



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE HASTA
DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ**

TUĞÇE TÜRKAY

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. OSMAN EROL HAYRAN

İSTANBUL- 2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Tuğçe TÜRKAY
Tez Başlığı : Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Hasta Deneyimlerinin
İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Kampüs
Sınav Tarihi : 19.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Prof.Dr. Osman Erol HAYRAN

İstanbul Medipol Üniversitesi



Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Haydar SUR

Üsküdar Üniversitesi



Dr.Öğr.Üyesi Pakize YİĞİT

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 24./07/2019 tarih ve 2019./23... - 03... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof. Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

T. TUZKAY
Tuğçe TÜRKAY

TEŞEKKÜR

Bu tez çalıőmamın gerçekleőtirilmesinde, her koőulda yanımıda olan, değerli bilgilerini benden esirgemeyen, tezim için beni motive edip hevesle, hırsyla bitirmem için çabalayan, her konuőmamızda ve çalışmamızda bana yeni tecrübeler kazandıran değerli danışman hocam sevgili Prof. Dr. Osman Erol HAYRAN'a sonsuz teőekkürü bir borç bilirim. Osman hocamın yurtdıőında bulunduğu sürede beni kendisine emanet ettiği ve hiç őüphesiz tezimin danıőmanlıęı için bana sahip çıkan Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİğİT hocama, yönetim ve liderlik dersinde aktardığı bilgiler ve deneyimlerle bana çok şey katan Prof. Dr. Nurullah GENÇ hocama ve desteğini her zaman yanında hissettiğim, her konuőmamızda bana güvendiğini ve her zaman yaptığımın daha iyisini yapacağıma inandırdığı için Dr. Öğr. Üyesi İlker KÖSE hocama teşekkür ederim. Son olarak alternatif tıp alanındaki deneyimleri ve bilgilerine güvendiğim, akademik hayatım için bana yol gösteren, desteğini her zaman hissettiğim kıymetli abim Fitoterapist M. Bilal ERMİŐ'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İTHAF	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. Sağlık Tanımı	8
4.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	8
4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	8
4.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	8
4.3.2. Tedavi edici (iyileştirici) hizmetler.....	10
4.3.3. Rehabilitasyon hizmetleri	10
4.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	11
4.5. Sağlık Sistemi	11
4.6. Sağlık Sistemlerinde Performans Değerlendirme	12
4.7. Sağlık Sisteminin Boyutları	14
4.7.1. Etkililik (kanıta dayalı tıp)	14

4.7.2.	<i>Verimlilik (sağlık ekonomisi)</i>	14
4.7.3.	<i>Hakkaniyet (sağlık hukuku)</i>	15
4.7.4.	<i>İnsan odaklılık (hizmet kalitesi)</i>	15
4.8.	Üniversite Hastaneleri	18
4.9.	Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon Modeli	18
4.10.	Sağlık Hakkı.....	19
4.11.	Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Türkiye'nin Sağlık Politikası.....	21
4.12.	Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Cevap Verebilirlik	22
4.13.	Cevap Verebilirlik.....	24
4.13.1.	Cevap verebilirliğin öğeleri	26
4.14.	Cevap verebilirlik, Hasta Deneyimleri ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki Farklar 30	
4.15.	Dünyada cevap verebilirlik çalışmaları	33
4.16.	Dünyada hasta deneyimleri çalışmaları	37
5.	MATERYAL VE METOT.....	40
	Verilerin Analizi	42
6.	BULGULAR.....	45
6.1.	Katılımcılar.....	45
7.	TARTIŞMA VE SONUÇ.....	62
8.	ÖNERİLER.....	67
9.	KAYNAKÇA.....	69
9.	EKLER	77
10.	ETİK KURUL ONAYI	95
11.	ÖZGEÇMİŞ	100

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD Amerika Birleşik Devletleri

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

DWLS Diagonally Weighted Least Squares

HCAHPS The Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

PPE-15 Seçici Hasta Deneyim Anketi

SGK Sosyal Güvenlik Kurumu

WHO Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 5. 1. Maddelerin arpıklık ve basıklık değerleri	42
Tablo 6. 1. Araştırma grubunun hizmet alınan yerlere göre dağılımı	45
Tablo 6. 2. Araştırma grubunun demografik özelliklerine göre dağılımı	46
Tablo 6. 3. Araştırma grubunun meslek, güvence ve hizmet aldığı yere göre dağılımı	47
Tablo 6. 4. Hastaneye ilişkin deneyimler	48
Tablo 6. 5. Doktor ve hemşirelere ilişkin deneyimler	49
Tablo 6. 6. Alınan hizmete (uygulamalara) ilişkin deneyimler.....	51
Tablo 6. 7. Katılımcıların cevap verebilirlik puan ortalamaları	53
Tablo 6. 8. Cevap verebilirlik puan ortalamalarının demografik özelliklere göre dağılımı	54
Tablo 6. 9. Cevap verebilirlik puan ortalamalarının mesleki sağlık güvencesi ve hizmet alınan yerlere gr dağılımı	55
Tablo 6. 10. Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının hastaneye ilişkin deneyimlerine göre dağılımı.....	56
Tablo 6. 11. Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının doktor ve hemşireye ilişkin deneyimlerine göre dağılımı	57
Tablo 6. 12. Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının uygulamalara ilişkin deneyimlerine göre dağılımı.....	61
Şekil 5.1. Ölçek ortalamasına ait histogram grafiği	43

1. ÖZET

BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE HASTA DENEYİMLERİNİN İNCELENMESİ

Sağlık sistemlerinin performansları değerlendirilirken; sağlık göstergelerinde düzelme, cevap verebilirlik ve finansal kaynakların adil dağılımı kavramlarının üzerinde durulmaktadır. Sağlık göstergeleri ve kaynak kullanımı çok incelenen konular olduğu halde sistemlerin cevap verebilirliği genellikle ihmal edilmiş bir konudur. Cevap verebilirlik; sağlık sistemlerinin, bireylerin sağlık sistemi ile etkileşimlerinin sağlıkla ilgili olmayan boyutlarını ölçmek için nüfusun meşru beklentilerine ne ölçüde yanıt verebildiğini inceler. Bu amaçla geliştirilmiş ölçekler bulunmakla birlikte hasta deneyimlerinin incelenmesi yoluyla da sistem değerlendirmesinin yapıldığı gözlenmektedir. Bu çalışmada WHO tarafından geliştirilen bir cevap verebilirlik ölçeği ve ABD’de hastane deneyimlerine ilişkin algıları ölçmek için yaygın olarak kullanılan HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) anket formlarından yararlanılarak İstanbul’da yer alan bir hastanede ölçümler yapılmıştır. Araştırma verileri bir vakıf üniversitesi hastanesinde Kulak Burun Boğaz, Kadın ve Doğum Hastalıkları, Estetik Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Genel Cerrahi bölümlerinde yatan 499 hastayı kapsamaktadır. Çalışmada cevap verebilirliğin sekiz boyutu olan; zamanında ilgi, iletişim, saygılı tedavi, gizlilik, otonomi, seçim, sosyal destek ve konfor boyutları, diğer yandan ise 15 maddeden oluşan anket formu ile hasta deneyimleri incelenmiştir. Katılımcıların cevap verebilirliğe ilişkin 15 konuda verdikleri yanıtların incelenmesinde maddelerin ortalamaların anlamlandırılması için beşli Likert değer aralıkları kullanılmıştır. Maddelerin puanlaması 1: Çok iyi, 2: İyi, 3: Makul, 4: Kötü ve 5: Çok kötü şeklindedir. Dolayısıyla madde ortalamaları ne kadar düşükse o kadar iyi deneyime işaret etmektedir. Çalışma sonucunda en düşük ortalamaya sahip olan boyutun “gizlilik” olduğu, en yüksek ortalamaya sahip olan boyutun ise “konfor” olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak çalışmanın tüm maddelerinin cevap verebilirliğe ilişkin algılarının “iyi” düzeyde olduğu görülmektedir. Cevap verebilirlik puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, sağlık güvencesi, hizmet alınan yere göre farklılık gösterdiği, medeni durum ve

meslek değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Farklılıkların kaynağı araştırıldığında kadın hastaların, erkek hastalardan daha olumsuz algıya sahip oldukları, 42-65 yaş aralığındaki hastaların 18-41 yaş aralığındaki hastalardan daha olumlu algılara sahip oldukları; üniversite mezunu olan hastaların diğerlerine göre daha olumsuz algılara sahip oldukları bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cevap verebilirlik, HCAHPS, Sağlık sistemleri, Sağlık sistemleri performansı, Vakıf üniversitesi, Yatan hasta



2. ABSTRACT

EXAMINATION OF PATIENT EXPERIENCES IN A FOUNDATION UNIVERSITY HOSPITAL

While evaluating the performance of health care systems, it focuses on the concepts of improvement in health indicators, responsiveness and fair distribution of financial resources. Although health indicators and resource utilization are very important issues, the responsiveness of the systems is often neglected. Responsiveness examines how health care systems respond to the legitimate expectations of the population to measure the non-health dimensions of individuals interactions with the health care system. Although there are scales developed for this purpose, it is observed that the evaluation of the system is carried out through the examination of patient experience. In this study, an answer scale developed by WHO and a hospital in Istanbul were used to measure perceptions of hospital experience in the United States using commonly used HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) questionnaires. Research data include 499 patients who were hospitalized in a foundation University Hospital in ear, nose and throat, gynecological and Aesthetic Plastic and Reconstructive Surgery and general surgery departments. In this study, patient experiences were investigated with a questionnaire consisting of eight dimensions of responsiveness, on time, attention, communication, respectful treatment, privacy, autonomy, choice, social support and comfort, and 15 items. In the examination of the responses given by the participants on 15 subjects regarding responsiveness, Quaternary value ranges were used to mean the average of the items. The points of the items are 1: very good, 2: Good, 3: reasonable, 4: Bad and 5: very bad. Therefore, the lower the substance mean, the better the experience. As a result of the study, it was determined that the size with the lowest mean was “confidentiality” and the size with the highest mean was “comfort”. In general, it is observed that all the articles of the study have a “good” perception of responsiveness. Answerability score averages were determined to differ according to age, gender, education level, health insurance, place of Service, marital status and occupational variables. When the source of differences is investigated, female patients have a more negative perception than male patients, patients in the age range

of 42-65 years have a more positive perception than patients in the age range of 18- 41 years; it was found that the patients who graduated from the university had more negative perceptions than the others.

Keywords: Responsiveness, HCAHPS, Health systems, Health systems performance, Foundation university, Inpatient



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık sistemlerinin asıl amacı toplumdaki bireylerin iyi sağlık düzeyinde yaşamasına olanak tanımaktır. İyi bir sağlık hizmetleri sisteminin taşınması gereken başlıca özellikler; kapsayıcı, erişilebilir, kaliteli ve güvenli olmasıdır. Sistemin iyi bir düzeye ulaşıp ulaşmadığı, belirlenen amaçların gerçekleşip gerçekleşmediği sağlık düzeyi, hakkaniyet, cevap verebilirlik ve verimlilik göstergelerindeki iyileşmeler ile değerlendirilebilmektedir (1).

DSÖ'nün önerilerine göre sağlık hizmet sistemleri “herkes için sağlık” politikasını geliştirecek stratejiler içermeli ve bireyler, sosyal ve ekonomik açıdan daha verimli ve kaliteli bir hayat sürecekleri iyi sağlık düzeyine erişmelidir. İyi sağlık düzeyine erişim sağlanırken siyaset ve ekonominin hedefi, kaynakları etkin kullanmak ve hakkaniyete uygun şekilde dağıtmaktır (2).

DSÖ, sağlık sistemlerinin performanslarının değerlendirebilmesi için üç temel hedef belirlemiştir. İlk hedef, temel sağlık göstergelerindeki iyileştirmelerdir. İkinci hedef; finansal kaynakların hakkaniyetli dağılımını sağlamaktır. Üçüncü hedef ise sistemin sağlıkla ilgili olmayan konularda insanların meşru beklentilerine cevap verebilmeyi kapsamaktadır (3). Sağlık sistemi performans ölçümü ilk olarak, benzer gelir düzeyine sahip ülkelerin finansal yönden sağlık göstergeleri, cevap verebilirlik ve finansal kaynakların adil dağılımını inceleyip, sağlık sistemlerinin eksik yönlerini belirleme aracı olarak; ikinci olarak ise, bir sağlık sisteminin zaman içinde değerlendirilmesine olanak sağlayan göstergeler sağlamak açısından önemlidir. Bu iki gösterge, ülkelerin kendilerine özgü sosyo-ekonomik şartlarına göre sağlık hizmet sistemleri oluşturmasına, sağlık politikalarını geliştirmelerine olanak sağlayacaktır.

Cevap verebilirlik; sağlık hizmet sisteminin sağlıkla ilgili olmayan boyutları için bireylerin meşru beklentilerine uygun şekilde yanıt vermek olarak tanımlanmaktadır (4). DSÖ, 2000 yılından itibaren bireylerin sağlık durumundaki iyileşmelerine ek olarak sağlık hizmet sistemlerinin cevap verebilirliği konusu üzerinde durmuş ve birtakım temel hedefler belirlemiştir (5). Bu amaçla çeşitli cevap verebilirlik

ölçekleri ve anket formları geliştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin başarısında tıbbi göstergelerdeki düzelmelerin yanı sıra hasta memnuniyetinin önem taşıdığı eskiden beri bilinen bir konu olmakla birlikte cevap verebilirlik değerlendirmeleri hasta memnuniyet ölçümlerinden farklı bir niteliğe sahiptir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sistemlerin cevap verebilirlik ölçümlerinin düzenli olarak ve ortak bir yöntemle ölçülmesi, izlenmesi amacıyla önem taşıyan alanları belirlemiş ve bu amaçla ölçekler geliştirmiştir. Buna göre cevap verebilirlik ölçümlerinde önem taşıyan alanlar ile neleri kapsaması gerektiği şu şekilde sıralanmaktadır: (6, 7)

- **Özerklik:** Kararlara katılma
- **Tercih:** Hekimi ya da hizmeti sunacak kişiyi seçme özgürlüğü
- **İletişim:** İletişimin ne derece açık olduğu
- **Gizlilik:** Kişisel bilgilerin gizliliği
- **Saygınlık:** Tedavi ve iletişimde gerekli saygıyı görme
- **Hizmet mekanının niteliği:** Hizmet alınan mekân ve ortamın özellikleri
- **Hizmet hızı:** İhtiyaç duyulan hizmete ulaşım ve bekleme süreleri

Son yıllarda yaygınlaşmakta olan bir başka uygulama da “hasta deneyimleri” ölçümleridir. Hasta deneyimlerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla da çeşitli yöntemler geliştirilmiş, araştırmalar yapılmıştır. Hasta deneyimi ölçümleri, özünde cevap verebilirlik ile aynı anlamı taşımakla birlikte tüm sistemin değil de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin, özellikle yatarak tedavi gören hastaların gözüyle değerlendirilmesini amaçlayan ve son dönemde çok yaygın kabul gören değerlendirme araçlarıdır. Bu ölçümlerin yataklı tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinden öte klinik deneysel araştırma sonuçları için de değerli olduğu görülmekte ve kullanımları rutin hale gelmektedir (8, 9).

Özellikle sağlık hizmetleri kalitesinin izlenmesi açısından hasta deneyimleri vazgeçilmez ölçütler olarak önem kazanmaktadır. Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin hasta gözüyle değerlendirilmesinde yaygın olarak hasta memnuniyet anketleri

uygulanmakla birlikte bu yöntemlerin kullanılması çok rastlanan bir uygulama değildir. Bu çalışma ile bu konuya bir katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın amacı, bir vakıf üniversitesi hastanesinde en az bir gece yatıp taburcu olan hastaların deneyimleri ile cevap verebilirlik düzeylerini ölçmek, hasta deneyimleri ile cevap verebilirlik arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların hastanede kalite standartları açısından değerlendirilmesi karar vericilere kaynak sağlanması amaçlanmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Tanımı

Birleşmiş Milletler'e bağlı olan ve toplum sağlığıyla ilgili en kapsamlı çalışmaları yapan DSÖ tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlık halinin olmaması değil, ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Ruhsal yönden iyi olma hali; yaşına uygun olarak düşünebilen ve düşündüklerini uygulayabilen, açık ve tutarlı olma, kendisini sevmeye, ruhsal yönden mutlu olma halidir. Fiziksel yönden iyi olma hali; hücrelerin ve organların mümkün olan kapasitede vücudun bütünü ile uyum halinde olmasıdır. Sosyal yönden iyi olma; bireysel ve toplumsal yönden kişinin sosyal çevresiyle uyumlu olma halidir.

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Toplumların ve bireylerin sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini gerçekleştirmek, tam olarak iyileşmemiş sakat kalan bireylerin, başka bireylere bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini iyileştirmek ve yükseltmek için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denilmektedir (10).

4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; sadece hastalık dönemlerinde ihtiyaç duyulan hizmetler değil aynı zamanda sağlığın korunması, yaşam kalitesinin artırılması ve hastalık, yaralanma, kazalar sonucu sakat olarak yaşamına devam eden bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi için yapılan çalışmaların tümüne birden denilmektedir (11). Sağlık hizmetleri üç şekilde ele alınmaktadır:

4.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Kişinin hasta olmadan hastalıklardan ya da sağlığını olumsuz etkileyebilecek her türlü riskten korunması amacıyla verilmesi gereken sağlık hizmetleridir. Sağlığı koruma uygulaması açısından üç aşamada ele alınmaktadır:

Primer koruma: Bireylerin hastalık etkeniyle daha karşılaşmadan korunmaları anlamına gelmektedir. Kişinin sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek tüm bu alınan önlemler primer korumadır.

Sekonder koruma: Bireylerin hastalık etkenleriyle karşılaştığı ilk anda, en erken şekilde bunu saptayabilme amacıyla yapılan tüm faaliyetlerdir. Örneğin; sağlık taramaları, bireylerde henüz hastalık belirtileri yokken ancak hastalık etkeniyle karşılaşmışken erken dönemde saptama amacıyla yapılan faaliyetlerdir. (Kadınlarda meme kanseri için mamografi çekilmesi, serviks kanseri için smear alınması, tüberküloz için akciğer grafisinin çekilmesi, kanser türleri için taramaların yapılması)

Tersiyer koruma: Etkenle karşılaşan birey, hastalığın belirtilerini yaşamaya başladıktan sonra hastalığın etkilerinden ve oluşabilecek komplikasyonlarından kişiyi koruma amacıyla yapılan faaliyetlere verilen isimdir. Tersiyer koruma faaliyetleri genellikle rehabilitasyon hizmetlerinin de kapsayan faaliyetlerdir (12).

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde iki bölüme ayrılmaktadır.

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsanın içinde bulunduğu ve yaşadığı çevrede sağlığını olumsuz etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörlerin yok edilmesi, etkilerinin en aza indirilmesi ve kişilerin eğitilmesi ile yaşadıkları çevrenin iyileştirilmesi amacını taşımaktadır. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler; besin kontrolü ve güvenliği, yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, zararlı canlılar ile mücadele, hava kirliliği ve gürültü kirliliğini yok etmedir.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin amacı çevrenin kirlenmesini önleyerek kişileri korumaktır.

İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Kişileri hastalık etkenlerine karşı korumayı ve hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, en uygun tedavi yöntemi ile en az zarar görmelerini sağlamalarını amaçlayan hizmetlerdir. Başlıca kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; erken tanı ve uygun tedavi, kişisel temizlik ve bakım, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi ve aile planlamasıdır.

4.3.2. Tedavi edici (iyileştirici) hizmetler

Hasta bireyleri tedavi etmek amacıyla düzenlenen hizmetlerdir. Üç aşamada ele alınmaktadır:

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Genellikle aile hekimleri ve pratisyen hekimler tarafından verilen, donanım gerektirmeyen basit hastalıkların tedavisini kapsayan hizmetlerdir. Aile hekimliği, ana-çocuk sağlığı merkezleri bu hizmet türünün faaliyetlerine girmektedir.

Hastalanan bireyin ilk olarak buraya başvurması eğer teşhis ve tedavi için yeterli değilse ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gitmesi gerekmektedir. Böyle bir yol izlendiği takdirde ikinci basamak tedavi hizmetlerindeki yığılmalar önlenmiş olup ihtiyacı olan hastaların hizmete daha çabuk ulaşması sağlanmaktadır.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların, hastalıklarının teşhis veya tedavisi için hastaneye yatmalarını zorunlu kılan tedavi hizmetleridir. Ülkemizde ki devlet hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmetleri veren kuruluşlardır (13).

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Özel tedavi ve ileri tetkik gerektiren hastalıklar için verilen sağlık hizmetleridir. Ülkemizde ki üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, meslek hastaneleri bu tür hizmetleri veren kuruluşlardır.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları araştırma faaliyetleri de yürüttükleri için akademik personellerin bulunduğu daha çok donanımlı ve yeni uygulamaların yakından takip edildiği yerlerdir.

4.3.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Kazalara ve hastalıklara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların vücudun organlarının sağlıklı bir şekilde kullanılmasına kısıtlılık getirmesini ortadan kaldırmak ya da bu engelleri en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir (14). Bu hizmetler kendi içinde ikiye ayrılmaktadır:

Tıbbi Rehabilitasyon: Bireylerin bedenlerinde oluşan kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Kaybedilen organ yerine protez takılması veya felç geçiren hastalara yapılan fizik tedaviler bu tür hizmetlerin çalışmalarıdır. Ülkemizde bu hizmetler fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlığı olan hekimler ve fizyoterapistler tarafından sunulmaktadır.

Sosyal Rehabilitasyon: Fiziksel ve psikolojik yönden özürlü olan kişilerin, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi ve günlük hayata daha aktif olarak katılması amacıyla bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi, iş öğretilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmalardır.

Rehabilitasyon hizmetleri bir ülkenin gelişmişlik düzeyini önemli ölçüde göstermektedir (13).

