,9)
Radyolojik Görüntü	280 (%58,5)
Öz Geçmiş	205 (%42,89)
Hekim Notları	184 (%38,49)
Alerji	90 (%18,83)
Taramalar Hakkında Hatırlatmalar	87 (%18,2)
İlaç Etkileşimleri	45 (%9,41)
Kılavuza Dayalı Müdahaleler	32 (%6,69)

\*Katılımcılar birden fazla cevap vermişlerdir.

#### 4.6. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Çalışmada katılımcıların "Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği" ortalama puanlarının  $82,58 \pm 17,00$  olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyutlarının ortalama puanları ise "Empati" alt boyutu için  $23,78 \pm 5,49$ ; "Bilgilendirici İletişim" alt boyutu için  $26,44 \pm 5,35$ ; "Saygı" alt boyutu için  $14,79 \pm 3,45$ ; "Sosyal beceri" alt boyutu için  $17,57 \pm 3,74$  idi. Tablo 4.4'te de görüldüğü gibi ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı ana ölçek için 0,952 ve alt boyutlarında en düşük 0,786 olup yeterli düzeyde idi.

**Tablo 6. Ölçeklerin Ortalama Puanları ve Cronbach's Alpha Değerleri**

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Min-Maks</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Cronbach's alpha</b>
<b>Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği</b>	18	18-108	82,58±17	0,952
<b>Alt boyutlar</b>				
Empati	5	5-30	23,78±5,49	0,927
Bilgilendirici iletişim	6	6-36	26,44±5,35	0,786
Saygı	3	3-18	14,79±3,45	0,890
Sosyal beceri	4	4-24	17,57±3,74	0,686

#### **4.7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması**

Katılımcıların “Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği” ve alt boyutlarında cinsiyet veya hekimlik yapılan branşlar açısından farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Çalışma ağırlığını ‘çok hafif’ ve ‘hafif’ olarak belirtenler ( $16,00 \pm 3,34$ ) hem ‘orta’ ( $17,94 \pm 3,46$ ) hem de ‘ağır’ ve ‘çok ağır’ olarak belirtenlerden ( $17,46 \pm 3,91$ ) sosyal beceri alt boyutunda daha düşük puanlar almışlardır ( $p=0,010$ ;  $p=0,037$ ).

**Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması**

	<b>SPİBÖ</b>	<b>Empati</b>	<b>Bilgilendirici iletişim</b>	<b>Saygı</b>	<b>Sosyal beceri</b>
	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	82,01±17,33 (18-108)	23,59±5,53 (5-30)	26,33±5,42 (6-36)	14,66±3,54 (3-18)	17,44±3,89 (4-24)
Kadın	83,69±16,33 (18-103)	24,15±5,4 (5-30)	26,65±5,2 (6-34)	15,06±3,28 (3-18)	17,84±3,44 (4-24)
p*	0,270	0,212	0,434	0,238	0,296
<b>Hekimlik yapılan Branş</b>					
Aile hekimliği	82,56±17,13 (18-108)	23,97±5,46 (5-30)	26,22±5,39 (6-36)	15,01±3,35 (3-18)	17,36±3,87 (4-24)
Dahili branşlar	82,98±17,11 (21-108)	23,65±5,5 (5-30)	26,91±5,36 (9-36)	14,53±3,59 (3-18)	17,89±3,73 (4-24)
Cerrahi branşlar	81,22±16,34 (21-103)	23,31±5,67 (5-30)	25,84±5,12 (8-34)	14,65±3,5 (3-18)	17,43±3,11 (5-22)
p*	0,440	0,514	0,115	0,317	0,285
<b>Çalışma durumu</b>					
Çok hafif/ Hafif <sup>a</sup>	79,36±13,8 (45-101)	22,73±4,85 (10-29)	25,59±4,5 (13-34)	15,05±2,54 (9-18)	16,00±3,34 (9-23)
Orta <sup>b</sup>	83,65±16,09 (21-104)	24,02±5,21 (5-30)	26,75±5,03 (8-36)	14,94±3,4 (3-18)	17,94±3,46 (4-24)
Ağır/ Çok ağır <sup>c</sup>	82,16±17,77 (18-108)	23,7±5,7 (5-30)	26,3±5,6 (6-36)	14,69±3,55 (3-18)	17,46±3,91 (4-24)
p*	0,145	0,315	0,236	0,774	0,010 <sup>ab</sup> 0,037 <sup>ac</sup>

\*İkili gruplarda Mann-Whitney U ve çoklu gruplarda Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. p<sup>ab</sup>= a ve b seçenekleri arasında anlamlı p<sup>ac</sup>= a ve c seçenekleri arasında anlamlı

#### **4.8. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanma özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması**

Elektronik sağlık kayıtlarının kullanım sıklığı, hastaların sağlık verilerinin elektronik ortamda olmasını isteme durumu, bu verileri girme durumu veya veri girişi için eğitim almış olma durumu “Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği” ve alt boyutlarında farklılığa neden olmamıştır.