4.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerine erişim kişilerin doğuştan sahip olduğu bir haktır ve hizmet olması nedeniyle ölçülemeyen, depolanamayan, gözle görülemeyen ve üretildiği anda tüketilen özelliklere sahiptir. Bu özellikler; sağlık hizmetlerinin bir bütün içinde sunulması, dışsallık yayması, toplumsal yararı olması, hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenememesi, maddi açıdan ölçülememesi, homojenlik sağlanamaması, ikamesinin olmaması, asimetrik bilgilendirme, devlet müdahalesinin gerekliliği, bireyin talebini hekimin belirlemesi ve sosyal olması gibi vb. özelliklerdir (15, 16).

4.5. Sağlık Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı raporuna göre sağlık sistemi; temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlanmıştır. Sağlık sistemleri aynı zamanda gruplara ve topluma sunulan kişisel sağlık hizmetleri ve sağlık müdahaleleri, kazaları azaltma amaçlı yapılan yol güvenlik çalışmaları ve ulusal beslenme alışkanlıklarını değiştirme politikalarını da kapsamaktadır (17).

4.6. Sağlık Sistemlerinde Performans Değerlendirme

Sağlık sistemleri performans ölçümü, sistemin hastaların beklentilerini ne derece karşıladıkları ve bir sağlık bakım sistemi tarafından sağlanan hizmetlerin etkililiği ile ilgilidir (18). Bu anlamda karar vericiler, hizmete erişim için gelişmeleri ve kaliteyi sürdürürken, harcamaları azaltarak performansı geliştirmeye çalışmaktadırlar.

Sağlık sistem performansını değerlendirmenin temel amacı, ülkelerin kendi sağlık sistemlerinin performansını ve kalitesini yükseltmek için bilgi sağlamayı amaçlamaktadır (19).

Sağlık sistem performansı ölçümü iki açıdan önemlidir: Birincisi, sağlık sistemlerinin eksikliklerini tanımlamak, insanların beklentilerine yanıt verebilmek, benzer sağlık düzeylerine ulaşmak ve finansmandaki adalet gibi konularda ülkelerin benzer gelir düzeyleri ile başarısızlığa düşme sebeplerini açıklamaya yardımcı olur; ikinci önemli neden ise, bir sağlık sisteminin yıllara göre değerlendirilmesini sağlayacak göstergeleri sağlar (3). Ülkelerin eğitim ve gelir düzeylerinde olduğu gibi sağlık statülerinde de büyük farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların bazı boyutları, sağlık sisteminin performansından kaynaklanmaktadır. Sağlık sistemlerinin yönetimi, içeriği ve planlanmasına dair farklılıklar; sağlığı yükseltmek, insanların beklentilerine yanıt vermek ve finansmanda adalet gibi çıktıların oluşturduğu farklılıklara dönüşmektedir. Karar vericiler, sağlık sisteminin performansındaki değişiklikleri ölçmeye, bu performansı etkileyen faktörleri tanımlamaya ve mevcut koşullarda oluşacak bir değişiklikte, daha iyi sonuçlara ulaştıracak politikaları belirlemeye ihtiyaç duymaktadırlar (20, 21).

Raporda belirtilen üç amacın gerçekleşebilmesi için bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken dört genel fonksiyon bulunmaktadır. Bunlar:

- Kaynakların yaratılması
- Hizmetlerin sağlanması
- Finansman
- Yönetim (22, 23, 24)

Dünya Sağlık Raporu 2000’de DSÖ tarafından ortaya konulan sağlık sisteminin üç temel amacı:

Sağlığı Yükseltmek: Sağlık sistemlerinin en temel amacı, toplumların sağlığını korumak ve onu en iyi şekilde yükseltmektir. Daha iyi bir sağlık, bir sağlık sisteminin esas varoluş nedenidir ve en temel belirleyici amacdır. Eğer sağlık sistemleri sağlığı korumak ya da geliştirmek için hiçbir şey yapmasalardı, onların var olması için hiçbir sebep kalmazdı (5, 20, 21, 25).

Finansmanda Adalet: Sağlık sisteminin bir diğer ana amacı ise; adil bir finansman ve hane halkları için finansal risk korumasıdır (22, 25).

DSÖ raporunda, adil finansman toplam sağlık katkısının toplam gıda dışı harcamalara oranının, gelir, sağlık durumu ya da sağlık hizmeti kullanımından bağımsız olarak tüm hane halklarında benzer olması olarak tanımlanmaktadır (23, 26). Adil olmak için, sağlık sisteminin finansmanı, iki önemli noktaya dikkat etmesi gerekmektedir. Birincisi; hane halkları ihtiyaç duyduğu sağlık bakımını elde etmede gelirlerinin büyük bir kısmını harcamamalıdır veya yoksullaştırılmamalıdır. İkinci olarak ise, yoksul hane halkları, zengin hane halklarına göre sağlık sistemine daha az ödeme yapmalıdırlar. Bu yalnızca fakir hane halklarının düşük gelire sahip olmasından kaynaklı değil, aynı zamanda gelirlerinin büyük bir kısmının barınma ve beslenme gibi temel ihtiyaçlara gitmesinden kaynaklanmaktadır (5, 20, 21).

Daha adil bir finansmanın, sağlık bakımına ihtiyacı olduğu halde maliyeti yüksek olduğu için onu alamayan bireylerin sahip olduğu riski azaltarak veya sağlık için ödeme yapmanın onları yoksullaştırması ve daha fazla sağlık problemleri ortaya çıkarması riskini düşürerek sağlığa daha iyi katkıda bulunabileceği kesinlikle doğrudur. Bireylerin istek ve beklentilerine daha duyarlı bir sistem, daha iyi sağlığa katkıda bulunabilir (5).

Cevap Verebilirlik: DSÖ, 2000 yılında değerlendirmiş olduğu raporunda sağlık bakımının sağlıkla doğrudan ilgisi olmayan özelliklerini kapsayan yeni bir kavramı tanıtmıştır. Bu kavram, bir sağlık sisteminde bireylerin ve toplumun nasıl tedavi edilmesi gerektiğini önemseyerek, bireylerin beklentilerinin nasıl karşılanması gerektiği üzerinde durmuştur. Bireylerin sağlıkla ilgili olmayan meşru beklentilerinin karşılanması, sağlığı yükseltme amacı yanında ikincil öneme sahip bir amaç olarak görülebilir (20, 21, 27).

4.7. Sağlık Sisteminin Boyutları

Sağlık sistemi boyutları etkililik, verimlilik, hakkaniyet ve insan odaklılık olmak üzere 4'e ayrılmaktadır.

4.7.1. Etkililik (kanıta dayalı tıp)

Kanıta dayalı tıp, hekimlerin kararlarını, mevcut en iyi kanıtın doğrultusunda, kendi tecrübeleri ve bireylerin (hastaların) özellikleri ve tercihleriyle birleştirerek vermesi için belirlenen sistematik yaklaşımdır (28). Başka bir ifadeyle; hastanın tanısının konulması ya da tedavisinin yapılmasında karar verilirken mevcut kanıtlanmış bilgilerin dikkatli ve mantıklı kullanılmasıdır (29).

Hekim, hastanın tercihlerini de göz önünde bulundurarak ulaştığı en iyi kanıtla kendi deneyimlerini kullanarak hastası ile ilgili sorunu çözmeye çalışmaktadır. Dolayısıyla bu süreç ileride doğabilecek adli ve tıbbi sorunların ortaya çıkmasına engel olarak hem hekimi hem hastayı, hem de sağlık sistemini koruma altına almaktadır (29).

Amaçlanan etkililik ile gerçekleşen etkililik arasındaki fark ne kadar artarsa etki derecesi o kadar azalmaktadır.

Kanıta dayalı tıp uygulaması için gerekli olan beceriler şunlardır; karşılaşılan sorunu, yanıtlanabilir soru biçimine dönüştürmek, kanıt araştırması için yazılı ve elektronik veri tabanlarını inceleyebilmek, en iyi kanıtla karar verebilmek için literatürden kalitesi uygun olanları seçebilmek, en iyi kanıtı hastanın özellikleriyle birleştirerek birlikte karar verilip hastaya uygulanmasıdır (30).

4.7.2. Verimlilik (sağlık ekonomisi)

Verimlilik, toplumdaki bir kesimin refah düzeyini iyileştirmenin diğer bir başka kesimin refah düzeyinde sıkıntı yaratmayan durumunu ifade etmektedir (31). Başka bir ifadeyle verimlilik, istenilen bir çıktıyı kaliteden ödün vermeden en az maliyetle üretmek veya mevcut kaynaklar ile en fazla çıktıyı üretmektir (32). Sağlık kurumları arasındaki rekabetin artmaya başlaması da verimliliğin sağlık hizmetlerinin önemli boyutları arasında yer almasını sağlamaktadır (33).

Gelişen teknoloji ve artan sağlık ihtiyaçları, karar vericileri sınırlı olan kaynaklarla daha fazla sağlık hizmeti sunma veya finanse etme sorunu ile karşı karşıya bırakmıştır. Dolayısıyla bu sorun kaynakların hangi nüfus toplulukları, hangi hastalıklar ve hangi müdahaleler için ne kadar ayrılacağı konularında kararlar verilmesinin önemini artırmaktadır (34).

4.7.3. Hakkaniyet (sağlık hukuku)

Hakkaniyet, bir toplumda sağlık açısından bireyler arasında farklılık olmaması durumu olarak tanımlanmıştır (25). Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grubun doğuştan beklenen yaşam süresi aynı ise, burada eşitlikten söz edilmektedir. Hakkaniyet kavramı ise kısaca “adil” anlamına gelmektedir (35). Bir başka ifadeyle, hakkaniyet, “herkesin ihtiyaçları doğrultusunda uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanabilmesidir” (36).

Eşitlik ve hakkaniyet kavramları farklı anlam taşımalarına rağmen birbirleriyle yakından ilişkilidir. Eşitsizliği azaltmak amacıyla yapılan müdahaleler hakkaniyetsizliği de azaltabilir veya bu durumun tersi de geçerlidir. Ancak eşitsizlik, her zaman hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir. Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grup arasında doğuştan beklenen yaşam süresinde bulunan fark, yaşam tarzlarındaki farklılıklardan kaynaklanıyor ise, bu eşitsizlik hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir (32).

Sağlık hizmetlerinde ve sistemlerinde yatay ve dikey hakkaniyet ayrımı bulunmaktadır. Benzer sorunları olanlara benzer sağlık hizmeti verilmesi *yatay hakkaniyet*, farklı sorunları olanlara farklı hizmet verilmesi ise *dikey hakkaniyet* anlamına gelir (28).

Başka bir ifadeyle anlatmak gerekirse, eldeki kaynakların ihtiyaçları aynı olan bireylere eşit şekilde kullanılması yatay hakkaniyet, ihtiyaçları farklı olan bireylere ise farklı kaynakların kullanılması ise dikey hakkaniyet anlamına gelir (37).

4.7.4. İnsan odaklılık (hizmet kalitesi)

İnsan odaklı sağlık hizmetleri; hasta ile ilgili alınacak kararların hastanın ihtiyaçlarına, isteklerine ve tercihlerine uygun olmasını sağlamak amacıyla, hizmet sunucuları, hastalar ve gerektiğinde hasta yakınları arasında iş birliğinin kurulduğu; hastaların kendi sağlık durumları hakkındaki kararlara katılma, söz sahibi olabilmeleri için gereken bilgilendirme ve eğitim desteğinin sağlandığı sağlık hizmetleri şeklinde

tanımlanmaktadır. İnsan odaklı sağlık hizmetleri kavramının önem kazanmasıyla ilgili birtakım temel nedenler vardır. Bunlardan *birincisi*; ortalama yaşam süresinin artması ve toplumların yaşlanmaya başlamış olmasıdır. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte sürekli bakım ihtiyacı önem kazanmakta ve kronik hastalıklar artmaktadır. İnsan odaklı sağlık hizmetlerinin önem kazanmasının *ikinci nedeni ise*; tıp bilimi ve bilişim teknolojilerindeki hızlı gelişmelerdir. İnsan odaklı sağlık hizmetlerinin en önemli nedenlerinden biri ise; hasta beklentilerindeki değişimlerdir. Günümüzde hastalar artık her türlü bilgiye daha kolay erişebilmekte, ihtiyacı olan sağlık hizmetleri konusunda daha fazla seçeneği var olmaktadır (11).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, hastane ortamında, hastaların insan onuruna yakışacak bir biçimde ağırlanmaları ve hizmet almaları; her türlü insani ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri, güvenlik ve konforlarının sağlanması; mahremiyetlerinin korunması sağlanmalıdır. Her aşamada dışlanmadan, aşağılanmadan, güler yüz ve nezaketle muamele edilmesi gerekir (38).

4.7.4.1. İnsan odaklı sağlık hizmetlerinin özellikleri

Süreklilik: Sağlık hizmeti günün her saatinde ve her türlü yolla verilebilen bir hizmet olmalıdır. Değişen ve gelişmekte olan iletişim ve bilgi teknolojileri bu imkânı sağlamaktadır (11).

Birey, sadece hastalandığında değil hastalık öncesi ve hastalık sonrası sağlık durumu ile ilgili gerekli önlemler alınmalıdır. Sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir (39).

İhtiyaç ve değerlere öncelik: Hastanın bireysel ihtiyaç ve isteklerine, inançlarına, yaşam biçimine ve değerlerine öncelik verilmelidir. Hastaların, kendilerine insan olma nedeni ile saygı duyan, onları dinlemeye ve anlamaya çalışan, kendilerini benimseyen ve sorunlarına ilgi duyan hekimleri “iyi hekim” olarak tanımladıkları görülmektedir (11).

Tercihlere öncelik: Her türlü karar aşamasında, seçenekler hakkında hasta bilgilendirilmeli ve tercihlerine önem verilmelidir. Sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşuna gelen bireye, hizmetin nesnesi değil öznesi gibi davranılması gerekir. Hekimler otoriter olmak yerine hastanın danışanı olarak yaklaşmalıdırlar. Böylelikle

tedavi için daha olumlu sonuçlar alındığı ve tedavi maliyetlerinin de azaldığı görülmektedir (40).

Açıklık ve şeffaflık: Hastanın ve hasta yakınlarının tedaviye ilişkin her türlü bilgiye ulaşması kolaylaştırılmalı, sağlığı hakkındaki her türlü bilgi hasta ile paylaşılmalıdır. Hekimler anlaşılması güç tıbbi terimler yerine hastanın anlayacağı açık bir dille bilgilendirme yapmalıdır (11).

Hekimlerin genellikle yaptıkları hata, hastanın hekime başvurma nedeni olan tıbbi sorununa odaklaşmaları ve sadece bu sorunun kendisiyle ilgilenmeleridir. Oysa hiçbir hastalık onu doğuran, geliştiren faktörler ile bireyin kendisi göz ardı edilerek çözüme kavuşturulamaz. Hastanın kendi sağlığı hakkındaki verilmesi gereken kararlara katılması gerekir. Hekim, mide ülseri olan hastasına, rezistansı bozulmuş çamaşır makinesini tamire kalkışan bir teknisyen gibi yaklaşmamalıdır. Hastanın hekimi tercih etmesindeki sebep ve hekimden beklentisi, yaşadığı sağlık sorunu, hastalığı hakkındaki düşünceleri, endişeleri ele alınarak hastaya yaklaşılmalıdır. Hastalara, sadece bedensel varlıklarına bakılarak muamele edilmemelidir. Ruhsal ve sosyal durumları değerlendirilerek ve değerleri korunarak, teşhis, tedavi ve tıbbî bakım süreçleri belirlenmelidir (38).

Hasta güvenliği ve kanıta dayalı tıp: Hastanın güvenliğini ön planda tutan ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasarlarının azaltılması, hastaya verilen her türlü hizmet ve yapılan her işlem mutlaka bilimsel bir kanıta dayanmalıdır (11, 41).

Ekibin çalışması: Hastanın bakımı ile ilgili farklı meslekler arasında iletişim ve iş birliği en etkili şekilde sağlanmalıdır. Ekibin anlayışı, sadece ameliyathane ekibi ile sınırlı olmamalı, her türlü hizmetin sunumunda geçerli olmalıdır (11).

4.8. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastaneleri, bireylere sağlık hizmeti sunan ve araştırma faaliyetleri gerçekleştiren sağlık kurumlarıdır. Türkiye’de sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar sundukları hizmetlerin nitelik ve derecesine göre üç basamak halinde örgütlenmiştir. Buna göre üniversite hastaneleri, sağlık sistemimizde bireylerin en son teknoloji ile ileri düzeyde sağlık hizmeti bulabileceği bir kurum olarak sistemde yer almaktadırlar. Üniversite hastanelerinin temel amacı; sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda eğitim-öğretim, araştırma ve uygulama yapma olanağı sağlamak, nitelikli tıp ve sağlık personeli yetiştirmek amacıyla tıp fakültesi başta olmak üzere, üniversite bünyesinde yer alan diğer fakülte, enstitü, yüksekokullar, araştırma ve eğitim merkezleri ve diğer kurumlarla iş birliği yaparak ülkedeki sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli düzeyde sunulmasını sağlamaktır (42).

4.9. Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon Modeli

Sağlık kurumlarında ortak girişim, ortak anlaşma, birleşme, satın alma ve afiliasyon gibi birleşme veya iş birliği modelleri kullanabilmektedir (43). Bu modellere başvurmanın en temel amacı; iki tarafın güçlerini birleştirerek daha iyi bir konumda olmak, kurumların varlığını korumak ve devam ettirmek, büyümek, rekabet üstünlüğünü sağlamaktır (44).

Afiliasyon modeli, memnuniyeti arttırmak ve en iyi uygulama sonuçlarına ulaşma amaçları ile tercih edilmektedir.

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı’nın 19 Nisan 2012 tarihindeki Genel Kurul toplantısında ‘Vakıf Yükseköğretim Kurumları ile Özel Hastanelerin İşbirliğine İlişkin Usul ve Esaslar’ belirlenmiştir. Belirlenen usul ve esaslara göre; tıp, diş hekimliği ve diğer sağlık bilimleri alanında faaliyet göstermekte olan vakıf üniversitelerinin kendi hastanesinin olması esas olmakla birlikte; kendi hastanesinin bulunmaması veya mevcut hastanesinin gerekli şartları sağlayamaması durumunda eğitim-öğretim, araştırma ve uygulama için ihtiyaç duyulan asgari şartları sağlayan özel hastaneler ile iş birliği yapılabilmesine imkân tanınmaktadır.

Böylece eğitim-öğretim ve araştırma kapasitesi bakımından hastanenin yatak sayısı, yatak doluluk oranı, günlük poliklinik hasta sayısı, yatakların kliniklere dağılımı,

dersliklerin, laboratuvarların ve kütüphanelerin kapasiteleri ve yeterli ders araç- gereci bulunup bulunmadığına kadar eğitim ve öğretimi ilgilendiren birçok şartın yanı sıra SGK ile sözleşmesinin olması ve hastanenin tüm branşlarda SGK hastalarını kabul etmesi gerektiği, işbirliği yapılan hastanenin SGK ve kamu kurumları nezdinde ‘Üniversite Hastanesi’ niteliğinde kabul edileceği hüküm altına alınmıştır (45).

Türkiye sağlık sektöründe afileye olan sağlık kuruluşlarıyla öncelikle şunlar amaçlanmaktadır: (46)

- Yeni bilgiler keşfetmek
- Kaliteli sağlık hizmeti sunmak
- Hizmetin maliyetlerini azaltmak
- Daha nitelikli sağlıklı insan gücü yetiştirmektir.

4.10. Sağlık Hakkı

Sağlığın bir hak olarak gündeme gelmesi ilk olarak 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile olmuştur. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine bakıldığında sağlık hakkı ve insan hakkının kesiştikleri ve önemli olan birçok nokta görülmektedir.

Yaşama hakkı insanın var olmasıyla doğan ilk ve en temel haklarından biridir. Sağlık hakkı, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade ederek dayanağını insan hakları ile ilgili temel belgelerden almıştır. Sağlık hakkı, insan hakkı ve hasta hakları birbiriyle ilişkilidir.

Mann ve arkadaşlarına göre insan hakları “modern toplumun bir başarısı, devletlerin insan için neler yapılması ve nelerin koruma altına alması gerekliliği üzerine tanım ve kabulleri içeren tarihsel bir çaba” olarak tanımlanmaktadır (47).

Sağlık hizmeti kavramı sadece “hastalık”, “teşhis” ve “tedavi” kavramları ile tanımlanamaz. Bu durumda sağlık hakkı; mevcut olan sağlık sisteminde bireyin hasta olmadan önceki süreçte sağlığının korunması ve her bireye nitelikli, eşit tıbbi bakım ve tedaviye ulaşabilme imkanının sağlanması anlamına gelmektedir (10).

Tarihin değişik dönemlerinde kimi toplumlarda hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için bu hizmetleri satın alabilecek güçte olmaları doğal sayılmış, bu gücü olmayanın kaderine razı olması da yadırganmamış olsa bile, bugünkü kapsam ve içeriğiyle birebir örtüşmese de ilk büyük medeniyetlerle birlikte özellikle Mısır ve İyon uygarlıkları kimi toplumlarda sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumsal iradenin ön plana çıktığını görmekteyiz (48).

Endüstri öncesi Avrupa'da ilk şehir devletinin ortaya çıkması ile birlikte artan ve gittikçe kalabalıklaşan nüfus ve aynı tarihlere denk gelen veba salgını, sağlık hizmetlerinde mevcut geleneksel kurumlarla (hasta evleri ve hayır kurumları) birlikte devleti de yoksul ve hasta insanlara sağlık hizmeti sunmaya yöneltmiştir. Kendi tarihimize baktığımızda ise Selçuklu ve Osmanlı Devleti'nde sağlık hizmetlerinin daha çok "yardım" ilkesi temelinde yürütüldüğünü ve bu ilke doğrultusunda bir Orta Asya geleneği olan "imece" türü yardımlaşmanın en üst düzey örgütlenmesi olan vakıfların ön plana çıktığını görüyoruz. Hastaların ücretsiz tedavi olanağı bulduğu darüşşifalar (bugünkü deyimle hastaneler), yardımlaşma sandıkları, loncalar vs. sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili kurumlar olmuşlardır (48).