Hastaların sağlık verilerinin girişi için mesai saatleri dışında vakit ayıranların SPİBÖ’den aldığı puan (86,07±17,21) hem bazen vakit ayıranlarınkinden (81,83±16,19) hem de hiç ayırmayanlarınkinden (81,87±17,88) daha yüksek olduğu görülmüştür (p =0,006; p=0,046)

**Tablo 8. Katılımcıların elektronik sağlık kayıtlarını kullanma özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması**

	<b>SPİBÖ</b>	<b>Empati</b>	<b>Bilgilendirici iletişim</b>	<b>Saygı</b>	<b>Sosyal beceri</b>
	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>	<b>Ort±SD (min-maks)</b>
<b>Elektronik sağlık kayıtlarının kullanım sıklığı</b>					
Hiç bir zaman	50,75±37,87 (18-86)	14,25±10,75 (5-25)	16,75±12,42 (6-28)	9±6,93 (3-15)	10,75±7,8 (4-18)
Bazen	81,37±17,72 (21-108)	23,31±5,76 (5-30)	26,12±5,43 (8-36)	14,52±3,64 (3-18)	17,42±3,93 (4-24)
Her zaman	83,32±16,14 (18-108)	24,03±5,23 (5-30)	26,65±5,12 (6-36)	14,95±3,29 (3-18)	17,7±3,56 (4-24)
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortamda olmasını isteme durumu</b>					
Evet	82,79±16,55 (18-108)	23,84±5,37 (5-30)	26,51±5,2 (6-36)	14,83±3,38 (3-18)	17,61±3,65 (4-24)
Hayır	66±37,97 (18-100)	19±11,24 (5-29)	20,67±11,69 (6-31)	11,67±6,98 (3-18)	14,67±8,38 (4-22)
p*	0,492	0,448	0,364	0,409	0,869
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortama girilme durumu</b>					
Evet	82,65±16,57 (18-108)	23,84±5,37 (5-30)	26,41±5,19 (6-36)	14,81±3,38 (3-18)	17,59±3,68 (4-24)
Hayır	81,71±22 (18-103)	22,94±6,87 (5-30)	26,8±7,08 (6-34)	14,6±4,34 (3-18)	17,37±4,55 (4-22)
p*	0,496	0,748	0,092	0,611	0,644
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortama girilme zamanı (447)</b>					
Muayene sırasında	82,88±17,01 (18-108)	23,89±5,47 (5-30)	26,48±5,35 (6-36)	14,86±3,42 (3-18)	17,64±3,76 (4-24)
Muayeneden sonra	80,85±15,67 (18-108)	23,29±5,2 (5-30)	25,89±4,86 (6-36)	14,44±3,38 (3-18)	17,23±3,6 (4-24)
p*	0,094	0,176	0,140	0,165	0,262
<b>Hastaların sağlık verilerinin girişi için mesai saatleri dışında vakit ayırma durumu</b>					
Evet <sup>a</sup>	86,07±17,21 (18-108)	25,05±5,57 (5-30)	27,49±5,34 (6-36)	15,46±3,42 (3-18)	18,07±3,88 (4-24)
Bazen <sup>b</sup>	81,83±16,19 (21-105)	23,53±5,2 (5-30)	26,18±5,09 (9-36)	14,57±3,32 (3-18)	17,54±3,73 (4-24)
Hayır <sup>c</sup>	81,87±17,88 (18-108)	23,47±5,77 (5-30)	26,26±5,67 (6-36)	14,78±3,63 (3-18)	17,36±3,7 (4-24)
p*	0,006 <sup>ab</sup> 0,046 <sup>ac</sup>	0,002 <sup>ab</sup> 0,013 <sup>ac</sup>	0,011 <sup>ab</sup>	0,006 <sup>ab</sup>	0,250
<b>Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortama girilmesi için eğitim alma durumu</b>					
Evet	81,24±19,06 (18-108)	23,77±6,38 (5-30)	25,98±5,69 (6-36)	14,81±3,91 (3-18)	16,68±3,97 (4-24)
Hatırlamıyorum	82,53±17,25 (18-104)	23,6±5,4 (5-30)	26,46±5,61 (6-34)	14,94±3,24 (3-18)	17,53±3,9 (4-24)
Hayır	82,84±16,57 (21-108)	23,82±5,34 (5-30)	26,51±5,23 (8-36)	14,76±3,42 (3-18)	17,75±3,65 (4-24)
p*	0,883	0,754	0,788	0,812	0,101

\*İkili gruplarda Mann-Whitney U ve çoklu gruplarda Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır.

. p<sup>ab</sup>= a ve b seçenekleri arasında anlamlı p<sup>ac</sup>= a ve c seçenekleri arasında anlamlı

#### 4.9. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Korelasyonları

SPİBÖ ile yaş arasında zayıf ( $r=0,129$ ) ve pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p=0,005$ ). Hekimlik süresi ile SPİBÖ arasında yine düşük düzeyde pozitif bir korelasyon mevcuttu ( $r=0,108$ ;  $p=0,019$ )

Hastalık çalışma süresi ile empati alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyde ( $r=-0,094$ ) bir korelasyon bulunmaktaydı ( $p=0,040$ ). Hastalık çalışma süresi ile saygı alt boyutu arasında da negatif yönlü düşük düzeyde ( $r=-0,102$ ) bir korelasyon bulunmaktaydı ( $p=0,026$ ).

Hasta muayenesi sırasında ekrana bakma süresi ile SPİBÖ arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ( $r=0,129$  ;  $p=0,005$ ) bir korelasyon bulunmaktaydı (Tablo 9)

**Tablo 9. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Korelasyonları**

		SPİBÖ	Empati	Bilgilendirici İletişim	Saygı	Sosyal Beceri
<b>Yaş (yıl)</b>	<b>r</b>	0,129**	0,127**	0,111*	0,127**	0,069
	<b>p</b>	0,005	0,006	0,015	0,005	0,134
<b>Hekimlik süresi (yıl)</b>	<b>r</b>	0,108*	0,105*	0,091*	0,116*	0,046
	<b>p</b>	0,019	0,022	0,047	0,011	0,321
<b>Haftalık çalışma süresi (saat)</b>	<b>r</b>	-0,080	-0,094*	-0,059	-0,102*	-0,013
	<b>p</b>	0,079	0,040	0,196	0,026	0,776
<b>Ortalama bir günde bakılan hasta sayısı</b>	<b>r</b>	-0,024	0,027	-0,073	0,004	-0,027
	<b>p</b>	0,608	0,559	0,114	0,926	0,552
<b>Haftalık çalışma süresi (saat)</b>	<b>r</b>	-0,028	-0,016	-0,074	0,006	-0,008
	<b>p</b>	0,544	0,732	0,105	0,897	0,854
<b>Bir günde ortalama bilgisayar başında bulunma süresi (saat)</b>	<b>r</b>	0,068	0,055	0,091	0,041	0,033
	<b>p</b>	0,146	0,237	0,050	0,385	0,479
<b>Hasta muayenesi sırasında ekrana bakma süresi (dk)</b>	<b>r</b>	0,129**	0,127**	0,111*	0,127**	0,069
	<b>p</b>	0,005	0,006	0,015	0,005	0,134

SPİBÖ: Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği. \*Düşük düzeyde korelasyon, \*\*Orta düzeyde korelasyon, \*\*\*Yüksek düzeyde korelasyon

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, hekimlerin hasta muayenesi sırasında Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK) kullanımlarına ilişkin tutum ve davranışlarını inceleyerek, ESK kullanım biçimlerinin hasta-hekim iletişimi üzerindeki etkilerini hekim bakış açısından değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Elde edilen bulgular, ESK'nin klinik uygulamalarda yaygın ve vazgeçilmez bir araç haline geldiğini, ancak kullanım şeklinin iletişimin niteliğini belirleyen kritik bir faktör olduğunu göstermektedir. Güncel literatürle uyumlu biçimde, bu araştırmada da hekimlerin çoğunluğu ESK'yi düzenli olarak kullandığını, sistemin klinik karar verme, veri erişimi ve kayıt güvenliği açısından yarar sağladığını ifade etmiştir (31,33,49). Bununla birlikte, bazı katılımcılar ekranla meşguliyetin göz teması, dikkat paylaşımı ve hastaya yöneltilen sözsüz iletişim unsurlarını zayıflatabileceğini belirtmiştir.

Son yıllarda yapılan benzer araştırmalar ESK'nin iletişim üzerindeki etkisinin tek boyutlu olmadığını, hekimlerin teknolojiyi nasıl entegre ettiklerine bağlı olarak olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğurabileceğini vurgulamaktadır (35,41). Dolayısıyla, ESK'nin hasta-hekim iletişimi üzerindeki etkisini değerlendirirken, yalnızca teknolojinin varlığı değil, hekimlerin kullanım tarzı ve hasta merkezli yaklaşıma yatkınlıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmaya katılan hekim grubunun sosyodemografik özellikleri, Türkiye'deki genel hekim profiliyle büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Katılımcıların yaş ortalaması, meslekteki deneyim süresi ve haftalık çalışma saatleri, daha önce yapılan benzer araştırmalarda bildirilen değerlerle örtüşmektedir (49,50). Bu durum, örneklemin ülke genelindeki hekim popülasyonunu temsil edebilecek nitelikte olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların yarısından fazlasının aile hekimliği alanında çalışması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem hasta sayısı hem de veri giriş yükü açısından ESK'nın en yoğun kullanıldığı alanlardan biri olduğunu göstermektedir. Benzer biçimde, ulusal literatürde de aile hekimlerinin ESK'ye erişim ve kullanım sıklığının diğer branşlara göre daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (4). Örneğimizde aile hekimlerinin ağırlıkta olması birinci basamakta hasta hacmi, koruyucu hizmetler ve izlem gereksinimleri nedeniyle ESK kullanımının görece daha yoğun olduğuna dair ulusal literatürle uyumludur (4). Araştırmadaki bulgular, hekimlerin büyük çoğunluğunun ESK sistemlerini “her zaman” veya “bazen” kullandıklarını belirtmelerinin, dijital kayıt sistemlerinin klinik iş akışları açısından artık ayrılmaz bir unsur

hâline geldiğini göstermektedir. Bu sonuç, Türkiye’de birinci basamak sağlık profesyonelleri arasında ESK’ye yönelik tutumların oldukça olumlu olduğunu ve benimsenme oranlarının giderek arttığını bildiren literatürle tutarlıdır (51). Ayrıca katılımcıların tamamına yakının hasta verilerinin elektronik ortamda tutulmasını desteklemesi, hekimlerin dijital sağlık dönüşüm sürecine yüksek seviyede kabul gösterdiklerini düşündürmektedir. Çalışmada dikkat çeken bulgulardan biri, hekimlerin önemli bir kısmının verileri doğrudan muayene sırasında girmesidir. Bu durum, kayıtların doğruluğunu artırmakla birlikte, hasta ile kurulan iletişimi etkileyebilecek bir bilişsel yük oluşturmaktadır. Nitekim Ventres ve arkadaşları (2006), muayene sırasında ekrana yönelimin hekim-hasta göz temasını ve sözel olmayan iletişimi sınırlayabildiğini bildirmiştir (41). Bundan dolayı, ESK’nin etkin kullanımı yalnızca teknik yeterlilik değil, aynı zamanda iletişimsel farkındalık da gerektirmektedir.

Genel olarak, çalışmaya katılan hekimlerin ESK’yi yoğun biçimde kullandıkları, ancak bu kullanımın çoğunlukla deneyim temelli olduğu ve sistematik eğitim desteğinden yoksun kaldığı görülmektedir. Bu tablo, ESK’nin artık hekimlik pratiğinin vazgeçilmez bir unsuru olduğunu, ancak kullanım biçimlerinin standardizasyon ve iletişim odaklı eğitimlerle güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada hekimlerin büyük bir kısmı, muayene sırasında bilgisayar kullanımına dair iletişimsel davranışlarında sınırlılıklar olduğunu belirtmiştir; örneğin hekimlerin büyük bir kısmı bilgisayara dönmeden önce hastaya ziyaretinin nedenini sormadıklarını belirttiler. Bu durum, teknolojinin klinik etkileşim sürecine entegre olmasına rağmen, iletişim yönünden otomatik bir iyileşme sağlamadığını göstermektedir. Bu bulgu, mevcut literatürde yer alan ekran ve bilgisayar odaklı etkileşim biçimlerinin hasta-hekim etkileşimini olumsuz yönde etkileyebileceğini öne süren çalışmalara paraleldir (52).