İlk defa 15. yüzyılda, "Ütopya" adlı eseriyle Thomas More, insanların sağlıklı yaşam hakkı konusuna değinmiştir. Ütopya'da, herkesin sağlıklı yaşayabilmesi için hükümetlerin ve toplumların gerekli önlemleri alması gerektiği belirtilir. "Ütopya'da yaşlılar ve hastalara büyük bir sevecenlik gösterilir, onlara özenle bakılır. Her kentin biraz dışında dört tane hastane vardır, hekimler çok profesyonellerdir ve bakımda çok iyidirler. Ütopya'lılar sağlık durumu bozulunca evlerinde kalacaklarına, hastaneye yatmayı tercih ederler. Hastalara ayrıca özen gösterilir ve hiçbir şeyi onlardan esirgemezler. Hiç kimse zorla hastaneye yatırılmaz. Çaresiz hastalıklardan acı çekenler için mümkün olan her şey yapılır, ziyaretçiler karşılıklı konuşmayla en iyi şekilde teselli edilir" (49).

Klasik hakların anayasalarla güvence altına alındığı Avrupa ülkelerinde, 18. ve 19. yüzyıllarda, insanların büyük çoğunluğu yoksulluk nedeniyle bu haklardan yararlanamıyordu. Oysa herkesin bu haklara doğuştan sahip olduğu kabul ediliyordu. İnsanların yaşama hakları olmasına rağmen ne doktora gidecek ne de ilaç alacak paraları vardı. Konut dokunulmazlıkları vardı, fakat yayacakları konutları yoktu (50).

Sağlık açısından bireye ilişkin konulardan en önemlisi olan “sağlık bakımından yararlanma hakkı”, İnsan Hakları Bildirgesi’nde ikinci kuşak haklar (sosyal haklar) olarak değerlendirilmektedir. İkinci kuşak hakların çoğunluğu, devlete bir hizmet sunma görevi yükleyen haklar niteliğindedir (51).

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesi sağlık hakkını içermektedir ve bu maddede şu açıklamaya yer verilmiştir:

1. Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarına hakkı vardır; bu hak beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan başka geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsar.
2. Analar ve çocukların özel bakım ve yardım hakları vardır. Tüm çocuklar, evlilik içi ya da dışı doğmuşluklarına bakılmaksızın, aynı toplumsal korumadan yararlanırlar (52).

İnsanın kendine özgü olan tutum ve davranışlarını gerçekleştirebilmesi, toplum düzeninin uygun koşulları sağlamasına bağlıdır (51). Toplum düzeninin uygun koşulları sağlaması sonucunda insanın tutum ve davranışlarını gerçekleştirilmesi bir anlamda da insanın “iyilik haline” ulaşmış olduğunun göstergesidir (48).

Bu anlamda toplumların kendilerine ait kültürleri, ekonomik güçleri, dini inançları, sağlık hizmetleri farklılık taşısa da sağlık hakkı da en az yaşama hakkı kadar son derece önemli ve evrensel bir hak olduğundan tüm toplumlarda gözetilmemesi gerekmektedir.

4.11. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Türkiye’nin Sağlık Politikası

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumu, finansman ve insan gücü gibi birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesi gerekmektedir. Bu amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya koyuldu. Bu programla, bireylerin hayatını kolaylaştıran adımlar atıldı. Bu anlayışla beraber, öncelikle SSK hastaneleri başta olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredildi. Dar gelirli hane halklarına yönelik olarak Yeşil Kart sahiplerinin hakları genişletildi. Yeşil Kart sahiplerinin “ayakta tedavi” kapsamında

alacakları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanır oldu. İlataki KDV oranı dūřurđldđ ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirildi. Dolayısıyla ilaç fiyatlarında bđyđk oranda indirim sağlanıldı. İlaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yđkđ, bđyđk olde hafifletildi. Bu dđzenlemeler sonucunda ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynandı. Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmeti sunulmaya başlandı, ambulanslar son teknolojilerle donatılıp, ayrıca sisteme hava ve deniz taşıma araçları eklendi. Bařta koruyucu sağlık ve ana-ocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri geliştirilip gđlendirildi, aile hekimliği uygulaması başlatıldı ve tđm đlkeye yaygınlaştırıldı. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken lđmleri önlemek için yoğun kapsamlı programlar hayata geçirildi. Bu kapsamda kanser, diyabet, kalp-damar hastalıkları, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere, belirli hastalıklar için ulusal programlar planlanıp uygulamaya konuldu. Bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz ise Sağlıkta Dnüşđm Programı’nın uygulanmaya başlanmasından sonra gelişmiş đlkeler dđzeyine ulaştı. Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli bölge kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler bđyđk olde ortadan kaldırıldı. Yeni sağlık tesisleri kuruldu ve bununla birlikte nitelikli personel sayısı arttırıldı. 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011 yılı sonunda %75,9’a ulaştı (53).

4.12. Sağlıkta Dnüşđm Programı ve Cevap Verebilirlik

Dđnya Sağlık rgđtđ’ne göre bir đlkenin sağlık sistemi, bireylere gerekli olan sağlık hizmetinin yđksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmetin etkili, karşılanabilir maliyette ve sağlık ile ilgili konularda toplumun meşru beklentilerine karşı yanıt verebilir olmalıdır. DSÖ, her đlkenin kendi şartları doğrultusunda bir sistem oluşturmasını önermektedir (53).

Bu amaçla; dđnyanın birçok gelişmiş đlkelerinde uygulanmakta olan sağlık sistemleri incelenip değerlendirilerek, đlkemize ait bir Tđrkiye modeli olarak Sağlıkta Dnüşđm Programı gerçekleştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana amacı; Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin sağlık sistemini 21.yy. vizyonuna uygun hale getirmek ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının hakkı olan kaliteli sağlık hizmetini en iyi şekilde sunmaktır (54).

Programın sunuşunda dönemin başbakanı olan Recep Tayyip Erdoğan; “Bizim için siyasetinde, icraatında temeli insandır. “İnsanı yaşat ki, devlet yaşasın” felsefesi en önemli düsturumuzdur.” diyerek sağlıklı bir toplumun aynı zamanda devletlerin yaşaması için en temel noktalardan biri olduğunu belirtmiştir (54).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapılarının örgütlenmesi ve düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri gerektirmektedir. Sağlık sisteminin mevcut durumunu değerlendirebilmek ve politika geliştirebilmek için ise bazı kriterlere başvurulmaktadır. Bunları en başında temel sağlık göstergeleri gelmektedir. Diğer kriterler ise; finansal riskten korunma ve cevap verebilirlik kavramlarıdır (54).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında politika geliştirirken öncelikle insan odaklı yaklaşımla erişim, kalite, verimlilik ve hakkaniyet kavramları ortaya çıkmıştır. İnsan odaklı yaklaşım; sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyacını, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir (53).

İnsan odaklı olmayan, bireylerin beklentilerine cevap vermeyen bir sistemden sonuç alınabilmesi mümkün değildir. Bu sebeple, *cevap verebilirlik* temel kriterler arasında kabul edilerek bireylerin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdiklerini eksik ve iyi yönleri ile dikkate alarak politika geliştirilmektedir. Hizmeti kullananların, sağlık hizmetini veren kurumlar için bekleme süresi, iyi iletişim, gizliliğe önem, kişiye saygı, yeterli bilgilendirme vb. gibi kavramlar bu değerlendirmede dikkate alınmaktadır (54).

Sağlıkta Dönüşüm Programı stratejik planlamasının merkezine “insanı” olarak çalışmalar yürütülmüştür. Bu nedenle, stratejik amaçlarından bir tanesi; İnsan odaklı ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek olmuştur. Bu stratejik amaca göre; Sağlık sisteminin merkezinde “insan” olmalıdır. Bireyin sistem içindeki rolü güçlendirilmelidir. Özellikle durumu

olan bireylerin sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırılmalıdır. Tüm bireyler finansal riskten korunmalıdır. Sağlık sistemi bireylerin ve çalışanların ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermelidir (55).

4.13. Cevap Verebilirlik

Teknik anlamıyla cevap verebilirlik, hizmet sağlayıcıların, bireylerin talebine verdiği yanıtın hızı ve yeterliliği ile ilgilidir. Bu anlamda hız, bireylerin talebi ile kuruluşun yanıtı arasında geçen zaman aralığıdır. Cevap verebilirlik ise, verilen yanıtın ihtiyaç ve talepleri ne ölçüde karşıladığı ile ilişkilendirilmektedir. Yanıtın hızını belirleyebilmek kolaydır; ancak yeterliliği ortaya koymak karmaşık bir süreci beraberinde getirmektedir. Çünkü yeterliliği değerlendirirken sosyal refah, eşitlik ve kamu hizmetlerinin adil dağılımı gibi unsurlar da dikkate alınmak zorundadır (56).

Cevap verebilirlik, sağlıkla ilgili ihtiyaçlar konusuna sistemin nasıl cevap verdiğinin ölçüsü değil, sistemin sağlıkla ilgili olmayan konularda nüfusun meşru beklentileri ile ne ölçüde karşıladığının bir göstergesidir (57). Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık hizmeti sunan kuruluşa başvuran bireyin hizmet sürecindeki tüm etkileşimlerin iki boyutu bulunmaktadır. Birincisi, bireye sunulan sağlık hizmetinin tıbbi boyutu, diğerisi ise bu hizmetin nerede, hangi koşullarda ve nasıl sunulduğu konusudur. Sunulan hizmetin bilimsel anlamda en doğru ve duruma en uygun hizmet olması, hatasız sunulması, bireyin ‘‘iyi olma’’ durumu için gerekli, ancak her zaman yeterli değerildir. Hizmeti sunan kişilerin, hizmeti alan bireyle kurdukları ilişkinin niteliği, hizmetin sunulduğu ortamın rahatlığı ve özellikleri de en az bilimsel doğruluk ve uygunluk kadar önemlidir. İşte tüm bu özelliklere ‘‘cevap verebilirlik’’ denilmektedir. Sağlık hizmet sistemlerinin cevap verebilirliğinin, verimlilik, kalite, etkinlik, memnuniyet gibi ölçülmesi ve izlenmesi gerekir (11).

WHO’nun Cenevre’de 1999 yılında yapmış olduğu uluslararası danışma toplantısının genel yaklaşımı, sağlık sistemleri ve cevap verebilirliğin ölçümü üzerine olmuştur. Bu toplantının raporuna göre temel amaç; sağlığı korumak ve geliştirmektir. Bunun ne ölçüde gerçekleştiğinin saptamanın ise  yolu bulunmaktadır: *sağlık göstergelerindeki düzelmeler, parasal kaynakların adil dağılımı ve cevap verebilirlik* (5).

Bu rapor sağlık sistemlerinin hedeflerini açıklamak ve belirlemek için bir zemin oluşturmaktadır. Hedeflere ilişkin olarak elde edilen kazanım ise, sağlık sistemlerinin performansının olülmesine temel oluşturmaktadır.

Bireylerin sistem ile etkileşiminin “iyi olma hali” üzerindeki etkisini ifade eden cevap verebilirlik kavramı yerine “*hasta deneyimleri*” kavramı da kullanılmaktadır. Her iki kavram ile ifade edilmek istenilen durum, sistem ile etkileşimi sırasında bireyin kendisini sağlık durumundaki değişimden bağımsız olarak ne olüde iyi hissettiği durumudur. Cevap verebilirlik, sağlık durumunun iyileşmelerinden farklı olarak, yatırım gerektirmeyen ve hızlı sonuç alınabilen bir kavramdır. Cevap verebilirliğin bütün öğeleri temel insan hakları ile ilişkili olmanın çok daha ötesinde, hastalar için bazı hallerde sağlık durumundaki düzelmelerden bile daha değerli olabilmektedir (11).

Sağlık sistemlerinin cevap verebilirliği en temel şekilde kişinin birey olarak gördüğü saygı ve yakın çevresinin, ailesinin hizmet sunulan yere ilişkin değerlendirmeleri ile olülebilmektedir. Kişinin birey olarak gördüğü saygı; insanlık onuruna duyulan saygı, ilişkilerin mahremiyetine duyulan saygı ve bireyin verilecek kararlar konusundaki özerkliğine gösterilen saygı anlamına gelmektedir. Hiçbir bireyin sağlık sorunları nedeniyle küçük düşürölmemesi, aşağılanmaması, dışlanmaması, kişisel bilgilerinin gizliliğinin ihlal edilmemesi, yapılacak tedaviler ve işlemler konusunda görüşünün alınması, söz hakkına saygı duyulması gerekmektedir (3).

Sağlık hizmeti almak için sistem içerisinde yer alan herhangi bir bireyin sistem dışında sahip olduğu her türlü saygınlık, konfor ve sosyal destek, zamanında ilgi gibi özelliklerin sistem içerisinde titizlikle sağlanmış olması gerekir (11).

WHO 2000 yılından itibaren bireylerin sağlık durumundaki düzelmeye ek olarak sistemin cevap verebilirliği konusu üzerinde çalışmış, esas hedefler belirlemiş ve bu çalışmasıyla da üye devletlerindeki sağlık sistemlerinin belirlenen hedeflere ne kadar eriştiklerini değerlendirmek için bir girişimde bulunmuştur (5). Geliştirilen bu yöntemle sistemlerin cevap verebilirlik kavramının izlenmesi amacıyla önem taşıyan alanları belirlemiş ve bu amaçla ölçekler geliştirilmiştir (58).

4.13.1. Cevap verebilirliğin ögeleri

Özerklik: Sağlıkta Dönüşüm Programında hasta odaklı bir tıbbi uygulamayı amaçladığı belirtilmiştir. Hasta odaklı sağlık hizmetlerinde en çok üzerinde durulan kavramlardan biride hasta özerkliğidir.

Otonomi (özerklik), insanın özgür düşünüp karar verme, kararını eyleme geçirme yetkisi olarak tanımlanmaktadır (59).

Bireyin almış olduğu sağlık hizmeti sırasında kararının sorulup sorulmadığı, bu kararın ne aşamada dikkate alındığı, tanı ve tedavisi için bir işleme başlanmadan önce izninin alınıp alınmadığı konusudur.

Sağlık hizmeti sunucusu, asimetrik bilgi nedeniyle kolay ve hızlı kararlar verebilir, ancak böyle bir durumda özerklikten söz etmek mümkün değildir. Hastanın, karar verme yetkisine sahip olmadığı durumlarda, temsilcilerine kendi adına karar verme hakkı verilmelidir (60, 3).

Tercih: Bireyin kendisine hizmet sunacak hekimi ya da diğer sağlık hizmeti personelinin seçme konusunda ne kadar özgür olduğunun ölçümüdür.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireyler, belirli kişi veya belirli bir cinsiyet, yaş grubu veya ırkla ilgili kişilerle ilgili tercihlere sahip olabilir. Kültürel etkenler ve duygusal yaklaşımlar sonucunda özellikle kadın hastalıkları hizmetleri kapsamında seçim yapmak isteyebilirler (3).

Bireyler, tekrarlayan şikâyetlerin de genellikle daha önce başvurdukları hekime danışmayı tercih etmektedirler. Aynı hekimi veya hastaneyi tercih etmeleri sebepleri ise almış oldukları sağlık hizmetinin, bireylerin beklentilerini ne derece karşılayabildiği ile yakından ilişkilidir.

İletişim: Bireyin hekim, hemşire ya da diğer hizmet sunuculara ne kadar rahat soru sorabildiği ve sorduğu sorulara doyurucu cevaplar alıp almadığı konusunun ölçümüdür (11). Cevap verebilirliğin bir alanı olan iletişim, sağlık çalışanlarının hastaya ve ailesine hastalığın niteliğini, gerekli tedavi ve alternatif seçenekleri

ayrıntılıyla açıklama durumunu ve hastaların soru sormaları için yeterli zamana sahip olmalarını kapsamaktadır (3).

İletişim, hastalar ve doktorlar arasındaki bağları güçlendirmek ve hasta memnuniyetinin artırılarak kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için önemli bir öğedir (61).

Hasta ve hekim arasındaki iletişimin doğru bir şekilde sağlanması için öncelikle açık ve anlaşılır bir dil kullanılması gerekir. Hastaya göz ile temas kurarak sağlığının durumunu, tanı ve tedavisini anlatmalı, kararlarını dinlemeli ve kararları doğrultusunda bir tercih yapılmalıdır.

Gizlilik: Bireyin sağlık durumuna ve sunulan hizmetlere ilişkin bilgilerin ne derece gizli tutulup tutulmadığı konusunda ki değerlendirmelerine dayanan bir ölçümdür (11).

Sağlık sorunları nedeniyle, sağlık hizmeti sunan kuruluşa başvuran bireyler tıbbi uygulama boyunca kendilerinin özel ve sağlık ile ilgili bilgilerini hekim veya sağlık kuruluşu personeli ile paylaşmak zorunda kalmaktadırlar.

Bazen hastalar kendilerine ait bilgilerin ifşa edilmesi sonucunda toplum değerinde küçük düşmektedirler. Bu sebeple de yaşamları süresince sıkıntı çekmektedirler. Örneğin, AIDS hastası olan birinin bu hastalığının ortaya çıkması ve yayılması durumu ve benzeri haller de kişisel bilgilerinin gizliliği ortadan kalkmaktadır (62).

Saygınlık: Bireyin sağlık hizmeti sunucularıyla iletişimde ve tedavi sürecinde kendisine ne ölçüde saygılı davranıldığıнын, mahremiyetine ne derece özen gösterildiğinin değerlendirilmesini kapsamaktadır (11). Bir diğer ifadeyle saygınlık, hastanın asimetrik bilgi ve fiziksel yetersizliklere sahip olmasından dolayı, yalnızca bir hasta olmaktan daha çok, birtakım haklara sahip bir birey olarak haklarının korunması şeklinde tanımlanmaktadır (3, 26).

Saygılı tedavi, gizlilik, iletişim ve zamanında ilgi cevap verebilirlik boyutları arasında bir ilişki vardır. Sağlık personellerinin hastayla iletişim kurma şekli, ihtiyaçlarına çabuk cevap vermesi ve tıbbi bilgilerin gizlilik açısından korunması

bütünlük arz eder. Tam tersine düşünülduğünde ise bu durum, saygısızlık boyutunda azarlanma, emir verilmesi ve uygun olmayan bir şekilde hastaların bekletilmesi şeklinde düşünülmelidir (57).

Hizmet mekanının niteliği: Bireyin sağlık hizmetini aldığı kuruluşun ortamının temizliği, mekânın genişliği, insani ihtiyaçlara uygunluğu (havalandırma, temiz su, sağlıklı gıda sağlanması vb.) gibi özelliklerin değerlendirilmesini kapsamaktadır (11).

Hizmet hızı: Bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmet sunumu sırasındaki bekleme sürelerini kapsamaktadır. Sağlık hizmeti sunucularına herhangi bir sağlık sorunu ile başvuran hastalar uzun süre beklemek zorunda kalmamalıdır (11).

Zamanında etkili ve verimli bir şekilde ihtiyaca cevap verebilme stratejik hedefler arasında yer almaktadır (55).

Sağlık Bakanlığının, yapmış olduğu düzenleme ile hastanelerde yoğunluğu ortadan kaldırmak için acillerde saat 23.00'e kadar poliklinik hizmeti verilmesi böylelikle hastaların bekleme süresinin kısaltılmasını sağlamaya çalışmaktadır. Bekleme süresini azaltmak hastalara daha iyi hizmet verebilmek için acil sağlık hizmetlerinde yeşil, sarı ve kırmızı olmak üzere 3 alan getirildi. Kırmızı alan daha çok, travma hastaları, ateşli silahlı yaralamaları, kesici delici alet yaralamaları, düşmeler, trafik kazası gibi acil olan hastaları kapsamaktadır. Bu hastalara sıfır bekleme süresi ile hizmet verilmekte ve bu hastaların kayıtları gittiği odada yapılmaktadır. Yeşil ve sarı alanlar ise asıl yoğun olan alanlardır. Sağlık Bakanlığı'nın talimatıyla yeşil alandaki hastalar daha çok poliklinik düzeyde hizmet alması gereken hastalardır. Acile gelen hastaların yaklaşık yüzde 70-80'i yeşil alan dediğimiz bu hastalardan oluşmaktadır. Bu durumda hastanelerde yığılmaya sebep oluyordu. Yeni düzenlemeyle yeşil alandaki birikmeyi azaltıp, uzamış vardiya poliklinikleri olan yeşil alana yönlendirmeye başlandı. Yeşil 2 alan denilen bu alanda 7/24 hizmet verilmektedir (63).

Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapılan bu uygulama ile hastaların bekleme süresi 32 dakikadan 7 dakikaya indirildiğini bu durumda da hastanın içinde bulunduğu stresini de yok ettiğini ve dünya standartlarını da yakalamış olduğumuz bildirilmiştir (63).

Sosyal desteklere erişim: Bireyin hastanede tedavi gördüğü süre boyunca ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi ile görüşebilme olanaklarının ne olduğu, sosyal ilişkilerinin veya dini ibadetlerinin gereğini ne ölçüde yerine getirebildiğine ilişkin değerlendirmelere dayanan bir ölçümdür (11). Sağlık hizmetleri bakımı, eğer bireylerin ailelerinden uzakta sunuluyorsa, bu durumda sosyal destek ağlarına erişimde sorun var demektir (20).



4.14. Cevap verebilirlik, Hasta Deneyimleri ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki Farklar

2000 yılında yayımlanan Dünya Sağlık Örgütü raporunda, sağlık sistemlerini hasta memnuniyeti ölçümlerinin ilerisine geçmeye ve memnuniyet araştırmalarındaki beklentiler yerine bireylerin sağlık sistemleri ile olan gerçek deneyimlerini ölçmeye yönlendirmektedir (60). Hastalardan elde edinilen bilgi birikimi ve deneyimlerle sistemin performansını değerlendirmek mümkün olacaktır (64).

Cevap verebilirlik kavramı, birbiriyle ilişkili olmasına rağmen birçok özelliğinden dolayı hasta tatmininden ve bakımın kalitesinden farklıdır (3). Cevap verebilirlik, sağlık bakımının işleyişi ile ilgili memnuniyetten daha anlamlı, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir. Hasta memnuniyet ölçümleri, önemli ölçüde beklentiler tarafından etkilenir. Performans değerlendirmesi, bireylerin beklentilerini değil, onların sağlık bakım sistemi ile ilişkileri ve finansal sınırlılıkları ile ilgili gerçek deneyimlerini yansıtır (17).