Çalışmada ayrıca katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin bilgisayar ekranını hastanın görebileceği şekilde konumlandığını, ancak yalnızca yaklaşık üçte birinin “Hastaya bilgisayarda ne yaptığımı açıklarım” davranışını benimsediğini belirtmesi dikkat çekicidir. Oysa literatürde ekran paylaşımı ve işlemler sırasında yapılan bilgilendirmenin, hasta katılımını, anlayışını ve güveni artırabileceği yönünde kanıtlar vardır (53,54). Bu bağlamda, elektronik sistemin varlığı tek başına yeterli olmamaktadır; hekimlerin kullanım biçimi ve iletişime yönelik tutumları da iletişim kalitesini belirleyen kritik değişkenlerdir.

Özellikle katılımcıların yarısından fazlası “ESK kullanımının hastayla olan iletişimimi her zaman engellediğini veya sıklıkla engellediğini düşünüyorum” demesi, teknolojinin hekimlerin dikkatini ve bilişsel kaynaklarını hastaya aktarma sürecini olumsuz etkileyebileceği yönündeki kaygıları güçlendirmektedir. Klinik ortamda ekran ve klavye kullanımının, göz teması ve sözel olmayan iletişim açısından olumsuz etkiler meydana getirebileceğini öne süren çalışmalar bu bulguyu doğrulamaktadır (55). Bundan dolayı, ESK'nin iletişime etkisini değerlendirirken yalnızca sistemin kullanılma sıklığı değil, nasıl kullanıldığı ve muayene odasında hasta-hekim iletişim odaklı stratejilerin uygulanıp uygulanmadığı önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu elektronik sağlık kayıtlarını en sık tetkik ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirme amacıyla kullandıklarını bildirmiştir. Bulgular, ESK'nin öncelikli olarak klinik karar verme ve tanısal doğrulama süreçlerine hizmet eden bir araç olarak algılandığını göstermektedir. Benzer şekilde, Hollander ve ark. (2017) de hekimlerin ESK sistemlerini en çok test sonuçlarına erişim, ilaç yönetimi ve hasta öyküsünü doğrulama için kullandıklarını belirtmiştir (56). Bu durum, dijital sistemlerin öncelikle veri erişim kolaylığı ve tedavi güvenliği ekseninde değerlendirildiğini düşündürmektedir.

İkinci sırada yer alan ilaç bilgileri ve geçmiş tanılarının sık kullanımı, ESK'nin farmakovijilans ve hasta güvenliği açısından temel işlevini vurgulamaktadır. Literatürde, ilaç etkileşim uyarılarının ve reçete modüllerinin hatalı ilaç yazımını azalttığı, bu nedenle hekimler tarafından sıklıkla başvurulan alanlar olduğu gösterilmiştir (57,58). Benzer biçimde, geçmiş tanı kayıtlarının erişilebilirliği hem hasta öyküsünün doğruluğunu artırmakta hem de gereksiz tetkiklerin yapılmamasına katkı sağlamaktadır (31).

Sunulan çalışmada cinsiyetler ve hekimlik branşları arasında iletişim becerileri açısından önemli farklılık olmadığı görülmüştür. Bu bulgu, cinsiyetin ve branş farklılığının iletişim becerileri üzerinde belirleyici olmadığını öne süren daha önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Nitekim iletişim becerilerinin doğuştan gelen bir özelliğe değil, öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir profesyonel yetkinliğe dayandığı, bu nedenle sosyodemografik değişkenlerden bağımsız olabileceği belirtilmektedir (59).

Çalışma yoğunluğu açısından ise dikkate değer bir sonuç elde edilmiştir: iş yükünü görece “hafif” olarak tanımlayan hekimlerin, “ağır” olarak tanımlayanlara kıyasla sosyal becerilerinin daha düşük olması, klinik pratiğin temposunun iletişimsel etkileşim deneyimini

güçlendirebileceğini düşündürmektedir. Bazı araştırmalarda da yoğun hasta temposunun hekimleri daha fazla iletişim pratiğine maruz bıraktığı, bu durumun belli bir düzeyde sosyal beceri uyumunu geliştirebileceği bildirilmiştir (60).

Dikkat çekici bir diğer bulgu ise, mesai saatleri dışında da veri girişi yapan hekimlerin, iletişim becerilerinin daha yüksek olmasıdır. Bu durum hekimlerdeki mesleki sorumluluk algısının ve öz disiplinin hasta merkezli yaklaşımla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Daha önce yapılmış araştırmalar da, profesyonel öz-yeterliliğin ve içsel motivasyonun empatik iletişimle pozitif yönde ilişkili olduğunu desteklemektedir (61,62)

Bu çalışmada yaş arttıkça iletişim becerileri artmaktadır, bu durum klinik deneyim ve olgunlaşmanın empatik ve sabırlı iletişim tarzlarını desteklediğini düşündürmektedir. Benzer biçimde uluslararası araştırmalarda da yaşın ilerlemesiyle birlikte hekimlerin dinleme, açıklama ve duygusal farkındalık düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (63).

Ekrana bakma süresi ve iletişim becerileri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. İlk bakışta beklenmedik görünen bu sonuç, ekran kullanımının her durumda iletişimi olumsuz etkilemediğini; aksine, bilgilendirici ve paylaşımcı biçimde yürütüldüğünde iletişimi destekleyebileceğini göstermektedir. Nitekim Asan ve ark. (2015) tarafından yapılan gözlemsel bir çalışmada, ekranı hastayla paylaşarak kullanan hekimlerin hem sözel hem de sözsüz iletişim puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (46).