Sağlık hizmetleri kalitesinin, hizmeti sunanlar cephesinden olduğu kadar bu hizmetleri kullananlar cephesinden de izlenmesi önemlidir.

Hasta deneyimleri, sağlık sistemlerinin performans değerlendirmelerinde önemli kriter olarak belirlenen kavramlardan birisidir. Hasta deneyimlerini, hasta memnuniyeti, algıları, katılımı, tercihleri, beklentileri gibi kavramlardan ayrı ele almak gerekmektedir.

Cevap verebilirlik, sistem ile etkileşimi sırasında bireyin kendisini sağlık durumundaki değişimden bağımsız olarak ne ölçüde iyi hissettiği durumudur. Cevap verebilirlik sonuçlarının karşılaştırılmasında en büyük sorun, farklı ölçek kullanımı veya davranış değişikliği olabilir (65). Bireylerin yaşadıkları ortama bağlı olarak

kültürel, sosyo-ekonomik durum, eğitim, sağlık sorunları, daha önce alınan sağlık hizmetleri, yaş, gelir ve etnik köken gibi farklılıklardan kaynaklı davranışlarda değişiklik olabilmektedir. (66)

Hasta memnuniyeti ise; genellikle hizmet sunumunun sonunda yapılan bir ölçüm olup hizmeti alanların beklentileri, ihtiyaç algıları ve aldıkları hizmetin özelliklerinin karışımından oluşan bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir bölümünü hasta memnuniyeti oluşturmaktadır ancak hizmetlerin sunumunun değerlendirilmesinde yeterli olmadığı anlaşılmaktadır.

Hasta algıları, bilişsel özelliklerle ilişkili olup, deneyimler için girdi niteliği taşımaktadırlar. Hasta deneyimleri ve hasta memnuniyeti, hastaların sağlık hizmetlerinin her aşamasındaki algılarından etkilenecek oluşmaktadır.

Hasta katılımı; verilen kararlarda hastanın görüşünün de alınması ve gerektiğinde iş birliği yapılmasıdır. Kararlara katılım hastanın öz sorumluluğunu arttırmakta ve olumlu deneyimlere yol açmaktadır.

Hasta tercihleri; hastaya olumlu bir deneyim sunmanın ilk adımlarından birisini oluşturması nedeniyle hem memnuniyet hem de deneyimler açısından dikkate alınması gereken bir durumdur.

Bir kuruluşun verdiği sağlık hizmetlerinin kullanıcılar tarafından deneyimlenmesi başlıca klinik sonuçlar, parasal sonuçlar, hasta sadakati ve toplumsal saygınlık şeklinde özetlenebilecek 4 grup ölçüt ile değerlendirilebilmektedir.

- ***Klinik sonuçlar:***

Klinik açıdan iyileşmeyi tanımlayan ölçütler hasta deneyimleri açısından önemli göstergelerdir. Klinik iyileşmenin kalıcı olmasının yanı sıra iyilik halinin de gerçekleşmiş ve bireyin bütünlüğünü koruyabiliyor olması da gerekir.

- ***Parasal sonuçlar:***

Sağlık hizmetlerinin hızla artmakta olan maliyetleri hükümetler ve hizmet sunucular tarafından önemli bir sorundur. Maliyet kontrolünün hastalar üzerinde olumlu etkileri

olduğu, hastaların hizmetlere erişimlerini kolaylaştırdığı, yeniden yatış olasılıklarını azalttığı görülmektedir.

- ***Hasta sadakati:***

Hasta sadakati, hastanın aldığı sağlık hizmetlerinden tatmin olmasının bir sonucu olarak, ihtiyaç duyulması halinde tekrar aynı hastaneyi tercih etmesini ve aldığı hizmetten çevresine olumlu yönde bahsetmesini ifade etmektedir (67). Hastalarda sağlık hizmetini aldığı kuruma karşı sadakat gelişmesi ve sadık hasta sayısının artması, hasta deneyimlerinin olumlu durumu ile yakından ilişkilidir. Sadık hastaların çevrelerine aktardığı görüşler ve değerlendirmeler her türlü reklam ve pazarlama stratejisinden daha etkili olabilmektedir.

- ***Toplumsal saygınlık:***

Bir sağlık kuruluşunun toplum gözetimindeki saygınlığı daha çok hastanın onu tercih etmesini sağlamaktadır. Hastaların sağlık hizmetini aldığı kurumdan olumlu deneyimlerle ayrılması saygınlığı arttıran bir değişkendir. Günümüzde toplumsal saygınlığın oluşmasında önemli yere sahip olan sosyal medya araçları da bu anlamda önemlidir. Sağlıkla ilgili olumlu-olumsuz her türlü deneyim sosyal medyada yer almakta ve hızlı yayılmaktadır. Sosyal medyadan toplanan her türlü olumlu ve olumsuz hasta deneyimleri sağlık kurumlarına yol gösterici niteliğinde olabilmektedir.

Hasta memnuniyeti ile sistemin cevap verebilirliği arasındaki en önemli farklardan biri, hasta memnuniyeti sağlık hizmeti alınan yer ve alınan hizmet türü ile sınırlı olması, cevap verebilirliğin ise sistemin bütünü ile ilişkili olmasıdır. Bir diğer farklılık ise, hasta memnuniyeti alınan sağlık hizmetlerinde hem tıbbi hem de tıbbi olmayan hizmetleri değerlendirmeye alır iken, cevap verebilirlik sağlık hizmeti almak için sistem içerisine giren herhangi bir bireyin sistemin tıbbi olmayan konularda toplumun ve bireylerin beklentileri ile ne ölçüde uyumlu olduğunun bir göstergesidir (11).

4.15. Dünyada cevap verebilirlik çalışmaları

WHO'da Multi-Country Survey Cevap verebilirlik çalışmasında kısa hikayelere başvurmuştur. Sağlık sistemi performansını ölçmek için sistemin kullanıcılarının tercihlerine duyarlılığını gösteren ve çapraz ülke karşılaştırmalı bir modül geliştirilmiştir. Katılımcılar, sağlık sistemindeki deneyimlerini, "çok iyi" den "çok kötü" kadar 5 puanlık kategorik bir ölçek kullanarak değerlendirirler (68).

Bu durumda aynı kısa hikayelere karşı gösterilen birbirinden farklı tutumların, bireysel farklılıkların cevap verebilirlik alanlarına olan etkileri ve toplumların cevap verebilirlik alanlarına gösterdikleri tutumun belirlenerek ülkeler arası ya da ülke içi farklı toplulukların karşılaştırılması bu anlamda sağlık sistemini değerlendirmek ve bunun sonucunda sağlık politikalarının oluşturulması için imkân sağlayacaktır. (67)

WHO 2000 yılı raporuna göre cevap verebilirlik puanlarına bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'nin listede lider olarak yer aldığı, ardından İsviçre, Lüksemburg, Danimarka ve Almanya'nın geldiği görülmektedir. Türkiye'nin cevap verebilirlik puanı 5.16 ve ülkeler arasında 93. sırada olduğu görülmektedir. Bu puanla Türkiye'nin Kore Cumhuriyeti, Kazakistan, Polonya ve Filipinler gibi birçok ülkenin gerisinde yer aldığı görülmektedir (69).

2003 yılında Güney Afrika'da, kamu ve özel hastanede 2352 hastayla (1116 erkek ve 1236 kadın) Güney Afrika *Dünya Sağlık Anketi'nden* (WHS) yararlanılarak yapılan çalışmada ayaktan ve yatan hastalar için toplam cevap verebilirlik yüzdesi %67 bulunmuş olup, kamunun cevap verebilirlik puanlarının özelden anlamlı derecede düşük olduğu ve ayrımcılığın verilen sağlık hizmetinin tüm yönlerinde temel nedenlerinden biri olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada cevap verebilirlik ile sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyi) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (70).

2005 yılında ise Avrupalı hastaların (16 yaş üstü, 8119 kişi) sağlık sistemlerine ve sağlık personellerine karşı bakış açıları değerlendirmeleri için rastgele örnekleme yöntemi ile Almanya, İtalya, İspanya, Polonya, Slovakya, İsveç, İsviçre ve İngiltere’de yaşayan nüfusa telefonla anket yapılmıştır. Katılımcıların hemen hemen yarısı doktorların her zaman dikkatle hastaları dinlediklerini, soru sormaları için onlara imkân sağladıklarını ve net açıklamalar yaptıklarını söylediklerini saptamışlardır. İsviçre ve İngiltere’deki katılımcıların doktorların iletişim kurma biçimlerinden oldukça memnun kaldıklarını belirtirken, Polonya’daki hastaların ise bu konuda daha düşük düzeyde tatmin olduklarını saptamışlardır. Çalışmanın sonucunda hastaların Avrupalı hastaların, sağlığı ile ilgili kararlara aktif şekilde katılmak istediklerini belirtmişlerdir. (71)

2007 yılında Almanya da ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılan çalışmada en iyi performansa sahip cevap verebilirlik alanının gizlilik ve saygılı tedavi olduğu, en düşük ise konfor, otonomi, seçim alanlarında bulunmuştur. (72).

2007 yılında Avrupa da beş ülkenin (Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, Slovakya, Slovenya, Macaristan) sağlık sistemlerinin cevap verebilirliklerindeki farklılıkları ve nedenlerini inceleyen çalışmada, sağlık sisteminin genel değerlendirilmesi iyi bulunmuş ancak çalışmanın kapsamını oluşturan ülkeler arasında çok büyük bir farklılık gözlemlenmiştir. Çek Cumhuriyeti’nde bazı alanlarda en iyi puanlar, Macaristan’da ise düşük puanlar saptanmıştır. Çalışmanın kapsamında yer alan ülkelerin farklı siyasi geçmişlerinden dolayı aradaki bu farklılığın olduğu saptanmıştır (73).

2008 yılında 41 ülkede Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) yapmış olduğu 105.806 anket görüşmesi ile cevap verebilirliğin sekiz boyutunun önemlilik düzeyini araştırmışlardır. Cevap verebilirliğin boyutları; kişisel boyutlar (otonomi, iletişim, gizlilik ve saygılı tedavi) ve yapısal boyutlar (zamanında ilgi, seçim, konfor ve sosyal destek ağlarına erişim) olarak belirlenmiştir. Ülke düzeyindeki değişkenlere (ikamet ülkesi, coğrafi bölgeler ve sağlık sistemi harcamaları) ve cinsiyete, yaşa,

sağlık durumuna, eğitim durumuna ve kullanıma göre tanımlanan alt popülasyonlara göre önemlilik araştırılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu zamanında ilgi boyutunu en önemli olan olarak ifade ederken ardından saygılı tedavi ve iletişim boyutlarını da diğer önemli alan olarak belirlemişlerdir. En düşük önem verilen alanın ise sosyal destek ağlarına erişim olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmaya genel olarak bakıldığında ülke içi topluluklarının yanısıra ülkelerinde değerlerinde bir yakınlık olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada Türkiye’de cevap verebilirlik boyutlarında en fazla zamanında ilgi, saygılı tedavi, iletişim, konfor, seçim, otonomi, sosyal destek ve gizlilik boyutlarına önem verildiği bulunmuştur (74).

2011 yılında Çin’in Jiangsu Eyaleti’ndeki 1938 yetişkin hasta ile tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak Dünya Sağlık Örgütü’nün önerisi üzerine modellenen bir anket tasarlanıp kullanılarak yüz yüze görüşmeler yapılan çalışmada 1783 anket geçerli dayandırılarak cevap verebilirlik puan ortalaması 7.50 bulunmuştur. En yüksek puana sahip boyutlarda saygılı tedavi ve gizlilik bulunurken, en düşük puan seçim ve zamanında ilgi boyutların da bulunmuştur. Ayrıca cevap verebilirliğin etkileyen faktörler bölgesel ekonomik kalkınma seviyesi, coğrafi alan (kentsel ve kırsal) ve yaş olarak tespit edilmiştir. Algılanan cevap verebilirliğin düzeyini arttırmaya yönelik daha iyi hastanelerde daha iyi hizmet, kısa bekleme süreleri, kırsal bölgelere daha fazla hastane, daha konforlu bir ortamın sağlanması olarak yorumlanmıştır (75).

2012 yılında Hindistan’da sosyo ekonomik düzeyleri farklı ve farklı hastane grupları arasında yapılan çalışmada en düşük gelir grubundaki bireylerin, en yüksek gelir grubundaki bireylere göre “saygılı tedavi” alanında çok düşük puan aldıkları bulunmuştur. Hindistan’da sağlık sisteminin cevap verebilirliği iyileştirilmesi için sosyo-ekonomik eşitsizliklerin iyileştirilme politikalarının gerekliliği saptanmıştır (76).

2012-2013 yılları arasında Tahran da ana kalp merkezlerinden birinde kronik kalp yetmezliği olan, yatan ve ayaktan olmak üzere 300 hasta üzerinde yapılan çalışmada en önemli cevap verebilirlik alanı zamanında ilgi ve saygılı tedavi bulunmuştur. Poliklinik hizmetlerinde cevap verebilirlik alanındaki en kötü performans ise seçim

ve zamanında ilgi, yatan hasta hizmetlerinde ise özerklik bulunmuştur. Hem ayakta hem yatan hasta hizmetlerinde en iyi performansa sahip alan ise gizlilik olarak saptanmıştır (77).

2014 yılında ise İran'da yapılan bir çalışmada, hastaların sistemin cevap verebilirliği konusunda saygılı tedavi ve zamanında ilgi alanlarına önem verilmesi gerektiğini vurguladıklarını saptamışlardır. (77)

2014 yılında Tahran'da Zanjan Tıp Bilimleri Üniversitesi'nde 246 yatan hastaya yapılan bir çalışmada seçim, cevap verebilirliğin en zayıf yönü bulunurken, gizlilik ve iletişim, zamanında ilgi sırasıyla güçlü yön olarak bulunmuştur. Toplumun algısı açısından saygınlık en önemli cevap verebilirlik alanı olarak algılanırken, gizliliğin en düşük cevap verebilirlik alanı olduğu bulunmuştur. Yaş ortalaması daha küçük ve öğrenim düzeyi daha yüksek olan hastaların, cevap verebilirliğin boyutlarını daha düşük düzeyde değerlendirerek ifade etmeleri, bu grupların özel beklentilerine dikkat etmenin ve sağlık hizmetinin verildiği ortamlarda yüksek düzeyde bir yanıt verme düzeyini sürdürmenin önemini vurgulamaktadır. Yatan hastaların genelinin cevap verebilirliğin iyi olduğunu değerlendikleri saptanmıştır (78).

2016 yılında İran'da rastgele örnekleme yöntemi ile Vali-Asr, Ghaemshahr, İmam Humeyni ve Shafa Hastanelerinin iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve çocuk sağlığı tedavi birimlerinde en az 24 saat hastanede yatmakta olan 600 hastanın oluşturduğu çalışmada en iyi cevap verebilirlik puanı saygılı tedavi, en düşük puan ise otonomi alanında bulunmuştur. Yapılan bu çalışma ile daha önceki yıllara göre cevap verebilirlik puanı daha yüksek bulunmuş olup önceki durumlara göre sistemin daha iyi yanıt verdiği anlamında yorum yapılmıştır. (79)

2016 yılında Nijerya'da 137 katılımcı ile yapılan çalışmada en yüksek cevap verebilirlik alanları zamanında ilgi ve saygılı tedavi bulunurken, en düşük cevap verebilirlik alanları ise seçim ve otonomi olarak bulunmuştur. Aynı zamanda

cinsiyetle özerklik, zamanında ilgi ve konfor, meslek ile zamanında ilgi alanında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (80).

4.16. Dünyada hasta deneyimleri çalışmaları

1998-2000 yılları arasında beş ülkede (Almanya, ABD, İngiltere, İsveç ve İsviçre) hastaların, hasta deneyimleri konusundaki algılarını değerlendirmek için rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak taburcu olduktan 1 ay içinde hastaların adreslerine zarf ile seçici deneyim anketi gönderilmiş ve bu süre içerisinde anketleri yanıtlamada ulaşılan hasta sayısı toplam 62.925 hasta olmuştur. Seçici hasta deneyimi anketi, hastaların sağlık durumlarını, demografik özelliklerini ve aldığı hizmetin deneyimlerini sorgulayan bölümlerden oluşmuştur. Öncesinde 40 maddelik bir anketten oluşan bu form daha sonrasında 15 maddelik bir forma dönüştürülmüştür. Doktor ve hemşirelerin iletişimi, endişe veya korku durumunda görüşme, yeterli bilgilendirme, ağrı yönetimi, saygınlık ve tedavi ile ilgili kararlara daha fazla katılma vs. anket formunda ölçülen sorunlar olmuştur. 5 ülkenin hastaneleri birbirleri ile kıyaslanmıştır. Analizler sonucunda “endişe ve kaygı durumunda hastaların konuşacak birini bulamaması (doktor veya hemşire) sırasıyla İngiltere, İsveç ve Almanya ülkelerinde katılımcıların yarısı bu sorunu dile getirmişlerdir. Bir diğer sorunun ise taburcu olurken hastaya tehlike ve durumlardan bahsedilmemesi ile yine İngiltere, İsveç ve Almanya’daki hastaların yarısının bu sorunu olmuştur (8).

Bu çalışmada en dikkat çekici sonuç, ABD kaynaklı bu anket araçlarında tanımlanan sorunların, Avrupa ülkelerinin her birindeki hastalardan gelen yanıtlarda aynı yanıtların yankılanması olmuştur. Ülkelerin her birinde sorunların rapor edildiği oranlarda farklılıklar olsa da bildirilen sorunlar oldukça benzer olduğu bulunmuştur. Beş ülkede de en sık bildirilen sorunların süreklilik ve geçişle ilgili olduğu bulunmuştur. Bu boyutu oluşturan maddeler ise; ilaçların kullanım amacı ve yan etkileri hakkında bilgi verilmesi, taburcu sonrası evde karşılaşılabilecek durum ve tehlikeler hakkında bilgi verilmesi ve bireylerin normal faaliyetlerin yeniden başlatılması hakkında tavsiyeleri içermektedir. Aynı zamanda hastanın bakımı ile

ilgili detaylarında aile ve yakınlarının dahil edilmemesi de taburculuk planlarını üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Beş ülkede, acil servisteki iletişim, yatak tahsisinde gecikmeler ve sağlık personeli ve hemşireler tarafından yapılan açıklamaların açıklığı gibi unsurları içeren bilgi ve eğitim boyutunda oldukça yüksek bir sorun olduğu saptanmıştır. Bu boyutun olumsuz değerlendirilmesine rol oynayan kilit maddeler; kuruma başvuru sürecinin işleyişi, genel bakım sırasın doktorun adının verilmemesi, zamanında yapılan testler ve prosedürlerin uygulanmadığı ve personelden personele çelişkili bilgiler içermesidir. Fiziksel rahatlık beş ülkenin hepsinde yüksek puanlar almıştır ancak bu her durumda ve her ülkede tam olarak iyi olduğu anlamına gelmediğini de yorumlarında ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar, seçimlerinin dikkate alınmadığını, çalışanların orada yokmuşçasına hastaların haklarında konuştuklarından şikayetçi olduklarını bildirdikleri saptanmıştır. Seçim konusunda en sık şikâyet edilen boyutun ise hastaların sağlık durumu ve tedavisi ile ilgili verilen kararlarda dahil edilmemesi olduğu bulunmuştur. Yine hastaların çoğu, yetersiz duygusal destek aldıklarını, endişelerini ve kaygılarını doktorlarla veya hemşirelerle paylaşmanın zor olduğunu ve bakımlarını üstlendiği sağlık uzmanlarının bazılarına güven duymadıklarını belirtmişlerdir (81).

Tüm bu sorunlarına rağmen, beş ülkenin hepsinde de genel olarak hasta deneyimleri oranının iyi olduğu bulunmuştur. En yüksek hasta deneyiminin İsviçre’de, en düşük oranın ise İngiltere’de olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucuna göre İsviçre ve Alman sağlık sistemlerinin, İngiltere ve ABD göre daha fazla hasta beklentilerine karşı duyarlı oldukları ancak uluslararası bir karşılaştırma yaparken demografik özellikler, coğrafi özellikler, kültürel ve sağlık sistemlerinin farklılığını da göz önünde bulundurmanın gerekli olduğu şeklinde yorumlanmıştır (81).

2002 yılında İskoçya’da 5 hastanede, yatılı olarak tedavi görüp taburcu olduktan 1 ay içerisindeki 18 yaş ve üstü 3592 hastanın adresine anket formları gönderilmiş, 12 aylık bu çalışma sonucunda geri dönen toplam form ise 2249 anket olmuştur. Katılımcıların %90’ı yatılı bakım döneminden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada hasta deneyimlerinin temel belirleyicilerinin fiziksel rahatlık, duygusal destek ve hasta tercihlerine saygı olduğu sonucuna varılmıştır (82).



5. MATERYAL VE METOT

Bu araştırmanın temel amacı, ABD’de hastaların hastane deneyimlerine ilişkin algılarını ölçmek için kullanılan HCAHPS anket formu ve WHO’nun cevap verebilirlik ile ilgili ölçeği ile bir vakıf üniversitesi hastanesinde en az bir gece yatıp taburcu olan 499 hastanın deneyimleri ile cevap verebilirlik algılarının arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Bu çalışma sonucunda elde edilen deneyimlerin hastanede kalite standartları açısından değerlendirilmesi ve cevap verebilirliğin sistem üzerindeki eksik yönleri ve olumlu etkileri belirlenerek sağlık sisteminin performansını değerlendirmek ve bunun sonucunda daha iyi düzeye yükseltmek için karar vericilere kaynak sağlanması amaçlanmıştır.