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu çalışma, ESK'nin hekim-hasta iletişimi üzerindeki etkisini hekim bakış açısından değerlendirmiştir. Elde edilen bulgular, ESK'nin klinik pratikte vazgeçilmez bir unsur haline geldiğini ancak iletişim kalitesini, sistemin nasıl kullanıldığına bağlı olarak olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermiştir. Katılımcıların çoğunluğu, ESK'nin veri güvenliği, klinik karar verme ve hasta bakımının sürekliliği açısından yararlı olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, muayene sırasında ekrana yoğun biçimde odaklanmanın göz teması, sözel olmayan iletişim ve hasta odaklı ilgiyi kısmen azaltabileceği ifade edilmiştir. Özellikle ilk temas noktası olma özelliğini taşıyan aile hekimlerinin bu konuya özen göstermesi olası birçok sorunun önüne geçebilir.

Çalışmada, hekimlerin önemli bir kısmı ESK verilerini doğrudan muayene sırasında girdiğini, ancak bu konuda yeterli eğitim almadığını bildirmiştir. Bu durum, ESK'nin teknik yönlerinin benimsendiğini, ancak iletişim odaklı kullanım konusunda eğitimsel boşluklar bulunduğunu göstermektedir. Bu yazılımların eğitim almadan kullanılması kolay ve kısa yolların bilinmemesi sebebiyle ESK girişi ve gözden geçirilmesi için gereken zamanın uzamasına yol açarak hekim-hasta iletişimini bozuyor olabilir. Bulgular, yaş ve mesleki deneyim arttıkça iletişim becerileri puanlarının da yükseldiğini, buna karşılık yoğun iş yükünün empati ve saygı boyutlarını olumsuz etkileyebildiğini ortaya koymuştur. Dikkat çekici biçimde, ekrana bakma süresi ile iletişim becerileri arasında zayıf düzeyde pozitif bir korelasyon saptanmıştır; bu da ekranın hasta ile paylaşılması, yapılan işlemlerin açıklanması ve uygun ergonominin sağlanması durumunda ESK'nin iletişimi destekleyebileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, ESK sistemlerinin hasta-hekim iletişimi üzerindeki etkisi, kullanım biçimine bağlı olarak değişmektedir; uygun ergonomi ve hasta-merkezli yaklaşımlar benimsendiğinde, iletişimi destekleyici bir unsur haline gelebilir; doğru kullanım biçimleriyle empati, bilgilendirici iletişim ve saygı boyutlarında küçük ama anlamlı iyileşmeler sağlayabilir. Bu nedenle, iletişim odaklı ESK kullanımı eğitimi, klinik alan düzenlemeleri ve yazılım arayüzlerinin hasta merkezli şekilde geliştirilmesi, dijitalleşmenin hekim-hasta ilişkisini zenginleştiren bir fırsata dönüşmesini sağlayacaktır.

## 6.1. Öneriler

**Eğitimsel düzeyde:** Tıp fakültesi müfredatına ve uzmanlık eğitim programlarına, hasta-merkezli ESK kullanımı ve iletişim temelli dijital kayıt yönetimi modülleri eklenmelidir. Bu sayede hekimler, klinik bilgiye erişim ile empatik iletişimi eşzamanlı yürütebilecek becerileri kazanabilirler.

**Kurum politikası düzeyinde:** Sağlık kurumlarında hizmet içi eğitimler planlanmalı, ESK'nin hasta mahremiyeti, göz teması ve sözel iletişim üzerindeki etkileri konusunda farkındalık artırılmalıdır.

**Fiziksel ortam açısından:** Muayene odalarının düzeni, hekim ve hastanın ekranı birlikte görebileceği biçimde yeniden tasarlanmalı; böylece ESK, iletişimde “engel” değil, “paylaşılan bilgi aracı” rolü üstlenmelidir.

**Teknolojik açıdan:** Sağlık bilişimi yazılımları, kullanıcı dostu arayüzlerle hasta-hekim ortak görüşünü destekleyecek biçimde geliştirilmelidir. Özellikle otomatik doldurma, sesli komut veya özetleme sistemleri gibi çözümler, hekim dikkatinin hastadan kopmasını engelleyebilir.

**İş yükü yönetimi bakımından:** Kliniklerde veri giriş yükünü azaltacak destek personeli istihdamı veya görev paylaşımı düzenlemeleri düşünülmelidir. Bu, hekimlerin muayene sırasında hastaya daha fazla zaman ayırmasına olanak sağlar.

**Gelecekteki araştırmalar için:** Bu çalışmanın hekim odaklı yaklaşımını tamamlayacak biçimde, hasta perspektifini de içeren nitel veya karma yöntemli araştırmalar yapılmalıdır. Ayrıca, ESK kullanım biçimlerinin uzun vadede hekim tükenmişliği, iş doyumunu ve hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri de incelenmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Berman AC, Chutkan DS. Assessing effective physician-patient communication skills: “Are you listening to me, doc?” *Korean J Med Educ.* 2016;28(2):243-9.
2. Twelve Tips for Better Communication with Patients During History-Taking - Rahman - 2007 - The Scientific World Journal - Wiley Online Library [İnternet]. [a.yer 23 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1100/tsw.2007.73>
3. Tabche C, Raheem M, Alolaqi A, Rawaf S. Effect of electronic health records on doctor-patient relationship in Arabian gulf countries: a systematic review. *Front Digit Health* [İnternet]. 06 Ekim 2023 [a.yer 22 Ekim 2025];5. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/digital-health/articles/10.3389/fdgth.2023.1252227/full>
4. Yılmaz D, Özkoç EE, Öğütçü G. Elektronik Sağlık Kayıtlarında Farkındalık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2021;24(4):777-92.
5. Ayatollahi H, Mirani N, Haghani H. Electronic Health Records: What Are the Most Important Barriers? *Perspect Health Inf Manag.* 2014;11(Fall):1c.
6. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, vd. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Ann Intern Med.* 2006;144(10):742-52.
7. Buntin MB, Burke MF, Hoaglin MC, Blumenthal D. The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. *Health Affairs.* 2011;30(3):464-71.
8. Irani JS, Middleton JL, Marfatia R, Omana ET, D’Amico F. The Use of Electronic Health Records in the Exam Room and Patient Satisfaction: A Systematic Review. *J Am Board Fam Med.* 2009;22(5):553-62.
9. El-Kareh R, Gandhi TK, Poon EG, Newmark LP, Ungar J, Lipsitz S, vd. Trends in Primary Care Clinician Perceptions of a New Electronic Health Record. *J GEN INTERN MED.* 01 2009;24(4):464-8.
10. Meltzer EC, Vorseth KS, Croghan IT, Chang YHH, Mead-Harvey C, Johnston LA, vd. Use of the Electronic Health Record During Clinical Encounters: An Experience Survey. *The Annals of Family Medicine.* 2022;20(4):312-8.
11. Eberts M, Capurro D. Patient and Physician Perceptions of the Impact of Electronic Health Records on the Patient–Physician Relationship. *Appl Clin Inform.* 2019;10(4):729-34.
12. Taştan K. İletişimin Tanımı ve Temel İlkeleri. *Türkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics.* 2021;6(1):1-4.
13. Chichirez C, Purcărea V. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life.* 2018;11(2):119-22.
14. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Person-centered medical interview. *Croat Med J.* 2012;53(4):310-3.

15. Neeman N, Isaac T, Leveille S, Dimonda C, Shin JY, Aronson MD, vd. Improving doctor–patient communication in the outpatient setting using a facilitation tool: a preliminary study. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(4):357-64.
16. Ahmad A, Abdullah AQ, Alsharqi O, Dalia Q, Kadi N. The Impact of Marketing Mix Strategy on Hospitals Performance Measured by Patient Satisfaction: An Empirical Investigation on Jeddah Private Sector Hospital Senior Managers Perspective. *International Journal of Marketing Studies*. 2013;5:210-210.
17. Wei D, Xu A, Wu X. The mediating effect of trust on the relationship between doctor–patient communication and patients’ risk perception during treatment. *PsyCh Journal*. 2020;9(3):383-91.
18. Ha J, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review | *Ochsner Journal* [Internet]. [a.yer 22 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.ochsnerjournal.org/content/10/1/38.abstract>
19. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):100-3.
20. Mohd Salim NA, Roslan NS, Hod R, Zakaria SF, Adam SK. Exploring Critical Components of Physician-Patient Communication: A Qualitative Study of Lay and Professional Perspectives. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(2):162.
21. Jahan F, Siddiqui H. Good Communication between Doctor-Patient Improves Health Outcome. *European Journal of Medical and Health Sciences* [Internet]. 13 Ekim 2019 [a.yer 22 Ekim 2025];1(4). Erişim adresi: <https://www.ej-med.org/index.php/ejmed/article/view/84>
22. Packer CD. The Patient-Centered Interview. İçinde: Packer CD, editör. *Excelling in the Clinic: A Concise Guide for Medical Students* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [a.yer 23 Ekim 2025]. s. 57-82. Erişim adresi: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-99415-0\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-99415-0_7)
23. Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *afp*. 2017;95(1):29-34.
24. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can Doctors Improve their Communication Skills? *J Clin Diagn Res*. 2015;9(3):JE01-4.
25. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*. 2018;4(2):97-106.
26. Vimala G, Omar SZ. Interpersonal Communication skill Barrier Faced by Cardiology Doctors at National Heart Centre Malaysia. *IJARBSS*. 2016;6(6):Pages 355-369.
27. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):886.
28. Aelbrecht K, Hanssens L, Detollenaere J, Willems S, Deveugele M, Pype P. Determinants of physician–patient communication: The role of language, education and ethnicity. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(4):776-81.
29. Öğütçü G, Köybaşı NAG, Cula S. Elektronik Sağlık Kayıtlarının İçeriği, Hassasiyeti ve Erişim Kontrollerine Yönelik Farkındalık ve Beklentilerin Değerlendirilmesi.

30. International Organization for Standardization (ISO). Health informatics-Electronic health record communication [Internet]. [a.yer 24 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/67868.html>
31. Häyrinen K, Saranto K, Nykänen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform.* 2008;77(5):291-304.
32. Köse İ, Cece S, Yener S, Seyhan S, Özge Elmas B, Rayner J, vd. Basic electronic health record (EHR) adoption in \*\*Türkiye is nearly complete but challenges persist. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:987.
33. Birinci Ş. A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız). *Balkan Med J.* 2023;40(3):215-21.
34. Tiga Healthcare Technologies. From Sağlık.NET to e-Nabız: The Digital Journey of Personal Health Records in Türkiye [Internet]. [a.yer 24 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.tigahealth.com/from-saglik-net-to-e-nabiz-the-digital-journey-of-personal-health-records-in-turkiye/>
35. Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, Press VG, Imam S, Nkansah-Amankra A, vd. Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016;31(5):548-60.
36. King J, Patel V, Jamoom EW, Furukawa MF. Clinical Benefits of Electronic Health Record Use: National Findings. *Health Services Research.* 2014;49(1pt2):392-404.
37. White A, Danis M. Enhancing Patient-Centered Communication and Collaboration by Using the Electronic Health Record in the Examination Room. *JAMA.* 2013;309(22):2327-8.
38. Ab S, Cs W, Am H, C K, O P, E K, vd. Effect of Electronic Health Record Reminders for Routine Immunizations and Immunizations Needed for Chronic Medical Conditions. *Applied clinical informatics* [Internet]. Ekim 2021 [a.yer 22 Ekim 2025];12(5). Erişim adresi: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34911126/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34911126/?utm_source=chatgpt.com)
39. Wright A, Phansalkar S, Bloomrosen M, Jenders RA, Bobb AM, Halamka JD, vd. Best Practices in Clinical Decision Support. *Appl Clin Inform.* 2010;1(3):331-45.
40. Boonstra A, Vos J, Rosenberg L. The effect of Electronic Health Records on the medical professional identity of physicians: a systematic literature review. *Procedia Computer Science.* 2022;196:272-9.
41. Ventres W, Kooienga S, Marlin R. EHRs in the Exam Room: Tips on Patient-Centered Care. *fpm.* 2006;13(3):45-7.
42. Pearce C, Arnold M, Phillips C, Trumble S, Dwan K. The patient and the computer in the primary care consultation. *J Am Med Inform Assoc.* 2011;18(2):138-42.
43. Alsos OA, Das A, Svanæs D. Mobile health IT: The effect of user interface and form factor on doctor-patient communication. *International Journal of Medical Informatics.* 2012;81(1):12-28.