Bu araştırma İstanbul Bağcılar Medipol Üniversitesi Hastanesi’nde (Medipol Mega Hastaneler Kompleksi) yürütülmüştür. Medipol Mega Hastaneler Kompleksi 515 sayıda hasta yataklı, 126 yataklı yoğun bakım ünitesi olan ve Medipol Üniversitesine afiliye bir üçüncü basamak sağlık kuruluşudur. Kesitsel ve tanımlayıcı türdeki araştırmanın evrenini Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Hastanesi’nde, Kadın ve Doğum Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif ve Genel Cerrahi bölümlerinde hizmet alan ve en az bir gece hastanede yatmış olan 18-65 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Araştırmanın verileri Şubat-Eylül 2017 ayları arasında mesai saatleri içerisinde, belirtilen birimlerde yatan hastalar arasından taburcu olmasına karar verilenler ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden anket formu yardımı ile toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında iki anket formu kullanılmıştır: Hasta Deneyim Anket Formu (Ek-1) ve Cevap Verebilirlik Formu (Ek-2).

“Hasta Deneyim Anket Formu”, The Picker Scale PPE-15 (Seçici Hasta Deneyim Anketi) (8) ve HCAHPS Survey (9) anketlerinden yararlanılarak modifiye edilmiş bir anket formudur. Anket formunda, araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence durumunu belirlemeye yönelik 8 soru ile hasta deneyimlerini ölçme amaçlı 15 soru yer almaktadır. Sorular kategorik seçeneklere sahip olup puanlama yapılmamıştır.

“Cevap Verebilirlik Formu” Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ve yaygın olarak kullanılmakta olan kısa formdan oluşmaktadır (83). Bu formda, hastanın aldığı hizmetlerin, hastaneye ulaşım süresi, yatış için bekleme süresi, sağlık hizmetlerinden, hastanenin ilaç desteğinden ve sağlık personelinden memnuniyet, ziyaretçi imkanları, kötü muameleye maruz kalıp kalmadığı, gizlilik, odaların temizliği ve konforu gibi cevap verebilirlik özelliklerini ölçen 5’li Likert tarzında (1:Çok iyi, 2: İyi, 3: Makul, 4: Kötü ve 5: Çok kötü) hazırlanmış 15 adet soru yer almaktadır. Bu form Akalın tarafından dilimize çevrilerek doktora tezinde kullanılan bir formdur (67).

Dünya Sağlık Örgütü’nün cevap verebilirlik ile ilgili 15 maddelik ölçeğinin iç tutarlılığının bizim araştırma grubumuzda yüksek olduğu (Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı($\alpha=0.96$))saptanmıştır.

Verilerin Analizi

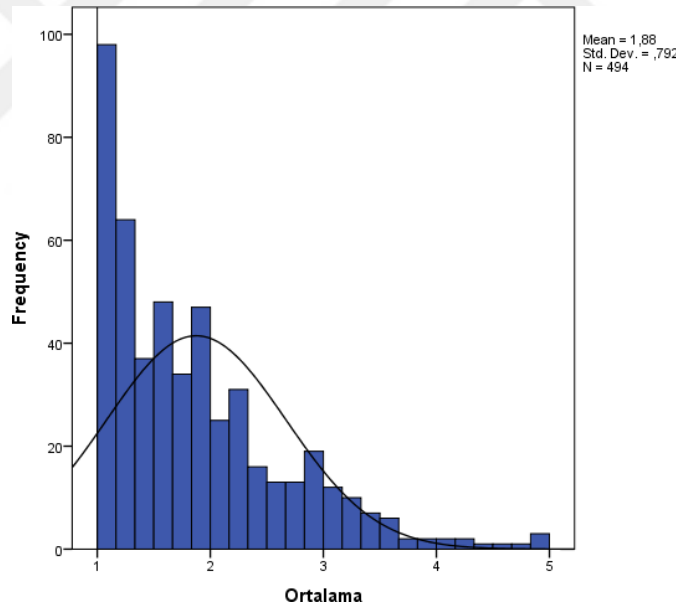
Veri girişi yapıldıktan sonra ters kodlanması gereken maddeler yeniden düzenlenmiştir. Verilerin analizi için SPSS ve R programları kullanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Cevap Verebilirlik ile ilgili 15 maddelik ölçeğinin normal dağılımı çarpıklık-basıklık değerleri ve Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiştir.

Tablo 5. 1. Maddelerin çarpıklık ve basıklık değerleri

Maddeler	Çarpıklık		Basıklık	
	Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
Hastaneye ulaşım süreniz	1.125	.110	.802	.219
Hastaneye başvurmadan önceki bekleme süreniz	.808	.111	.351	.221
Hastaneye gelişinizde gördüğünüz ilgi, saygı ve karşılama biçimi	1.251	.110	.939	.220
Muayene ve tedaviler sırasında gizliliğinize gösterilen özen	1.729	.110	.029	.219
Hastalığınızla ilgili sağlık personelinin size yaptıkları açıklamalar	1.138	.110	.557	.219
Sağlığınız ve tedaviniz hakkında soru sormak için yeterli zaman bulma durumunuz	1.136	.110	.578	.219
Alternatif tedavi veya test türleri hakkında bilgi alma	1.157	.110	.962	.220
Sizinle ilgili yapılacak işler konusunda fikrinizin sorulması	1.431	.110	.781	.219
Sağlık personeli ile özel konularınızı rahatlıkla konuşabilme imkânı	1.366	.110	.851	.219
Kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimi	1.842	.110	.522	.220
Size hizmet eden sağlık personelinin seçme özgürlüğünüz	1.638	.110	.623	.219
Hastane odalarının içi ve tuvaletlerin temizliği	.898	.110	.074	.220
Bulduğunuz alanın genişliği	.537	.110	.687	.219
Aile ve arkadaşlarınızın ziyaret imkanları	1.304	.110	.916	.219
Hastanede yatariken dış dünyayla temas imkânı	1.034	.110	.588	.219
Ortalama	1.181	.110	.347	.219

Çarpıklık değerlerinin +1 ve -1, basıklık değerlerinin ise +2 ve -1 arasında olması verilerin normal dağıldığı anlamına gelmektedir (84). Kolmogorov-Smirnov testinin ise normal dağılımda anlamsız çıkması gerekmektedir. Maddelerin genelini ve ortalamanın belirtilen aralıklarda olmadığı (Tablo 5.1.) ve Kolmogorov-Smirnov testi anlamlı (KS=0.134, $p < 0.000$) olduğu için verilerin normal dağılmadığı belirlenmiş ve parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır. Madde ortalamaların anlamlandırılması için beşli Likert değer aralıkları (1:1.00 – 1.79, 2:1.80 – 2.59, 3:2.60 – 3.39, 4:3.40 – 4.19, 5:4.20 – 5.00) kullanılmıştır. Maddelerin puanlaması 1: Çok iyi, 2: İyi, 3: Makul, 4: Kötü ve 5: Çok kötü şeklindedir. Dolayısıyla madde ortalamaları ne kadar düşükse o kadar iyi deneyime işaret etmektedir.

Ölçeğin ortalamasının histogramı (Şekil 5.1) incelendiğinde verilerin sağa çarpık olduğu ve dolayısıyla normal dağılmadığı doğrulanmıştır.



Şekil 5. 1 Ölçek ortalamasına ait histogram grafiği

Anketler tamamen gönüllük temelinde uygulanmıştır. Anketler hastalara dağıtılarak hastaların kendileri tarafından doldurulmuştur. Hastaların kendilerini baskı altında hissetmeden formu doldurmaları için anket doldurulurken yanlarında durulmamış gün içinde odalarından toplanmıştır. Toplam 499 hasta her iki formu da doldurmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastanede, çalışma saatleri içerisinde, kendisi veya refakatçisi ile iletişim kurulabilen, bilinci yerinde, en az 18 yaşındaki tüm Kadın ve Doğum Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Estetik,

Plastik ve Rekonstrüktif ve Genel Cerrahi bölümlerinde yatan hastalardan sözlü onam istenerek araştırmaya katılmaya davet edilmişlerdir. Bilinci yerinde olmayan hastalar veya anketi cevaplayamayacak farklı durumda olanların anket formları refakatçilerinden sözlü onam alınarak yaşadıkları deneyimler doğrultusunda toplanmıştır.

Etik Kurul Onayı

Araştırmanın planlama aşamasında Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Medipol Üniversitesi Hastanesi'nden izin alınmıştır.



6. BULGULAR

6.1. Katılımcılar

Araştırma grubunda Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Hastanesi'nde, Kadın ve Doğum Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif ve Genel Cerrahi bölümlerinde hizmet alan ve en az bir gece hastanede yatmış olan 18-65 yaş arası hastalar yer almaktadır. Şubat-Eylül 2017 tarihinde belirtilen birimlerde yatmış olan ve taburcu edilmesine karar verilmiş olan hastalar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden 499 kişiden elde edilen bulgular aşağıda sunulan tablolarda özetlenmiştir. Araştırma grubunun hizmet aldıkları yerlere göre dağılımı Tablo 6.1'de görüldüğü gibidir.

Tablo 6. 1. Araştırma grubunun hizmet alınan yerlere göre dağılımı

KLİNİKLER		ARAŞTIRMAYA KATILAN SAYISI	KLİNİKLERİN KATILIM YÜZDESİ
1	Kadın ve doğum hastalıkları	175	35.1
2	Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi	106	21.2
3	Estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi	89	17.8
4	Genel cerrahi	129	25.9
	Toplam	499	100.0

Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 6.2’de sunulmuştur.

Tablo 6. 2. Araştırma grubunun demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	170	34.1
Kadın	329	65.9
Toplam	499	100
Yaş		
18-25	116	23.2
26-33	163	32.7
34-41	95	19.0
42-49	55	11.0
50-65	70	14.0
Toplam	499	100
Medeni durum		
Bekar	145	29.1
Evli	322	64.5
Dul	14	2.8
Ayrı	18	3.6
Toplam	499	100
Öğrenim düzeyi		
Okul bitirmemiş	33	6.6
İlk-ortaokul mezunu	53	10.6
Lise ve dengi okul mezunu	224	44.9
Üniversite mezunu	189	37.9
Toplam	499	100

Araştırmaya katılanların tamamı 499 kişi olup bunların 329’u (%65.9) kadın, 179’u (%35.1) ise erkektir. Araştırma grubu 18-65 yaş arası hastalardan oluşmaktadır. Ankete katılanlar arasında 322 kişi (%64.5) ile evli olanların çoğunlukta olduğu ve hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında %82.8’inin lise ve üzeri öğrenim düzeyinde oldukları görülmektedir.

Araştırma grubunun meslek, güvence ve hizmet aldığı yere göre dağılımı Tablo 6.3’te görüldüğü gibidir.

Tablo 6. 3. Araştırma grubunun meslek, güvence ve hizmet aldığı yere göre dağılımı

	Sayı	%
<u>Meslek</u>		
Memur	45	9.0
Serbest meslek	74	14.8
İşçi	26	5.2
Ev kadını	86	17.2
Öğrenci	66	13.2
Diğer (belirtmeyen)	160	32.1
Çalışmayan	42	8.4
Toplam	499	100.0
<u>Sağlık güvencesi</u>		
Genel sağlık sigortası	382	76.6
Özel sigorta	88	17.6
Anlaşmalı kurumlar	7	1.4
Tamamlayıcı sağlık sigortası	6	1.2
Sağlık güvencesi yok	16	3.2
Toplam	499	100.0
<u>Hizmet alınan yer</u>		
Kadın ve doğum hastalıkları	175	35.1
Kulak burun boğaz hastalıkları	106	21.2
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi	89	17.8
Genel cerrahi	129	25.9
Toplam	499	100.0

Araştırma grubunda mesleklerini belirtmeyenler çoğunluktadır (%32.1). Belirtenler arasında ev kadınlarının ilk sırada yer aldığı (%17.2) bunu serbest meslek mensupları (%14.8) ve öğrencilerin (%13.2) izlediği görülmektedir. Hastaların 382'si (%76.6) Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık güvencesine sahiptir. En fazla hizmet alınan yerin 175 (%35.1) hasta ile "Kadın ve Doğum Hastalıkları" bölümü olduğu görülmektedir.

HASTA DENEYİMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların hastaneye erişimlerine ilişkin deneyimlerine ait bulgular Tablo 6.4'te sunulmuştur.

Tablo 6. 4. Hastaneye ilişkin deneyimler

Hastaneye ilişkin deneyimler		
	Sayı	%
<u>Hastaneyi tercih nedeni</u>		
Sevk edildiğim için	49	9.8
Tavsiye üzerine	160	32.1
Doktor kaynaklı	168	33.7
İyi olduğuna inandığım için	122	24.1
Toplam	499	100
<u>Hastaneye kaçınıcı kez gelisi</u>		
İlk kez	113	22.6
İkinci kez	113	22.6
Üç ve daha fazla	273	54.7
Toplam	499	100
<u>Hastaneyi tavsiye eder misiniz?</u>		
Evet kesinlikle	328	65.7
Evet bir dereceye kadar	117	23.4
Hayır	54	10.8
Toplam	499	100

Araştırmaya katılan hastalardan alınan bilgilere göre, hastaların hastaneye tercih nedeninin en yüksek oranla (%33.7; n=168) “doktor kaynaklı” olduğu, %54.7’ünün ise (n=273) üç ve daha fazla kez bu hastaneye gelmiş olduğu saptanmıştır. Hastaneyi tavsiye etme sorusuna verdikleri cevaba bakıldığında ise hastaların çoğunluğunun %65.7 oranla (n=328) “evet, kesinlikle” seçeneğini tercih ettikleri görülmektedir.

Araştırma grubunun yatışları sırasında doktor ve hemşirelerle yaşadıkları deneyimlerine ilişkin bulgular Tablo 6.5'te görüldüğü gibidir.

Tablo 6. 5. Doktor ve hemşirelere ilişkin deneyimler

Doktor ve hemşirelere ilişkin deneyimler-I		
	Sayı	%
Doktora soru sorduğunda cevap alma		
Evet her zaman	445	89.2
Evet bazen	37	7.4
Hayır	17	3.4
Toplam	499	100
Hemşireye soru sorduğunda cevap alma		
Evet her zaman	370	74.1
Evet bazen	75	15.0
Hayır	54	10.8
Toplam	499	100
Doktor ve hemşirelerin tedavi için farklı şeyler söylemesi		
Evet her zaman	22	4.4
Evet bazen	111	22.2
Hayır	366	73.3
Toplam	499	100
Kaygı veya korku durumunda doktorun görüşmesi		
Evet kesinlikle	304	60.9
Evet bir dereceye kadar	80	16.0
Hayır	35	7.0
Hiç kaygım ya da korkum olmadı	80	16.0
Toplam	499	100
Doktor konuşurken siz orada değilmişsiniz gibi davrandı mı?		
Evet her zaman	14	2.8
Evet bazen	30	6.0
Hayır	455	91.2
Toplam	499	100

Doktor ve hemşirelere ilişkin deneyimler- II

	Sayı	%
Kaygı veya korku durumunda hemşirenin görüşmesi		
Evet kesinlikle	280	56.1
Evet bir dereceye kadar	94	18.8
Hayır	66	13.2
Hiç kaygım ya da korkum olmadı	59	11.8
Toplam	499	100
Doktorla konuşmak istendiğinde imkân bulma		
Evet her zaman	274	54.9
Evet bazen	119	23.8
Hayır	43	8.6
İhtiyaç duymadılar	54	10.8
Konuşmalarını istemedim	9	1.8
Toplam	499	100
Evde alınacak ilaçlar ile ilgili bilgiler verilmesi		
Evet her zaman	189	37.9
Evet bazen	82	16.4
Hayır	13	2.6
Bir açıklamaya ihtiyaç duymadım	43	8.6
Kullanacağım bir ilaç verilmedi	172	34.5
Toplam	499	100
Hastalık veya tedavi ile ilgili tehlikelerden bahsedildi mi?		
Evet kesinlikle	237	47.5
Evet bir dereceye kadar	169	33.9
Hayır	93	18.6
Toplam	499	100

Hastanede, hastaların tedavi ve yatış süreleri boyunca doktora soru sorduklarında %89.2'sinin ve hemşireye soru sorduklarında ise %74.1'inin "her zaman" yanıt alabildikleri saptanmıştır. Doktor ve hemşirelerin tedavi konusunda genellikle birbirinden farklı şeyler söylemedikleri (%73.3) belirtilmektedir. Hastaların %60.9'unun kaygı ve korku durumlarında doktorları ile görüşebildikleri, %56.1'inin ise hemşireler ile görüşebildikleri anlaşılmaktadır. Durumları veya tedavileri hakkında görüştüklerinde doktorunun hastalara orada değilmiş gibi davranmasına verilen yanıtın %91.2 oranıyla "hayır" olduğu görülmektedir. Hastaların doktorları ile konuşmak istediklerinde rahatlıkla imkân bulabilmeleri sorusuna en fazla oranda (%54.9) "evet, her zaman" yanıtı verilmiştir. Ankete katılan hastaların, hastaneden ayrılma aşamasında evde kullanacakları ilaçlar hakkında bilgi verilmesi sorusuna %37.9'unun "evet, her zaman" yanıtını verdikleri ve durumları hakkındaki tehlikelerden bahsetme durumuna bakıldığında ise %47.5 "evet, kesinlikle" ve %33.9'unun ise "evet, bir dereceye kadar" seçeneklerini işaretleyerek doktor ve hemşirelerin bu tehlike ve durumlardan bahsettiği saptanmıştır.

Hastaların, aldıkları hizmete ilişkin deneyimlerine verdikleri yanıtlara bakıldığında hastaların %61.5 oranla tedavileri hakkında karar verme aşamasına katılmak istemedikleri, ilgili sağlık personellerinin saygılı ve ciddi davranma durumu sorusuna en fazla oranla %78.4'ünün "evet, her zaman" yanıtını verdikleri ve ihtiyaçları dahilinde hastane personellerine %49.7 oranla "evet, her zaman" şeklinde yanıt verdikleri saptanmıştır. Ankete katılan hastalarının büyük bir kısmının (%73) tedavi süresinde ağrıları olup, ağrılarını yönetmede hastane personellerinin ellerinden geleni yapma durumuna verdikleri yanıtı bakıldığında toplam %95 oranında "evet, her zaman", "evet, bir dereceye kadar" yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Hastanede alınan hizmetlere ve yapılan uygulamalara ilişkin çeşitli deneyimler konusunda elde edilen bulgular Tablo 6.6'da sunulmuştur.

Tablo 6. 6. Alınan hizmete (uygulamalara) ilişkin deneyimler

Uygulamalara ilişkin deneyimler		
	Sayı	%
Tedaviniz ile ilgili alınan kararlarda daha fazla yer alma isteği		
Evet her zaman	70	14.0
Evet bazen	122	24.4
Hayır	307	61.5
Toplam	499	100
Hastanede saygılı ve ciddi davranılma durumu		
Evet her zaman	391	78.4
Evet bazen	84	16.8
Hayır	24	4.8
Toplam	499	100
İhtiyaçlar ile ilgili hastane personellerine ulaşabilme		
Evet kesinlikle	248	49.7
Evet bir dereceye kadar	185	37.1
Hayır	48	9.6
Hiç sorunun ya da ihtiyacım olmadı	18	3.6
Toplam	499	100
Ağrı olma durumu		
Evet	366	73.3
Hayır	133	26.7
Ağrı kontrolünde hastane personelinin elinden geleni yapma durumu		
Evet kesinlikle	275	75.1
Evet bir dereceye kadar	71	19.4
Hayır	20	5.5
Toplam	366	100
Daha önce almadığımız bir ilaç verildi mi?		
Evet	218	43.7
Hayır	281	56.3
Toplam	499	100
Hastane personeli ilacın içeriğini açıkça anlattı mı?		
Evet Kesinlikle	162	32.5
Evet bir dereceye kadar	50	10.0
Hayır	6	1.2
İlaç almayan/daha önce aldığı ilacı kullanan	281	56.3
Toplam	499	100
Hastane personeli ilacın yan etkilerini anlattı mı?		
Evet kesinlikle	125	25.1
Evet bir dereceye kadar	56	11.2
Hayır	37	7.4
İlaç almayan/daha önce aldığı ilacı kullanan	281	56.3
Toplam	499	100

Cevap Verebilirlik Konusundaki Bulgular

Araştırma grubundan cevap verebilirlik konusunda elde edilen bulgular Tablo 6.7, 6.8 ve 6.9’da görüldüğü gibidir.

Katılımcıların cevap verebilirliğe ilişkin 15 konuda verdikleri yanıtlar incelendiğinde (Tablo 6.7) en düşük ortalamaya sahip olan maddenin “Kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimi” olduğu belirlenmiştir ($\bar{x}=1.53$, $SS=0.77$). En yüksek ortalamaya sahip olan madde ise “Bulduğunuz alanın genişliği” maddesidir ($\bar{x}=2.47$, $SS=1.28$). Tüm maddelerin puan ortalaması ise beşli likert değer aralıklarına göre ikinci aralıkta (1.80-2.59) yer aldığından cevap verebilirliğe ilişkin algıların “iyi” düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 6. 7. Katılımcıların cevap verebilirlik puan ortalamaları

	Ort. \pm (SS)
Ulaşım süreniz (n=494)	1.79 \pm (0.93)
Bekleme süreniz (n=487)	2.10 \pm (1.00)
İlgi, saygı ve karşılama biçimi (n=493)	1.87 \pm (1.06)
Gizliliğinize gösterilen özen (n=494)	1.57 \pm (0.78)
Sağlık personelinin yaptıkları açıklamalar (n=494)	1.90 \pm (1.09)
Soru sormak için yeterli zaman bulma (n=494)	1.94 \pm (1.12)
Tedavi veya testler hakkında bilgi alma (n=493)	1.90 \pm (1.01)
Yapılacaklar için fikrinizin sorulması (n=494)	1.72 \pm (0.96)
Özel konuları konuşabilme imkânı (n=494)	1.80 \pm (0.95)
Kişisel bilgilerinizin gizli tutulması (n=493)	1.53 \pm (0.77)
Sağlık personelinin seçme özgürlüğünüz (n=494)	1.74 \pm (0.98)
Odaların ve tuvaletlerin temizliği(n=493)	2.11 \pm (1.16)
Alan genişliği (n=494)	2.47 \pm (1.28)
Ziyaret imkânları (n=494)	1.74 \pm (0.88)
Dış dünyayla temas imkânı (n=494)	1.95 \pm (1.04)
Genel ortalama	1.87 \pm (0.79)

Katılımcıların cevap verebilirlik puan ortalamalarının demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.8’de sunulmuştur. Cevap verebilirliğe ilişkin algıların demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi yapılmıştır.