44. Shachak A, Reis S. The impact of electronic medical records on patient–doctor communication during consultation: a narrative literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009;15(4):641-9.
45. Amalia SK, Purnami CT, Agushybana F. The Impact of Electronic Medical Record Use on Doctors In Hospitals: Scoping Review. *Indonesian Journal of Global Health Research*. 2025;7(2):175-86.
46. Asan O, Young HN, Chewning B, Montague E. How physician electronic health record screen sharing affects patient and doctor non-verbal communication in primary care. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(3):310-6.
47. Leal-Costa C, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J, Vander-Hofstadt-Román CJ. Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *Int J Clin Health Psychol*. 2016;16(1):76-86.
48. Mendi O, Yildirim N, Mendi B. Cross-cultural Adaptation, Reliability, and Validity of the Turkish Version of the Health Professionals Communication Skills Scale. *Asian Nursing Research*. 2020;14(5):312-9.
49. Birinci Ş. A Digital Opportunity for Patients to Manage Their Health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabız). *Balkan Med J*. 2023;40(3):215-21.
50. Kose I, Rayner J, Birinci S, Ulgu MM, Yilmaz I, Guner S, vd. Adoption rates of electronic health records in Turkish Hospitals and the relation with hospital sizes. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):967.
51. Secginli S, Erdogan S, Monsen KA. Attitudes of health professionals towards electronic health records in primary health care settings: a questionnaire survey. *Inform Health Soc Care*. 2014;39(1):15-32.
52. Nouri SS, Rudd RE. Health literacy in the “oral exchange”: An important element of patient–provider communication. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(5):565-71.
53. Wolfe L, Chisolm MS, Bohsali F. Clinically Excellent Use of the Electronic Health Record: Review. *JMIR Human Factors*. 2018;5(4):e10426.
54. Asan O, Tyszka J, Crotty B. The electronic health record as a patient engagement tool: mirroring clinicians’ screen to create a shared mental model. *Jamia Open*. 2018;1(1):42-8.
55. Marino F, Alby F, Zucchermaglio C, Fatigante M. Digital technology in medical visits: a critical review of its impact on doctor-patient communication. *Front Psychiatry [Internet]*. 27 Temmuz 2023 [a.yer 22 Ekim 2025];14. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1226225/full>
56. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 30 Nisan 2020;382(18):1679-81.
57. Slight SP, Seger DL, Nanji KC, Cho I, Maniam N, Dykes PC, vd. Are We Heeding the Warning Signs? Examining Providers’ Overrides of Computerized Drug-Drug Interaction Alerts in Primary Care. *PLOS ONE*. 2013;8(12):e85071.
58. A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems | *BMJ Quality & Safety [Internet]*. [a.yer 22 Ekim 2025]. Erişim adresi: [https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl\\_3/i68.short](https://qualitysafety.bmj.com/content/19/Suppl_3/i68.short)

59. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*. 2001;76(4):390.
60. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(1):129-46.
61. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*. 2011;9(2):100-3.
62. A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning: *Medical Teacher*: Vol 24, No 3 [Internet]. [a.yer 22 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590220134123>
63. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*. 2006;40(7):624-9.

## 8. EKLER

### EK A. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sevgili Katılımcı;

Aşağıda size yöneltilen sorular "**Hasta görüşmesi sırasında elektronik sağlık kayıtlarının incelenmesinin hasta-hekim iletişimine etkisinin değerlendirilmesi**" konusunun araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. İsmınızı yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1.Cinsiyetiniz:         Erkek                       Kadın

2.Yaş (Doldurduğunuz yaşı yıl olarak belirtiniz): .....

3. Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz.....

4. Hangi branşta hekimlik yapıyorsunuz.....

5. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?.....

6. Çalışma hızını ve işinizin yoğunluğunu göz önüne alarak iş yükünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

Çok ağır     Ağır         Orta         Hafif         Çok hafif

7. Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?

8. Hasta muayene ederken elektronik sağlık kayıtlarını kullanıyorsunuz...

her zaman         bazen                       hiçbir zaman

9. Hastaların sağlık verilerinin elektronik ortamda olmasını istiyor musunuz?

Evet                       Hayır

10. Bilgisayar başında günde ortalama ne kadar zaman geçiriyorsunuz? (saat).....

11. Hastanıza ait kayıtları elektronik ortama giriyor musunuz?

Evet                       Hayır

12. Yukarıdaki soruya yanıtınız 'EVET' ise bu kayıtları ne zaman giriyorsunuz?

Muayene sırasında         Muayeneden sonra

13. Hastalarımızın elektronik sağlık kayıtlarını tamamlamak için mesai dışında zaman ayırıyor musunuz?

Evet                       Bazen         Hayır

**14. Bir hasta muayenesi sırasında ortalama ne kadar süre ekrana bakıyorsunuz?.....**

**15. Elektronik sağlık kayıtlarında en çok hangi bilgiye bakıyorsunuz?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tetkik sonuçları   | <input type="checkbox"/> eski tanımlar                    |
| <input type="checkbox"/> radyolojik görüntü | <input type="checkbox"/> hekim notları                    |
| <input type="checkbox"/> ilaç bilgisi       | <input type="checkbox"/> ilaç etkileşimleri               |
| <input type="checkbox"/> özgeçmiş           | <input type="checkbox"/> kılavuz dayalı müdahaleler       |
| <input type="checkbox"/> alerji             | <input type="checkbox"/> taramalar hakkında hatırlatmalar |

**16. Elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı ile ilgili eğitim aldınız mı?**

- |                               |                                |   |
|-------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Hatırlamıyorum |
|-------------------------------|--------------------------------|---|

## EK B. Elektronik Sağlık Kayıtlarını Kullanma Tutum ve Davranışlar Formu

	Her zaman	Çok sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Bilgisayara dönmeden önce hastaya ziyaretinin nedenini sorarım					
2. Ziyaret sırasında hastadan bilgisayarı kullanmak için izin isterim.					
3. Bilgisayar ekranını hastanın rahat görebileceği şekilde konumlandırırım.					
4. Hastaya bilgisayarda ne yaptığımı açıklarım.					
5. Hastanın bilgisayarda ne yaptığıma bakmasına izin veririm.					
6. Hastaya elektronik sağlık kayıtlarından tetkik ve sonuç bilgilerini gösteririm.					
7. Hastaya elektronik sağlık kayıtlarının nasıl yardımcı olduğunu açıklarım.					
8. Hastaya elektronik sağlık kayıtlarını incelememin ziyaretin olumlu bir parçası olduğunu bilmesini sağlarım.					
9. Hastalarla rahat iletişim kurarım					
10. Hekimin muayeneye gelen hastanın mevcut ilaçları veya ilaç raporlarımı görmesi için elektronik sağlık kayıtlarını kullanması gerekir.					
11. Hastanın geçmişte yaptırdığı tüm tahlil ve tetkikleri elektronik sağlık kayıtlarında görüntülemesi tedavisine karar vermem açısından önemlidir.					
12. Hekimin muayene yaparken elektronik sağlık kayıtlarını kullanması hastayla olan iletişimi engeller.					
13. Hastalar hekimin hangi elektronik sağlık kaydını kullandığını bilmelidir.					
14. Elektronik sağlık kayıtlarına bakılmasını zamandan tasarruf sağladığımı düşünüyorum					
15. Bilgisayar kullanımı muayeneyi daha az kişisel hissettiriyor					
16. Bilgisayar yüzünden hastalara daha az odaklanıyorum					
17. Bilgisayar yüzünden daha az dikkatli dinliyorum					
18. Bilgisayar yüzünden hastalarla daha az göz teması kuruyorum					

### EK C. Sağlık Profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği

	Hiçbir zaman	Arada bir	Bazen	Normal	Çok sık	Her zaman
1. Hastaların kendilerini özgürce ifade etme haklarına saygı duyuyorum.	1	2	3	4	5	6
2. Hastalarımın duygularını keşfederim.						
3. Hastaların özerkliğine ve özgürlüğüne saygı duyuyorum.						
4. Hasta konuştuğunda, ilgimi vücut hareketleriyle gösteririm (başımı sallama, göz teması kurma, gülümseme,...)						
5. Hastaları ilgilendiren konularda (mesleki yetkinliğimin izin verdiği ölçüde) hastalara bilgi veririm.						
6. Hastaları fiziksel görünümleri, tavırları, ifade biçimleri ne olursa olsun önyargısız dinlerim.						
7. Görüşlerimi ve isteklerimi hastalara açıkça ifade ederim.						
8. Bilgi verdiğimde, hastanın söylediklerimi özümsemesi için sessizliği kullanırım.						
9. Hastalara bilgi verdiğimde bunu anlaşılır şekilde yaparım.						
10. Bir hasta doğru görünmeyen bir şey yaptığında, aynı fikirde olmadığımı veya rahatsızlığımı ifade ederim.						
11. Hastaları dinlemek ve ihtiyaçlarını anlamaya çalışmak için zaman ayırırım.						
12. Hastamın duygularını anlamaya çalışırım.						
13. Hastalarla etkileşim kurduğumda görüşlerimi açık ve net bir şekilde ifade ederim.						
14. Hastanın sağlık bilgisi alma hakkına sahip olduğuna inanıyorum.						
15. Hastaların ihtiyaçlarına saygı duyduğumu hissediyorum.						
16. Hastalardan istekte bulunmak bana zor gelir.						
17. Hastaların verilen bilgileri anladığından emin olurum.						
18. Hastalardan bilgi istemekte zorlanırım.						

## EK D. Etik Kurul Onayı

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

**Toplantı Sayısı:180**

**Toplantı Tarihi: 21 Temmuz 2023**

**Karar Sayısı:2023/4461:**(Başvuru ID:15184) N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'ın "Hasta Görüşmesi Sırasında Elektronik Sağlık Kayıtlarının İncelenmesinin Hasta-Hekim İletişimine Etkisinin Hekim Gözünden Değerlendirilmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili dilekçesi ve ekleri görüşüldü. Arş. Gör. Dr. Adem AY'ın uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

**Not:** Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

**Sorumlu Araştırmacı:** Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ

**Yardımcı Araştırmacılar:** Arş. Gör. Dr. Adem AY, Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

**ASLI GİBİDİR**  
**21.07.2023**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU**  
**İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