Tablo 6. 8. Cevap verebilirlik puan ortalamalarının demografik özelliklere göre dağılımı

Demografik özellikler	Ort±(ss)	U/ χ^2 p
Cinsiyet		
Erkek (n=170)	1.70±(0.68)	22113 p<0,001**
Kadın (n=329)	1.96±(0.83)	
Yaş		
18-25 (n=116)	1.90±(0.75)	18,09 p<0,001**
26-33 (n=163)	1.99±(0.85)	
34-41 (n=95)	1.92±(0.79)	
42-49 (n=55)	1.69±(0.75)	
50-65 (n=70)	1.61±(0.66)	
Medeni durum		
Bekar (n=145)	1.81±(0.63)	0.07 0.995
Evli (n=322)	1.90±(0.85)	
Dul (n=14)	1.90±(0.91)	
Ayrı (n=18)	1.88±(0.75)	
Öğrenim düzeyi		
Okul bitirmemiş (n=33)	1.81±(0.89)	29.25 p<0,001**
İlk-orta okul mezunu (n=53)	1.53±(0.74)	
Lise ve dengi okul mezunu (n=224)	1.81±(0.70)	
Üniversite mezunu (n=189)	2.06±(0.84)	

*p<0,05 , **p<0,01

Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerine göre cevap verebilirlik puan ortalamalarına bakıldığında cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyi yönünden istatistiksel anlamda önemli farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır.

Cevap verebilirlik durumunun cinsiyete göre istatistiksel olarak önemli farklılık gösterdiği (U=22113, p<0.001), kadın hastaların erkek hastalara göre daha olumsuz algılara sahip olduğu dikkati çekmektedir.

Cevap verebilirlik, yaşa ($\chi^2=18.09$, $p<0.001$) ve öğrenim düzeyine ($\chi^2=29.25$, $p<0.001$) göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Farklılıkların kaynağı araştırıldığında 42-65 yaş aralığındaki hastaların 18-41 yaş aralığındaki hastalardan daha olumlu algılara sahip oldukları; üniversite mezunu olan hastaların diğerlerine göre daha olumsuz algılara sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 6. 9. Cevap verebilirlik puan ortalamalarının mesleki sağlık güvencesi ve hizmet alınan yerlere göre dağılımı

Değişken	Ort±(ss)	U/ χ^2	p
Meslek			
Memur (n=45)	1.85±(0.68)	5.83	0.443
Serbest meslek (n=74)	1.85±(0.80)		
İşçi (n=26)	1.66±(0.82)		
Ev hanımı (n=86)	1.85±(0.86)		
Öğrenci (n=66)	1.81±(0.61)		
Diğer (n=160)	1.94±(0.79)		
Çalışmıyor (n=42)	1.99±(0.95)		
Sağlık güvencesi			
Genel sağlık sigortası (n=382)	1.82±(0.78)	12.10	$p<0,05^*$
Özel sigorta (n=88)	1.99±(0.76)		
Anlaşmalı kurumlar (n=7)	1.84±(0.47)		
Tamamlayıcı sağlık sigortası (n=6)	1.81±(0.69)		
Sağlık güvencesi yok (n=16)	2.55±(1.06)		
Hizmet alınan yer			
Kadın ve doğum hastalıkları (n=175)	2.08±(0.92)	16.29	$p<0,01^{**}$
Kulak burun boğaz hastalıkları (n=106)	1.72±(0.56)		
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi (n=89)	1.84±(0.65)		
Genel cerrahi (n=129)	1.74±(0.80)		

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

Araştırmaya katılan hastaların meslek, sağlık güvencesi ve hizmet alınan yere göre cevap verebilirlik puan ortalamalarına bakıldığında sağlık güvence durumu ve hizmet alınan yer açısından istatistiksel anlamda önemli farklılıklara rastlanmıştır. Meslekler arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık bulunmamaktadır.

Araştırma grubunda yer alan hastalardan, genel sağlık sigortasına sahip olan hastaların (puan ortalaması: 1.82 ± 0.78) sağlık güvencesi olmayan hastalara (puan ortalaması: 2.55 ± 1.06) göre daha olumlu algılara sahip oldukları ($p<0.05$); kadın ve doğum

hastalıklarından taburcu olan hastaların (puan ortalaması: 2.08 ± 0.92), kulak burun boğaz ve genel cerrahiden taburcu olan hastalardan daha olumsuz algılara sahip oldukları ($p < 0.001$) belirlenmiştir.



Hasta Deneyimlerine Göre Cevap Verebilirlik Bulguları

Katılımcıların cevap verebilirliğe ilişkin puan ortalamalarının, hasta deneyimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için dağılımları yapılmış ve Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Bu konudaki bulgular Tablo 6.10 ve 6.11’de görüldüğü gibidir.

Tablo 6. 10. Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının hastaneye ilişkin deneyimlerine göre dağılımı

Hastaneye ilişkin deneyimler	Ort±(ss)	U/ χ^2	p
Hastane tercih sebebi			
Sevk edildiğim için	1.90± (0.99)	1.07	0.783
Tavsiye üzerine	1.88± (0.77)		
Doktor kaynaklı	1.80± (0.65)		
İyi olduğuna inandığım için	1.94± (0.88)		
Hastaneye geliş sayısı			
İlk kez	1.90± (0.90)	0.27	0.87
İkinci kez	1.84± (0.72)		
Üç ve daha fazla	1.87± (0.77)		
Hastaneyi başkalarına tavsiye etme			
Evet kesinlikle	1.45±(0.39)	272.49	p<0,001**
Evet bir dereceye kadar	2.35±(0.48)		
Hayır	3.38±(0.73)		

*p<0,05 , **p<0,01

Tabloda görüldüğü gibi cevap verebilirlik puan ortalamaları hastane tercih sebeplerine ve hastaneye geliş sayılarına göre önemli farklılık göstermemektedir (p>0.05). Ancak, cevap verebilirlik puan ortalamalarının bu hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumuna göre önemli farklılık gösterdiği (p<0.001), kesinlikle tavsiye edeceğini belirtenlerin cevap verebilirlik puanının diğerlerinden önemli şekilde düşük olduğu (1.45±0.39), tavsiye etmeyeceğini belirtenlerin ise diğer gruplardan önemli şekilde yüksek olduğu (3.38±0.73) görülmektedir. Başka bir deyişle araştırmaya katılanların bu hastaneyi tavsiye etme konusundaki tavırları cevap verebilirlik konusundaki iyi algılar doğrultusunda olumlu olmaktadır.

Tablo 6. 11. Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının doktor ve hemşireye ilişkin deneyimlerine göre dağılımı

Doktor ve hemşireye ilişkin deneyimler	Ort±(ss)	U/χ ²	p
Doktordan anlaşılabilir cevap alma			
Evet her zaman	1.72± (0.63)	106.05	p<0,001**
Evet bazen	2.79± (0.54)		
Hayır	3.94± (0.68)		
Hemşireden anlaşılabilir cevap alma			
Evet her zaman	1.57± (0.53)	187.98	p<0,001**
Evet bazen	2.36± (0.59)		
Hayır	3.26± (0.76)		
Tedavi için farklı şeyler söyleme			
Evet her zaman	3.41± (0.84)	140.47	p<0,001**
Evet bazen	2.42± (0.70)		
Hayır	1.62± (0.61)		
Kaygı ve korku durumunda doktorla görüşme			
Evet kesinlikle	1.62± (0.59)	126.08	p<0,001**
Evet bir dereceye kadar	2.38± (0.68)		
Hayır	3.28± (0.99)		
Hiç kaygım yada korkum olmadı	1.70± (0.57)		
Doktorunuz siz konuşurken orada değilmişsiniz tavrı			
Evet her zaman	3.49± (1.41)	81.14	p<0,001**
Evet bazen	3.18± (0.52)		
Hayır	1.74± (0.64)		
Kaygı ve korku durumunda hemşirenin görüşmesi			
Evet kesinlikle	1.48± (0.47)	205.31	p<0,001**
Evet bir dereceye kadar	2.35± (0.62)		
Hayır	2.98± (0.90)		
Hiç kaygım yada korkum olmadı	1.69± (0.48)		
Doktorla konuşmak istendiğinde imkan bulma			
Evet her zaman	1.49± (0.45)	188.69	p<0,001**
Evet bazen	2.33± (0.68)		
Hayır	3.26± (0.90)		
Ailem bilgiye ihtiyaç duymadı	1.77± (0.57)		
Ailemin doktorla konuşmasını istemedim	1.66± (0.47)		
Alacağımız ilaçların kullanımı ve yan etk. anlatılması			
Evet her zaman	1.45± (0.43)	107.73	p<0,001**
Evet bazen	2.26± (0.64)		
Hayır	2.68± (0.89)		
Bir açıklamaya ihtiyaç duymadım	1.71± (0.56)		
Kullanacağım ilaç verilmedi	2.12± (0.95)		
Tedavinizle ilgili tehlike ve durumlardan bahsetme			
Evet kesinlikle	1.49± (0.49)	113.18	p<0,001**
Evet bir dereceye kadar	2.11± (0.71)		
Hayır	2.41± (1.03)		

*p<0,05 , **p<0,01

Tabloda görüldüğü gibi cevap verebilirlik puan ortalamaları, doktor ve hemşireye ilişkin deneyimler ile ilgili tüm sorular açısından önemli farklılıklar göstermektedir ($p<0.001$). Hastaların “doktora soru sorduğu zaman anlayabileceği cevap alma durumu” sorusuna bakıldığında “evet, her zaman” yanıtını verenlerin (1.72 ± 0.63) diğer yanıtlardan daha düşük olduğu, “hayır” yanıtını verenlerin (3.94 ± 0.68) diğer yanıtlardan önemli düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle araştırmaya katılanların bu hastanede doktora soru sordukları zaman anlayabileceği cevap alma durumu cevap verebilirlik konusundaki iyi algılar doğrultusunda olumlu olmaktadır.

Hemşireye soru sorduğu zaman anlayabileceği cevap alma durumu sorusuna bakıldığında “evet, her zaman” yanıtını verenlerin (1.57 ± 0.53) diğer yanıtlara göre daha düşük olduğu, “hayır” yanıtının ise diğer gruplara göre daha yüksek olduğu (3.26 ± 0.76) görülmektedir. Buna göre bu hastanede hemşireye soru sorulduğu zaman anlayabileceği cevap alma durumu cevap verebilirlik konusundaki iyi algılar doğrultusunda olumlu olmaktadır.

Doktor ve hemşirelerin hastaların tedavileri sırasında birbirlerinden farklı şeyler söyleme durumuna bakıldığında “evet, her zaman” yanıtını verenlerin (3.41 ± 0.84) puan ortalamalarının diğer yanıtları verenlere göre daha yüksek olduğu, hayır yanıtını verenlerin ise puan ortalamalarının ise diğer gruplara göre daha düşük olduğu (1.62 ± 0.61) görülmektedir. Başka bir deyişle bu hastanede doktor ve hemşirelerin hastalara tedavileri konusunda birbirinden farklı şeyler söylemesinin, cevap verebilirlik konusunda olumsuz algılara neden olduğu görülmektedir ki bu da beklenen bir sonuçtur.

Hastaların sağlık durumları ve tedavileri hakkında kaygı ve korku duyduklarında doktorla konuşabilme durumlarında “evet, her zaman” yanıtı verenlerin cevap verebilirlik puan ortalamalarının diğer yanıtlara göre daha düşük olduğu (1.62 ± 0.59), hayır yanıtını verenlerin ortalamalarına bakıldığında ise diğer gruplardan daha yüksek olduğu (3.28 ± 0.99) görülmektedir. Buna göre hastaların, tedavileri hakkındaki kaygı ve korku durumlarında doktoruyla konuşabilmeleri ile cevap verebilirlik konusundaki iyi algılar doğrultusunda olumlu olmaktadır.

Doktorun hasta konuşurken ona karşı yokmuş gibi tavrı durumuna bakıldığında “hayır” yanıtını verenlerin cevap verebilirlik puan ortalamalarının diğer yanıtlara göre daha düşük olduğu (1.74 ± 0.64), “evet her zaman” yanıtını verenlerin ise diğer yanıtlara göre daha yüksek olduğu (3.49 ± 1.41) görülmektedir. Bu hastanede çalışmakta olan doktorların hastalara karşı olumlu tavırlarının cevap verebilirlik konusunda iyi algılara neden olduğu anlaşılmaktadır.

Hastaların sağlık durumları ve tedavileri hakkında kaygı ve korku duyduklarında hemşireyle rahatlıkla konuşabilme durumlarında “evet kesinlikle” yanıtını verenlerin diğer yanıtlara göre daha düşük olduğu (1.48 ± 0.47), “hayır” yanıtını verenlerin ise diğer yanıtlara göre ortalamasının en yüksek olduğu (2.98 ± 0.90) görülmektedir. Yani hastaların tedavileri hakkındaki kaygı ve korku durumlarında hemşireyle konuşabilmeleri, cevap verebilirlik konusunda olumlu algılar ile sonuçlanmaktadır.

Aile ve yakınların hastaların sağlık durumları ve tedavileri hakkında doktoruyla konuşmak istediklerinde buna imkân bulabilme durumlarına bakıldığında “evet her zaman” yanıtını verenlerin ortalamasının diğer yanıtlara göre daha düşük olduğu (1.49 ± 0.45), “hayır” yanıtını verenlerin ortalamasının ise diğer yanıtlara göre daha yüksek olduğu (3.26 ± 0.90) görülmektedir. Başka bir deyişle hastaların yakınlarının sağlık durumları ve tedavileri hakkında doktorla konuşmak istediklerinde imkân bulabilmeleri ile cevap verebilirlik konusundaki iyi algıların ilişkili olduğu anlaşılmaktadır.

Tedavileri için alınacak ilaçların kullanımı ve yan etkilerinin hastalara anlatılması durumuna bakıldığında “evet, her zaman” yanıtını verenlerin ortalamasının diğer yanıtlara göre daha düşük olduğu (1.45 ± 0.43), “hayır” yanıtını verenlerin ortalamasının ise diğer yanıtlara göre daha yüksek olduğu (2.68 ± 0.89) görülmektedir. Hastaların tedavileri için alacağı ilaçların yan etkilerinin ve kullanımlarının anlatılması ile cevap verebilirlik konusundaki iyi algıların arttığı anlaşılmaktadır.

Hastaların sağlık durumları ve tedavileri ile ilgili tehlike ve durumlardan bahsedilmesi sorusuna “evet kesinlikle” yanıtını verenlerin ortalamasının diğer yanıtla ra göre daha düşük olduğu (1.49±0.49), “hayır” yanıtını verenlerin ortalamasının ise diğer yanıtla ra göre daha yüksek olduğu (2.41±1.03) görölmektedir. Hastaların tedavileri ile ilgili durumlar ve tehlikeler konusunda bilgilendirilmeleri, cevap verebilirlik konusunda olumlu algılarla uyumlu görünmektedir.



Tablo 6. 12. Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının uygulamalara ilişkin deneyimlerine göre dağılımı

Uygulamalara ilişkin deneyimler	Ort±(ss)	U/ χ^2 p
Tedavinizle ilgili kararlarda daha fazla yer alma isteği		
Evet her zaman	2.88 ± (1.04)	135.42 p<0,01**
Evet bazen	2.13 ± (0.63)	
Hayır	1.55 ± (0.52)	
Saygılı ve ciddiye tli davranıldığını düşünüyor musunuz?		
Evet her zaman	1.59 ± (0.49)	173.24 p<0,01**
Evet bazen	2.68 ± (0.60)	
Hayır	3.64 ± (1.02)	
Sorun ve ihtiyaçlar için hastane personellerine ulaşabildiniz mi?		
Evet kesinlikle	1.42 ± (0.40)	205.71 p<0,01**
Evet bir dereceye kadar	2.16 ± (0.70)	
Hayır	3.13 ± (0.81)	
Hiç sorunum yada ihtiyacım olmadı	1.69 ± (0.60)	
Hiç ağrımız oldu mu?		
Evet	1.91 ± (0.81)	21020 p<0,05*
Hayır	1.76 ± (0.73)	
Hastane personelinin ağrıyı kontrol etmek için ellerinden geleni yapma durumu		
Evet kesinlikle	1.61± (0.53)	139.18 p<0,01**
Evet bir dereceye kadar	2.58± (0.62)	
Hayır	3.72±(0.78)	
Hastanede kaldığımız sürece daha önce almadığımız ilaç verildi mi?		
Evet	1.73±(0.75)	23353 p<0,01**
Hayır	1.99±(0.80)	
İlaç verilmeden önce gereği ve içeriği hastane personeli tarafından açıkça anlatıldı mı?		
Evet kesinlikle	1.49±(0.55)	57.71 p<0,01**
Evet bir dereceye kadar	2.29±(0.68)	
Hayır	3.42±(1.35)	
İlaç verilmeden önce yan etkileri hastane personeli tarafından açıkça anlatıldı mı?		
Evet kesinlikle	1.38±(0.39)	60.95 p<0,01**
Evet bir dereceye kadar	2.01±(0.63)	
Hayır	2.47±(1.08)	

*p<0,05 , **p<0,01

Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının uygulamalara ilişkin deneyimlerine göre dağılımı Tablo 6.12’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamaları ile uygulamalara ilişkin deneyimlerinin tüm kategorileri arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Tedavileri ile ilgili kararlarda daha fazla yer almak istemeyenlerin, kendilerine saygılı davranıldığını belirtenlerin, sorun ve ihtiyaçları olduğunda hastane personeline kolayca ulaşabildiklerini söyleyenlerin cevap verebilirlik puanlarının diğer gruplardan önemli şekilde daha düşük olduğu yani cevap verebilirlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Benzer şekilde ağrısı olanların ağrılarının kontrol edilmesi ile, ilk kez kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri konusunda kendilerine bilgi verilmesi ile cevap verebilirlik düzeylerinin olumlu yönde ilişkili olduğu görülmektedir.

Tüm bu bulgular hastane uygulamalarına ilişkin deneyimlerin niteliği ile hastaları da saptanan cevap verebilirlik düzeyleri arasında ilişki olduğunu, olumlu deneyimlerin olumlu cevap verebilirlik düzeylerine neden olduğunu göstermektedir.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmanın amacı, bir vakıf üniversitesi hastanesinde en az bir gece yatıp taburcu olan hastaların deneyimleri ile cevap verebilirlik düzeylerini ölçmek, hasta deneyimleri ile cevap verebilirlik arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Cevap verebilirlik düzeyini ölçmek için vakıf üniversitesi hastanesinde yatan hastalar üzerinde yapılan bu çalışmada, araştırmaya katılan grubun çoğunluğunun kadın ve evli bireylerden oluştuğu, öğrenim düzeyinin genellikle lise ve üniversite düzeyinde olduğu, çoğunluğun genel sağlık sigortasına sahip olduğu, en çok hizmet alınan yerin ise kadın-doğum bölümü olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cevap verebilirliğe ilişkin yanıtları incelendiğinde en düşük ortalamaya sahip olan maddenin “Kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimi” olduğu belirlenmiştir (1.53 ± 0.77). En yüksek ortalamaya sahip olan madde ise “Bulduğunuz alanın genişliği” maddesidir (2.47 ± 1.28). Bu sonuçlara bakıldığında cevap verebilirliğin sekiz boyutundan biri olan “gizlilik” boyutunun oldukça iyi olduğu dikkati çekmektedir. Bir diğer boyut olan “konfor” boyutunun ise cevap verebilirlik algısının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. 2008 yılında 41 ülkeyi kapsayan çalışmada, cevap verebilirlik boyutlarının önemliliği incelendiğinde Türkiye'nin “zamanında ilgi, saygılı tedavi ve iletişim” boyutlarında önemlilik sıralamasını yaptığı tespit edilmiştir. (74). Bizim çalışmamızda tüm maddelerin puan ortalamalarına bakıldığında cevap verebilirlik algısının genel olarak iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Cevap verebilirlik puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, sağlık güvencesi, hizmet alınan yere göre farklılık gösterdiği, medeni durum ve meslek değişkenlerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Farklılıkların kaynağı araştırıldığında kadın hastaların, erkek hastalardan daha olumsuz algıya sahip oldukları, 42-65 yaş aralığındaki hastaların 18-41 yaş aralığındaki hastalardan daha olumlu algılara sahip oldukları; üniversite mezunu olan hastaların diğerlerine göre daha olumsuz algılara sahip oldukları bulunmuştur. Bu noktada, araştırma grubumuzun herhangi bir evreni temsil etmemesi nedeniyle, bu sonuçların sadece bizim hasta grubumuza ve hastaneye ait olduğunu belirtmekte yarar vardır.

2003 yılında Güney Afrika'da ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalara yapılan bir çalışmada cevap verebilirliğin cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır (70). Tahran'da 246 yatan hastaya yapılan bir çalışmada ise cevap verebilirlik ile yaş, eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farka rastlanmıştır (78).

2017 yılında İstanbul'da bir devlet hastanesinde psikiyatri, yoğun bakım üniteleri ve acil servis hariç yatarak tedavi gören hastaların, hasta deneyimi cevap verebilirlik boyutları ile cinsiyet arasındaki ilişkide konfor ve sosyal destek boyutlarında erkek hastaların daha olumlu algılara sahip oldukları tespit edilmiştir (67). Bizim çalışmamızda erkek hastaların, kadın hastalara göre daha olumlu algıya sahip oldukları saptanmıştır. Diğer çalışmaların sonuçları ile bizim çalışmamızda bulunan sonuçlar birbiriyle uyumludur. Genç ve eğitim düzeyi yüksek nüfusun artmasıyla beraber beklentilerin giderek arttığı, ülkelerin yanıt verebilirlik düzeylerini yükseltmeleri gerektiği sonucuna varılmaktadır.

2016 yılında Nijerya'da 137 katılımcı ile yapılan çalışmada cinsiyetle özerklik, zamanında ilgi ve konfor, meslek ile zamanında ilgi alanında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (80). 2017 yılında İstanbul'da bir devlet hastanesinde yapılan çalışmada ise öğrenim düzeyi, yatış süresi ve sosyal güvencenin kısa hikâye sorularında tutum farklılıklarına neden olduğu ve bu farklılıklarında sosyal destek, zamanında ilgi, gizlilik ve seçim boyutu üzerine etkisi olduğu saptanmıştır (67).

Araştırmaya katılan hastaların %76'sının devlet güvencesinde sigortalı olduğu, %17'sinin ise özel sigorta kapsamında olduğu, %3'lük bir diliminin sigortaya sahip olmadıkları cepten ödeme yaptıkları görülmüştür. Bu durumda katılımcıların %97 oranında sigortaya sahip oldukları saptanmış olup ayrıca gelir düzeyleri sorgulanmamıştır. Çalışma bulgularına bakıldığında sosyal güvenceye sahip hastaların, olmayan hastalardan daha olumlu algıya sahip oldukları, kadın ve doğum hastalıklarından taburcu olan hastaların, hizmet alınan diğer tedavi birimlerindeki hastalara göre daha olumsuz algıya sahip oldukları görülmektedir.

İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamalarının sigortalılık durumuna göre cevap verebilirlik boyutları açısından

anlamli düzeyde farklılıklara rastlandığı görülmektedir. Örneğin yeşil karta sahip hastaların, SGK ve Özel Sigorta kapsamında olan hastalardan daha iyi cevap verebilirlik algısına sahip oldukları bulunmuştur (67). 2012 yılında Hindistan'da sosyo ekonomik düzeyleri farklı ve farklı hastane grupları arasında yapılan bir çalışmada en düşük gelir grubundaki bireylerin, en yüksek gelir grubundaki bireylere göre “saygılı tedavi” alanında çok düşük puan aldıkları bulunmuştur (76).

Gelir düzeyinin cevap verebilirlik kavramını nasıl etkilediği konusu önemli bir konu olmakla birlikte bu konuda geçerli bir genelleme yapmanın mümkün olmadığı anlaşılmaktadır.

2007 yılında Almanya da ayaktan ve yatan hastalar üzerinde yapılan çalışmada en iyi performansa sahip cevap verebilirlik alanının gizlilik ve saygılı tedavi olduğu, en düşük ise konfor, otonomi, seçim alanlarında bulunmuştur (72). 2011 yılında Çin'in Jiangsu Eyaleti'ndeki 1938 yetişkin hasta ile yapılan çalışmada en yüksek puan saygılı tedavi ve gizlilik bulunurken, en düşük puan seçim ve zamanında ilgi boyutların da bulunmuştur (75). 2012-2013 yılları arasında Tahran'da kronik kalp yetmezliği olan, yatan ve ayaktan olmak üzere 300 hasta üzerinde yapılan çalışmada en önemli cevap verebilirlik alanı zamanında ilgi ve saygılı tedavi bulunmuştur (77). 2014 yılında Tahran'da yatan hastalara yapılan bir çalışmada seçim, cevap verebilirliğin en zayıf yönü bulunurken, gizlilik ve iletişim, zamanında ilgi sırasıyla güçlü yön olarak bulunmuştur (78). 2016 yılında Nijerya'da 137 katılımcı ile yapılan çalışmada en yüksek cevap verebilirlik alanları zamanında ilgi ve saygılı tedavi bulunurken, en düşük cevap verebilirlik alanları ise seçim ve otonomi olarak bulunmuştur (80). 2017 yılında İstanbul'da bir devlet hastanesinde yapılan çalışmada ise en yüksek cevap verebilirlik alanları saygılı tedavi ve gizlilik olarak bulunurken, en düşük cevap verebilirlik puana sahip alanların konfor ve sosyal destek boyutu olduğu saptanmıştır (67).

Bizim çalışmamızda ise gizlilik ve sosyal destek (ziyaret imkanları) en yüksek cevap verebilirlik algısına sahipken, en düşük cevap verebilirlik algısının ise konfor boyutunun olduğu saptanmıştır.

Genel olarak tüm dünyada yapılan cevap verebilirlik çalışmalarına bakıldığında “gizlilik” boyutunun yüksek puan aldığı görülmektedir. Gizlilik boyutun sonuçlarda yüksek puanlara sahip olması farklı ülkelerde verilen sağlık hizmetlerinin, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi ilkesinin benimsendiğini, hasta bilgilerinin bireylerin rızası olmadan üçüncü kişiler ya da kurumlarca paylaşılmadığı ve her türlü sağlık durumu ile ilgili tıbbi müdahalelerin gizlilik içerisinde yürütüldüğü algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda bu boyutun en yüksek cevap verebilirlik puanına sahip olması memnun edici bir sonuçtur.

Katılımcıların cevap verebilirliğe ilişkin puan ortalamalarının, hasta deneyimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen sonuçlara bakıldığında cevap verebilirlik puan ortalamaları ile hastaneyi başkalarına tavsiye etme deneyimi arasında önemli ilişki saptanmıştır. Katılımcıların hastaneyi başkalarına tavsiye edeceği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının doktor ve hemşireye ilişkin deneyimlerine bakıldığında ise tüm deneyimlerle arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastaların doktordan ve hemşireden anlaşılabilir cevap almaları, kaygı ve korku durumlarında görüşebilmeleri, alınacak ilaçların kullanımı ve yan etkileri, doktorla konuşmak istendiğinde imkân bulunabilmesi, tedavi ile ilgili tehlike ve durumlardan bahsedilmesi deneyimlerinin cevap verebilirlik ile ilgili algının olumlu olduğu bulunmuştur. İstanbul’da yapılan bir araştırmada hastaların yaklaşık %95’inin ilaç desteğinin yeterliliğinden memnun kaldıklarını bildirmişlerdir (67). Doktor ve hemşireye ilişkin bu deneyimlerin cevap verebilirliğin “iletişim” boyutunu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların cevap verebilirlik puan ortalamalarının uygulamalara ilişkin deneyimlerinde tedavisi ile ilgi kararlara katılma, daha fazla yer alma isteğinin düşük algıda olduğu, saygılı davranmanın yüksek algıda olduğu, sorun ve ihtiyaçlar için sağlık personellerine ulaşabilme algısının yüksek algıda olduğu, ağrı yönetiminin yüksek algıda olduğu, verilecek ilaçların gereği, kullanımı ve yan etkilerinin anlatılmasının yüksek algıda olduğu görülmektedir. Avrupa’da 16 yaş ve üstü

hastalara yapılan bir çalışmada ise hastaların, sağlığı ile ilgili kararlara daha aktif şekilde katılmak istediklerini belirtmişlerdir (71). Bu deneyimlerin ise cevap verebilirliğin saygılı tedavi, zamanında ilgi, otonomi boyutlarını etkilediği düşünölmektedir.

1998-2000 yılları arasında Almanya, ABD, İngiltere, İsveç ve İsviçre’de hastaların, hasta deneyimleri konusundaki algılarını değerlendirmek için yapılan çalışma sonucunda en çok sorun olan deneyimlerin ilaçların kullanım amacı ve yan etkileri hakkında bilgi verilmemesi, taburcu sonrası evde karşılaşılabacak durum ve tehlikeler hakkında bilgi verilmemesi olmuştur. Acil servisteki iletişim, sorun ve ihtiyaçların zamanında karşılanmaması, sağlık personeli ve hemşireler tarafından yapılan açıklamaların yeterli olmadığı deneyimlerinin oldukça yüksek bir sorun olduğu saptanmıştır. Fiziksel rahatlık (konfor) deneyimi ise beş ülkenin hepsinde yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada hastaların sağlık durumu ve tedavisi ile ilgili verilen kararlarda dahil edilmediği bulunmuştur. Yetersiz duygusal destek aldıklarını, endişelerini ve kaygılarını doktorlarla veya hemşirelerle paylaşmanın zor olduğunu belirtmişlerdir (81).

2002 yılında İskoçya’da 5 hastanede, yatılı olarak tedavi görüp taburcu olduktan 1 ay içerisindeki hastalara yapılan çalışmada verilen hizmetten genel olarak memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada hasta deneyimlerinin temel belirleyicilerinin fiziksel rahatlık, duygusal destek ve hasta tercihlerine saygı olduğu sonucuna varılmıştır (82).

8. ÖNERİLER

Bu araştırma ile bir vakıf üniversitesi hastanesinde en az bir gece yatıp taburcu olan hastaların deneyimleri ile cevap verebilirlik düzeylerini ölçülmesi, hasta deneyimleri ile cevap verebilirlik arasındaki ilişki incelenmiştir. Cevap verebilirlik DSÖ'nün sağlık tanımına göre sosyal yönden tam bir iyilik hali için önemli bir performans göstergesidir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuç ile hastalardan elde edinilen bilgi birikimiyle toplumun cevap verebilirlik bilincinin tespit edilmesi, hastane deneyimleri sonuçları ile cevap verebilirliğin sistem üzerindeki eksik yönleri ve olumlu etkileri belirlenerek sistemin performansının değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olacaktır.

Yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılan bu çalışmanın poliklinik (ayaktan) hastalar üzerinde de uygulanmasının cevap verebilirliğini algılama konusunda sistem üzerine karar vericilere daha tutarlı ve geniş bilgilere ulaşacakları düşünülmektedir.

Bu çalışmada gizlilik, seçim, iletişim, sosyal destek cevap verebilirlik düzeyleri iyi olmasına rağmen konfor alanında cevap verebilirliğin biraz daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Şehir hastanelerinin hastaların ve yakınlarının rahat etmeleri, konforlu bir biçimde tedavi görmeleri üzerine bina edildiği görülmektedir. En iyi ve en kaliteli sağlık hizmetini sunmak için özel hastanelerinde yeni projeler planlarken konfor boyutunu göz önünde bulundurmaları ve ortak çalışmalar yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir.

Gizlilik, iletişim ve saygılı tedavi arasında bir ilişki olmasına rağmen saygılı tedavi boyutunun diğer boyutlardan daha düşük düzeyde olması konusunda ise saygınlık görme bir hasta hakkı olduğundan doktorların ve sağlık personellerinin daha nazik, güler yüzlü ve şefkatli olmaları gerekmektedir.

Hastaların soru sormak için yeterli zaman bulamadıklarını söylemeleri doktorların veya sağlık personellerinin belli saat aralıklarıyla hastanın odasını ziyaret edip, ihtiyaç ve sorunlarının giderilmesinin yanı sıra soru sormaları veya konuşmaları için yeterli vakit ayrılmalıdır. Hastanenin temizlik, alan genişliği, havalandırma vb. gibi hastaların kendilerini evlerinde gibi hissetmesi, yatakların konforlu ve geniş olması,

ihtiyaçlarının eksiksiz ve sorunsuz sağlanması, odalarının hijyenik olması, iklimlendirme koşullarının sağlanması hem psikolojik hem fiziksel açıdan en az tıbbi bakım kadar önem arz etmektedir.

Bu çalışmada sosyal destek boyutunun oldukça iyi düzeyde olması bireylerin hastanede tedavi gördüğü süre boyunca ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi ile görüşebilme olanaklarının olduğunu kanıtlar niteliktedir. Yapılan bir çalışmada hastanın bakımı ile ilgili detaylarında aile ve yakınlarının dahil edilmemesi de taburculuk planlarını üzerine etkili olduğu saptanmıştır (81). Bu nedenle hastaların, aile ve yakınlarının daima yanlarında olabilmeleri için tüm olanakların sağlanmasına devam edilmelidir.

Çalışmamızda hastaların hastaneye ulaşım sürelerinin, hastanede bekleme sürelerinden daha iyi olduğu gözlenmiştir. Hastaların bekleme süresi, tedaviye başlama süresi hastalığın seyri ve iyileşmesi süreci için oldukça önemlidir. Bekleme süreleri verilen hizmete ve tedaviye göre değişiklik göstereceğinden her kliniğin standartları belirlenmeli, bekleme sürelerini azaltacak yeni sistemler geliştirilmeli, bu standartların ve sistemlerin yürütülmesi denetlenmesiyle beraber bu sürelerin kısaltılması gerekmektedir (67).

Tüm bu çalışmaların cevap verebilirlik algısını artıracak gibi zamandan, paradan ve hastane maliyet verimliliği açısından kurum yararına avantaj sağlayacağı düşünülmektedir (67).

Bu çalışma ile cevap verebilirlik kavramının yaygınlaşması, daha ileri zamanlarda yapılacak olan çalışmaları yön verecek olması ve bu çalışmaların yatan ve ayaktan tedavi gören hastalara yapılarak daha kapsamlı, özel ve kamu hastanelerini karşılaştıran veya birden fazla ülkede yapılacak olup ülkelerin sağlık sistemlerini kıyaslayan çalışmaların olmasıyla sağlık sistemlerinin eksik yönlerinin ve olumlu etkilerinin tespit edilmesi yönünden kaynak olacağını düşünmekteyim.

9. KAYNAKÇA

- 1- World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva, 2007. (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
- 2- T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017
- 3- De Silva A, Valentine NA. Framework for measuring responsiveness,WHO GPE Discussion Paper Series, 32, 2000.
- 4- Murante AM, Seghieri C, Vainieri M, Schafer W. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. *Social Science & Medicine*, Volume 186; 139–147, 2017.
- 5- WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, 2000
- 6- Gostin L, Hodge J G, Valentine N, Nygren-Krug H. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. Health and human rights working paper series No. 2, World Health Organization, Geneva, 2003.
- 7- Letkovicova H, Prasad A, La Vallee R, Valentine N, Adhikari P, Heide GW. The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the Multi-Country Survey Study. World Health Organization, Geneva, 2005.
- 8- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries *International Journal for Quality in Health Care*;14(5):353–358, 2002.
- 9- <http://www.hcahpsonline.org> Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, MD. (Erişim tarihi:23 Mart 2019)
- 10- Gemalmaz MS. “Turşu Fıçısı ya da Hasta Hakları”. *Toplum ve Hekim*. İstanbul: Cilt 11, Sayı: 75-76, s.. 36- 39, 1996.
- 11- Hayran O, Kanita Dayalı İnsan Odaklı Sağlık Yönetimi, 2006
- 12- Halk Sağlığı Kavramları Video Sözlüğü- Osman Erol HAYRAN (<http://www.hsozluk.com/>) (Erişim tarihi: 04.08.2018)
- 13- Hayran O. Sağlık yönetimi yazıları. Yeditepe Üniversitesi. Sage Yayıncılık, 2. Baskı. Ankara, 2012.

- 14- Gümüş S, Hizmet Pazarlaması, Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler, Nisan 2017
- 15- Tokat M, Sağlık Ekonomisi, Eskişehir, s.2, 1998.
- 16- İleri H, Seçer B, Ertaş H, Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi Sayı: 12, 176-186, 2016,
- 17- Murray C.J.L. and Frenk J. World Health Report 2000: A Step Towards Evidence-Based Health Policy. The Lancet 357(26): 1698-1700, 2001
- 18- Pransky G., Benjamin K., Dembe A. E. Performance and Quality Measurement in Occupational Health Services: Current Status and Agenda for Further Research. American Journal of Industrial Medicine 40:295-306, 2001
- 19- PAHO (Pan American Health Organization) Work Group of The Region of Americas on Health Systems Performance Assessment. Report of The Meeting Held in Ottawa, Canada, 4-6 September 2001
- 20- Murray C.J.L. and Frenk J. A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization 78(6): 717-731, 2000.
- 21- Murray C.J.L. and Frenk J. A WHO Framework for Health System Performance Assessment. GPE Discussion Paper Series: No. 6, Geneva, WHO, 2000a.
- 22- WHO European Regional Consultation on Health System Performance Assessment. Geneva, 2001.
- 23- IHSD (The Institute for Health Sector Development) Improving Health Systems by Measuring Health Status: Is WHO Serious?. An IHSD Issues Note, 2000.
- 24- IHSD (The Institute for Health Sector Development) World Health Report 2000- Summary and Comments. London, 2000a.
- 25- Gakidou E.E. ve diğ. “A framework for measuring health inequality”, Bulletin of the World Health Organization, 78(1): 42-54, 2000.
- 26- WHO (2000a) A Quick Reference Compendium of Selected Key Terms Used in The World Health Report, Geneva, 2000.

- 27- Darby C, Valentine N, Murray CJ, De Silva A. World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.
- 28- <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/511/Saglik-yonetimi-terimleri.aspx> (Erişim tarihi: 04.08.2018)
- 29- <https://www.medimagazin.com.tr/authors/ahmet-nezih-kok/tr-kanita-dayali-tip-sorun-mu-cozum-mu-72-62-3478.html> (Erişim tarihi: 27.09.2018)
- 30- Nakip, M. Sağlık hizmetlerinde ilişki pazarlaması ve hasta memnuniyeti: Aksaray aile sağlığı merkezlerinde uygulama/relationship marketing and patient satisfaction in medical services: implementation in family practice centers in Aksaray. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (46), 2015.
- 31- Samuelson P.A. and Nordhaus W.D. Micro Economics. McGrawHill, Inc. 1995.
- 32- Gwatkin D.R. "Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do?", Bulletin of the WHO, 78(1): 3-18, 2000.
- 33- Journal Of Clinical And Analytical Medicine, Derleme, Kanıta Dayalı Tıp, S.538, 2014.
- 34- Özgen N, Tatar M. Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:2 (2007), <https://dergipark.org.tr> (Erişim tarihi: 20.11.2018)
- 35- Braveman P.A. ve Gruskin S. "Defining equity in health", Journal of Epidemiology Community Health 57: 254-258, 2003.
- 36- Braveman P.A. "Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework", Journal of Health Population and Nutrition 21(3): 181- 192, 2003.
- 37- Cuyler AJ. Equity-some theory and its policy implications. Journal of Medical Ethics; 27:275-283, 2001.

- 38- <http://www.hayad.org.tr/hasta-odakli-saglik-hizmeti> (Erişim tarihi: 09.05.2018)
- 39- Akbaş E, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği), Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 10, İstanbul, 2014.
- 40- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient Self-Management of Chronic Disease in Primary Care. JAMA. 288(19):2469-75, 20 Nov 2002.
- 41- <http://www.hscgp.org/Content/132/HastaGuvenciligiNedir> (Erişim tarihi: 21.09.2018)
- 42- www.satirk.gov.tr (Erişim tarihi: 05.10.2018)
- 43- Songur C, Babacan A, Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon Ve Mali Yönetim Üzerine Etkisi, Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi / Journal of Management and Economics Research Cilt/Volume: 14 Sayı/Issue: 4 s.91, Eylül/September 2016.
- 44- Ülgen, H. ve Mirze, S.K. İşletmelerde Stratejik Yönetim, Beşinci Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık. S. 349, 2010.
- 45- Vakıf Üniversiteleri İle Özel Hastaneler İş Birliği Hakkında Açıklama, www.yok.gov.tr (Erişim tarihi: 13.07.2018)
- 46- Ülger N., Baldemir E. ve Battaloğlu İnanç B. Employee Satisfaction in Hospitals with Afilasyo; Sample of Training and Research Hospital of University of Muğla Sıtkı Koçman, Journal of Clinical and Analytical Medicine (JCAM), S. 1-5, 2015.
- 47- Mann MJ, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H. "Health and Human Rights". Health and Human Rights. Edited by Mann M. J., Gruskin S., Grodin A. .M., Annas J. G. p. 7-10, New York and London, 1999.
- 48- Kâmil ALPTEKİN, Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme, Türkiye Klinikleri J Med Ethics;12(2):132-9, 2004.

- 49- Logan GM, Adams RM. MORE-Utopia. Revised Edition First Published, Printed in the United Kingdom at the University Press, Cambridge. p. 56. 2002.
- 50- Kapani M. Kamu Hürriyetleri. Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını, No: 463, 6. Baskı, s. 51. 1986.
- 51- Uygun O. "İnsan Hakları Kuramı". İnsan Hakları. İstanbul: 1. Baskı. Editör: Korkut Tankuter, Yapı Kredi Yayınları No: 14, s. 23-27. 2000.
- 52- Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1948.
- 53- Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453> (Erişim tarihi: 24.01.2019)
- 54- Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu (Ağustos 2008), <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> (Erişim tarihi: 24.01.2019)
- 55- T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan (2013-2017), <https://www.saglik.gov.tr/TR,11510/saglik-bakanligi-stratejik-plani-2013-2017.html> (Erişim tarihi: 24.01.2019)
- 56- VIGODA, Eran; 'From Responsiveness to Collaboration: Governance, Citizens and the Next Generation of Public Administration' pp.6, 2002.
- 57- Valentine NB, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism, 573-96, 2003.
- 58- WHO. The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study." W.H. Report, 2005.
- 59- Otonomi ve Kararlara Katılımın Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi, Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi Cilt: 6 Sayı: 12 Sayfa: 39-52 Yıl: 2015.
- 60- Uğurluoğlu Ö, Çelik Y. Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8 (1); 3-26, 2005.
- 61- Boadway R. and Bruce N. Welfare Economics. Oxford: Basil Blackwell, 1984.

- 62- <http://www.hukukihaber.net/hasta-bilgilerinin-gizli-tutulmasına-dair-ilkeler-makale,5960.html> (Erişim tarihi: 06.09.2018)
- 63- <https://www.haberturk.com/acillerdeki-bekleme-suresi-kisaldi-1826763> (Erişim tarihi: 15.11.2018)
- 64- Acar P. Cevap verebilirlik ve iyi yönetim. İyi yönetimin temel unsurları, T.C Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı Yayını, Ayrıntı Basımevi, Ankara, 2003.
- 65- Murray CJ, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. Health Affairs, 20 (3); 21-24, 2001.
- 66- Grol-Prokopczyk H. Age and sex effects in anchoring vignette studies: methodological and empirical contributions. In survey research methods 8 (1); 1, NIH Public Access, 2014.
- 67- Akalın B, Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneğinde Yataklı Tedavi Kurumu Hizmetlerinin Cevap Verebilirliği, İstanbul, 2017.
- 68- Salomon JA, Tandon A, Murray CJ. Comparability of self rated health: cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. BMJ, 328 (7434); 258, 2004.
- 69- Valentine N, De Silva, A, Murray C. Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results. Geneva: World Health Organization, 2000.
- 70- Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. BMC Health Serv Res., 9; 117, 2009.
- 71- Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. The European Journal of Public Health, 15 (4); 355-360, 2005.
- 72- Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? evaluating inpatient and

outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research*, 7 (1); 99, 2007.

73- Vitraiz J. Inequalities in health systems' responsiveness: a joint World Health Survey report based on data from selected central European countries. Study report. Geneva, WHO, 2007.

74- Valentine N, Darby C. Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science and Medicine*, 66 (9); 1939-1950, 2008.

75- Chao J, Lu B, Zhang H, Zhu L, Jin H, Liu P. Healthcare system responsiveness in Jiangsu Province, China. *BMC Health Services Research*, 17 (1); 31, 2017.

76- Malhotra C, Do YK. Socio-Economic Disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan*. 28 (2); 197-205, 2013.

77- Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H, Nojomi M. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: evidence from a university hospital. *Arch Iran Med*. 17 (11); 736-740, 2014.

78- Mohammadi A, Kamali K. Responsiveness in the healthcare settings: a survey of in patients. *International Journal of Hospital Research*, 3 (3); 123- 132, 2014.

79- Nadi A, Shojaee J, Abedi G, Siamian H, Abedini E, Rostami F. Patients' expectations and perceptions of service quality in the selected hospitals. *Medical Archives*, 70 (2); 135, 2016.

80- Ughasoro MD, Okanya OC, Uzochukwu B, Onwujekwe OE. An exploratory study of patients' perceptions of responsiveness of tertiary health-care services in Southeast Nigeria: A hospital-based cross-sectional study, *Niger*, 20 (3); 267- 273, 2017.

81- <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.20.3.244> (Erişim tarihi 05.04.2019)

82- C Jenkinson, A Coulter, S Bruster, N Richards, T Chandola. Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care, *Qual Saf Health Care*;11:335–339, 2002.

83- World Health Organization, Responsiveness Questionnaires, Responsiveness Module, <https://www.who.int/responsiveness/surveys/en/> (Erişim tarihi 24.03.2019)

84- Huck, S. W. *Reading statistics and research (6. baskı)*. Boston: Pearson. 2012.



9. EKLER

EK-1 Hasta Deneyimi Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı içeriğinde "Farklı iki statüdeki iki hastanede hasta deneyimlerinin incelenmesi" adlı araştırma kapsamında yatarak tedavi gören hastaların deneyimlerinin karşılaştırılması ve bu deneyimlerinin hastanede kalite standartları açısından değerlendirilmesi açısından bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

Bu araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından derlenen bilgiler gizli tutulacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, katılımınız için teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz

- Erkek
 Kadın

Yaş

Medeni Durum

- Bekar
 Evli
 Dul
 Ayrı

Öğrenim Düzeyi

- Okul bitirmemiş
 İlk-ortaokul mezunu
 Lise ve dengi okul mezunu
 Üniversite mezunu

Meslek

- Memur
- Serbest Meslek
- İşçi
- Ev Hanımı
- Öğrenci
- Diğer
- Çalışmıyorum

Sağlık Güvencesi

- Genel Sağlık Sigortası (SGK veya BAĞ-KUR)
- Özel Sigorta
- Anlaşmalı Kurumlar
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
- Sağlık Güvencem Yok

Taburcu olunan Tıbbi Tanı Tedavi Ünitesi

- Kadın ve Doğum Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz
- Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
- Genel Cerrahi

1- Bu hastaneyi tercih etme sebebiniz?

- Sevk edildiğim için
- Tavsiye üzerine
- Doktor kaynaklı
- İyi olduğuna inandığım için
- Refakat ve ziyaretçi kolaylığı olduğu için

2- Bu hastaneye kaçınıcı gelişiniz?

- İlk kez
- İkinci kez
- Üç ve daha fazla

3- Doktorunuza önemli sorularınız için danıştığınızda anlayabileceğiniz cevaplar aldınız mı?

- Evet, her zaman
- Evet, bazen
- Hayır

4- Hemşireye önemli sorularınız için danıştığınızda anlayabileceğiniz cevapları aldınız mı?

- Evet, her zaman
- Evet, bazen
- Hayır

5- Bazen hastanede yatarken doktor ve hemşire tedaviniz için birbirinden farklı şeyler söyler. Bu size de oldu mu?

- Evet, her zaman
- Evet, bazen
- Hayır

6- Durumunuz veya tedavinizle ilgili herhangi bir kaygınız ya da korkunuz olduğunda doktorunuz sizinle bunları görüştü mü?

- Evet, kesinlikle
- Evet, bir dereceye kadar
- Hayır
- Hiç kaygım yada korkum olmadı

7- Doktorunuz konuşurken siz orada değilmişsiniz gibi davrandı mı?

- Evet, her zaman
- Evet, bazen
- Hayır

8- Bakımınız veya tedaviniz ile ilgili alınan kararlarda daha fazla yer almak ister miydiniz?

- Evet, kesinlikle
- Evet, bir dereceye kadar
- Hayır

9- Genel olarak hastanede kaldığınız süre boyunca saygılı ve ciddiyetle davranıldığını düşünür müsünüz?

- Evet, her zaman
- Evet, bazen
- Hayır

10- Durumunuz veya tedaviniz ile ilgili herhangi bir kaygınız ya da korkunuz olduysa, bir hemşire sizinle bunları görüştü mü?

- Evet, kesinlikle
- Evet, bir dereceye kadar
- Hayır
- Hiç kaygım ya da korkum olmadı

11- Sorunlarınız ve ihtiyaçlarınız hakkında yardım alabilmek için hastane personelinden birilerine ulaşabildiniz mi?

- Evet, kesinlikle
- Evet, bir dereceye kadar
- Hayır
- Hiçbir sorunum ya da ihtiyacım olmadı

12- Hiç ağrınız oldu mu?

- Evet
 Hayır

Eğer **evet** ise;

Hastane personelinin ağrınızı kontrol etmeye yardımcı olabilmek için ellerinden gelen her şeyi yaptığınızı düşünüyor musunuz?

- Evet, kesinlikle
 Evet, bir dereceye kadar
 Hayır

13- Hastanede kaldığınız süre boyunca daha önce almadığınız bir ilaç verildi mi?

- Evet
 Hayır

Eğer **evet** ise;

Size yeni bir ilaç verilmeden önce hastane personeli ilacın içeriğini ve gereğini açıkça anlattı mı?

- Evet, kesinlikle
 Evet, bir dereceye kadar
 Hayır

Size yeni bir ilaç verilmeden önce hastane personeli ilacın yan etkilerini açıkça anlattı mı?

- Evet, kesinlikle
 Evet, bir dereceye kadar
 Hayır

14- Aileniz ya da yakınınızdan bir kişi doktorunuz ile tedaviniz ve durumunuz hakkında konuşmak istediğinde rahatlıkla imkân bulabiliyor muydu?

- Evet, kesinlikle
 Evet, bir dereceye kadar
 Hayır
 Ailem veya yakınlarım bilgiye ihtiyaç duymadı
 Ailemin ya da yakınlarımın doktorla konuşmasını istemedim

15- Doktorunuz veya sizinle ilgilenene hemşireler evinizde alacağınız ilaçların kullanım amacını, yan etkilerini anlayabileceğiniz bir şekilde size açıkladılar mı?

- Evet, kesinlikle
- Evet, bir dereceye kadar
- Hayır
- Bir açıklamaya ihtiyaç duymadım
- Kullanacağım bir ilaç verilmedi

16- Doktorunuz veya sizinle ilgilenen hemşireler evinize gittiğinizde hastalığınız veya tedaviniz sürecinde oluşabilecek tehlikelerden ve bazı durumlardan bahsetti mi?

- Evet, kesinlikle
- Evet, bir dereceye kadar
- Hayır

17- Bu hastaneyi ailenize ve yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?

- Evet, kesinlikle
- Evet, bir dereceye kadar
- Hayır

EK-2 Cevap Verebilirlik Ölçeği

	Bu yatışınızla ilgili olarak aşağıdaki	Çok	İyi	Mak	Kötü	Çok Kötü
1.	Hastaneye ulaşım süreniz					
2.	Hastaneye başvurmadan önceki bekleme süreniz					
3.	Hastaneye gelişinizde gördüğünüz ilgi, saygı ve karşılama biçimi					
4.	Muayene ve tedaviler sırasında gizliliğimize gösterilen özen					
5.	Hastalığınızla ilgili sağlık personelinin size yaptıkları açıklamalar					
6.	Sağlığınız ve tedaviniz hakkında soru sormak için yeterli zaman bulma durumunuz					
7.	Alternatif tedavi veya test türleri hakkında bilgi alma					
8.	Sizinle ilgili yapılacak işler konusunda fikrinizin sorulması					
9.	Sağlık personeli ile özel konularınızı rahatlıkla konuşabilme imkanı					
10.	Kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimi					
11.	Size hizmet eden sağlık personelinin seçme özgürlüğünüz					
12.	Hastane odalarının içi ve tuvaletlerin temizliği					
13.	Bulduğunuz alanın genişliği					
14.	Aile ve arkadaşlarınızın ziyaret imkanları					
15.	Hastanede yatariken dış dünyayla temas imkanı					

EK-3 WHO Cevap Verebilirlik Uzun Formu (Yatan Hastalar)

Inpatient Hospital

[Interviewer: use "you" or "your child" according to responses in previous section "Seeing Health Care Providers".]

Q7400	What was the name of the last hospital or long term care facility you [your child] stayed in, in the last 5 years?						
Q7401	Was the hospital (or long term care facility):	1. operated by the government	2. privately operated	3. other			
Q7402	When was your [child's] last overnight stay? [Interviewer: stop reading further as soon as the respondent has selected one]	1. In the last 4 weeks	2. In the last year	3. In the last 2 years	4. In the last 3 years	5. In the last 5 years	
Q7403	Which of the following best describes the reason for your [child's] last overnight stay?	1. High fever, severe diarrhea, or cough 2. Childbirth 3. Arthritis 4. Asthma 5. Heart disease 6. Bodily injury 7. Minor surgery 8. Other					
Q7404	How long was your [child's] stay on this occasion? [Interviewer: stop reading further as soon as the respondent has selected one]	1. 1-2 days	2. 3-5 days	3. 6-14 days	4. 15 days and more		
Q7405	In your opinion, was the skill of the health care providers adequate for your [child's] treatment?	1. Yes			5. No		
Q7406	In your opinion, was the hospital's equipment adequate for your [child's] treatment?	1. Yes			5. No		
Q7407	In your opinion, were the hospital's drug supplies adequate for your [child's] treatment?	1. Yes		5. No		8. NA	
Q7408	Thinking about your [child's] last hospital stay, how long did it take you to get there (in minutes)?						
Q7409	Thinking about your [child's] last hospital stay, how did you get there? [Interviewer: mark the one used for most of the travel distance.]	1. Private car or motorcycle	2. Public transport	3. Ambulance	4. Bicycle	5. Walked	6. Other

Q7410	For your [child's] last hospital stay, how long from the time you needed hospital care did you wait to be admitted to hospital? [Interviewer: stop reading further as soon as the respondent has selected one]	1. Same day	2. Less than a week	3. Less than 1 month	4. Less than 3 months	5. 3 months and more
-------	---	-------------	---------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

Thinking about your last hospital stay, how much did you or your household pay for (local currency):

Q7411	doctor's fees				-8. DK	
Q7412	Drugs				-8. DK	
Q7413	Tests				-8. DK	
Q7414	Transport				-8. DK	
Q7415	Other				-8. DK	
Q7416	Did you or your household pay less than the normal health care fees because of a government discount or exemption?	1. Yes	5. No	9. NA		
Q7417	Thinking about your [child's] <u>last hospital stay</u> , how many people slept in the same room as you [your child]?					
Q7418	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate the travelling time to the hospital?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7419	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate the amount of time you waited before being attended to?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7420	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate your experience of being greeted and talked to respectfully?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7421	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate the way your [child's] <u>privacy</u> was respected during physical examinations and treatments?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7422	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate the experience of how <u>clearly</u> health care providers explained things to you?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7423	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate your experience of getting <u>enough time to ask questions</u> about your [child's] health problem or treatment?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7424	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate your experience of getting information about other types of treatments or tests?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7425	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , how would you rate your experience of being <u>involved in making decisions</u> about your [child's] health care or treatment?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad

Q7426	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the way the health services ensured you could talk privately to health care providers?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7427	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the way your [child's] personal information was kept confidential?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad 8. DK
Q7428	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the freedom you had to choose the health care providers that attended to you [your child]?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7429	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the cleanliness of the rooms inside the facility, including toilets?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7430	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the amount of space you [your child] had?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7431	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the ease of having family and friends visit you [your child]?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7432	For your [child's] last hospital stay, how would you rate your [child's] experience of staying in contact with the outside world when you [your child] were in hospital?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad

In the last 5 years did you feel that you were treated worse by the health care providers at the hospital for any of the following reasons. Because of your:

Q7433	Sex	1. Yes	5. No
Q7434	Age	1. Yes	5. No
Q7435	Lack of money	1. Yes	5. No
Q7436	Social class	1. Yes	5. No
Q7437	Ethnic group or colour	1. Yes	5. No
Q7438	Type of illness	1. Yes	5. No
Q7439	Nationality	1. Yes	5. No

EK-4 WHO Cevap Verebilirlik Kısa Formu (Yatan Hastalar)

Inpatient Hospital

[Interviewer: use "you" or "your child" according to responses in previous section "Seeing Health Care Providers".]

S7300	What was the name of the last hospital or long term care facility you [your child] stayed in, in the last 5 years?					
S7301	Was the hospital (or long term care facility):	1. operated by the government	2. privately operated	3. other		
S7302	When was your [child's] last overnight stay? [Interviewer: stop reading further as soon as the respondent has selected one]	1. In the last 4 weeks	2. In the last year	3. In the last 2 years	4. In the last 3 years	5. In the last 5 years
S7303	Which of the following best describes the reason for your [child's] last overnight stay? [Interviewer - the respondent may select ONLY one]	1. High fever, severe diarrhea, or cough				
		2. Childbirth				
		3. Arthritis				
		4. Asthma				
		5. Heart disease				
		6. Bodily injury				
		7. Minor surgery				
		8. Other				
S7304	How long was your [child's] stay on this occasion? [Interviewer: stop reading further as soon as the respondent has selected one]	1. 1-2 days	2. 3-5 days	3. 6-14 days	4. 15 days and more	
S7305	Thinking about your [child's] last hospital stay, how long did it take you to get there (in minutes)?					
S7306	For your [child's] last hospital stay, how long from the time you needed hospital care did you wait to be admitted to hospital? [Interviewer: stop reading further as soon as the respondent has selected one]	1. Same day	2. Less than a week	3. Less than 1 month	4. Less than 3 months	5. 3 months and more

Thinking about your last hospital stay, how much did you or your household pay for (local currency):

S7307	Doctor's fees				-8. DK	
S7308	Drugs				-8. DK	
S7309	Tests				-8. DK	
S7310	Transport				-8. DK	
S7311	Other				-8. DK	
S7312	Thinking about your [child's] last hospital stay, how many people slept in the same room as you [your child]?					
S7313	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the amount of time you waited before being attended to?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
S7314	For your [child's] last hospital stay, how would you rate your experience of being greeted and talked to respectfully?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
S7315	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the experience of how clearly health care providers explained things to you?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
S7316	For your [child's] last hospital stay, how would you rate your experience of being involved in making decisions about your [child's] health care or treatment?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
S7317	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the way the health services ensured you could talk privately to health care providers?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
S7318	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the freedom you had to choose the health care providers that attended to you [your child]?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
S7319	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the cleanliness of the rooms inside the facility, including toilets?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
S7320	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the ease of having family and friends visit you [your child]?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad

EK-5 Picker (PPE-15) Anket Formu

PPE-15

1. When you had important questions to ask a doctor, did you get answers that you could understand ?

Yes, always / Yes, sometimes / No / I had no need to ask

2. When you had important questions to ask a nurse, did you get answers that you could understand?

Yes, always / Yes, sometimes / No / I had no need to ask

3. Sometimes in a hospital, one doctor or nurse will say one thing and another will say something quite different. Did this happen to you?

Yes, often / Yes, sometimes / No

4. If you had any anxieties or fears about your condition or treatment, did a doctor discuss them with you?

Yes, completely / Yes, to some extent / No / I didn't have any anxieties or fears

5. Did doctors talk in front of you as if you weren't there?

Yes, often / Yes sometimes / No

6. Did you want to be more involved in decisions made about your care and treatment?

Yes, definitely / Yes, to some extent / No

7. Overall, did you feel you were treated with respect and dignity while you were in hospital?

Yes, always / Yes, sometimes / No

8. If you had any anxieties or fears about your condition or treatment, did a nurse discuss them with you?

Yes, completely / Yes, to some extent / No / I didn't have any anxieties or fears

9. Did you find someone on the hospital staff to talk to about your concerns?

Yes, definitely / Yes, to some extent / No / I had no concerns

10. Were you ever in pain?

Yes/No

If yes...

Do you think the hospital staff did everything they could to help control your pain?

Yes, definitely / Yes, to some extent / No

11. If your family or someone else close to you wanted to talk to a doctor, did they have enough opportunity to do so?

Yes, definitely / Yes, to some extent / No / No family or friends were involved / My family didn't want or need information / I didn't want my family or friends to talk to a doctor

12. Did the doctors or nurses give your family or someone close to you all the information they needed to help you recover?

Yes, definitely / Yes, to some extent / No / No family or friends were involved / My family didn't want or need information

13. Did a member of staff explain the purpose of the medicines you were to take at home in a way you could understand?

Yes, completely / Yes, to some extent / No / I didn't need an explanation / I had no medicines—go to question 15

14. Did a member of staff tell you about medication side effects to watch for when you went home?

Yes, completely / Yes, to some extent / No / I didn't need an explanation

15. Did someone tell you about danger signals regarding your illness or treatment to watch for after you went home?

Yes, completely / Yes, to some extent / No

EK-6 HCAHPS Anket Formu

HCAHPS Survey

SURVEY INSTRUCTIONS

- ◆ You should only fill out this survey if you were the patient during the hospital stay named in the cover letter. Do not fill out this survey if you were not the patient.
- ◆ Answer all the questions by checking the box to the left of your answer.
- ◆ You are sometimes told to skip over some questions in this survey. When this happens you will see an arrow with a note that tells you what question to answer next, like this:

- Yes
 No → *If No, Go to Question 1*

*You may notice a number on the survey. This number is ONLY used to let us know if you returned your survey so we don't have to send you reminders.
Please note: Questions 1-22 in this survey are part of a national initiative to measure the quality of care in hospitals. OMB #0938-0981*

Please answer the questions in this survey about your stay at the hospital named on the cover letter. Do not include any other hospital stays in your answers.

YOUR CARE FROM NURSES

1. During this hospital stay, how often did nurses treat you with courtesy and respect?
 ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
2. During this hospital stay, how often did nurses listen carefully to you?
 ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always

3. During this hospital stay, how often did nurses explain things in a way you could understand?
 ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
4. During this hospital stay, after you pressed the call button, how often did you get help as soon as you wanted it?
 ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
 ⁹ I never pressed the call button

YOUR CARE FROM DOCTORS

5. During this hospital stay, how often did doctors treat you with courtesy and respect?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
6. During this hospital stay, how often did doctors listen carefully to you?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
7. During this hospital stay, how often did doctors explain things in a way you could understand?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always

THE HOSPITAL ENVIRONMENT

8. During this hospital stay, how often were your room and bathroom kept clean?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
9. During this hospital stay, how often was the area around your room quiet at night?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always

YOUR EXPERIENCES IN THIS HOSPITAL

10. During this hospital stay, did you need help from nurses or other hospital staff in getting to the bathroom or in using a bedpan?
- ¹ Yes
 ² No → If No, Go to Question 12
11. How often did you get help in getting to the bathroom or in using a bedpan as soon as you wanted?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
12. During this hospital stay, did you need medicine for pain?
- ¹ Yes
 ² No → If No, Go to Question 15
13. During this hospital stay, how often was your pain well controlled?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always
14. During this hospital stay, how often did the hospital staff do everything they could to help you with your pain?
- ¹ Never
 ² Sometimes
 ³ Usually
 ⁴ Always

15. During this hospital stay, were you given any medicine that you had not taken before?

Yes

No → If No, Go to Question 18

16. Before giving you any new medicine, how often did hospital staff tell you what the medicine was for?

Never

Sometimes

Usually

Always

17. Before giving you any new medicine, how often did hospital staff describe possible side effects in a way you could understand?

Never

Sometimes

Usually

Always

WHEN YOU LEFT THE HOSPITAL

18. After you left the hospital, did you go directly to your own home, to someone else's home, or to another health facility?

Own home

Someone else's home

Another health facility → If Another, Go to Question 21

19. During this hospital stay, did doctors, nurses or other hospital staff talk with you about whether you would have the help you needed when you left the hospital?

Yes

No

20. During this hospital stay, did you get information in writing about what symptoms or health problems to look out for after you left the hospital?

Yes

No

OVERALL RATING OF HOSPITAL

Please answer the following questions about your stay at the hospital named on the cover letter. Do not include any other hospital stays in your answers.

21. Using any number from 0 to 10, where 0 is the worst hospital possible and 10 is the best hospital possible, what number would you use to rate this hospital during your stay?

0 Worst hospital possible

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 Best hospital possible

22. Would you recommend this hospital to your friends and family?

- Definitely no
- Probably no
- Probably yes
- Definitely yes

ABOUT YOU

There are only a few remaining items left.

23. In general, how would you rate your overall health?

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor

24. What is the highest grade or level of school that you have completed?

- 8th grade or less
- Some high school, but did not graduate
- High school graduate or GED
- Some college or 2-year degree
- 4-year college graduate
- More than 4-year college degree

25. Are you of Spanish, Hispanic or Latino origin or descent?

- No, not Spanish/Hispanic/Latino
- Yes, Puerto Rican
- Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
- Yes, Cuban
- Yes, other Spanish/Hispanic/Latino

26. What is your race? Please choose one or more.

- White
- Black or African American
- Asian
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- American Indian or Alaska Native

27. What language do you mainly speak at home?

- English
- Spanish
- Chinese
- Russian
- Vietnamese
- Some other language (please print): _____

THANK YOU

Please return the completed survey in the postage-paid envelope.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

10. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.3069
Konu : Etik Kurulu Kararı

06/02/2017

Sayın Tuğçe TÜRKAY

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğumuz “Farklı iki statüdeki iki hastanede hasta deneyimlerinin incelenmesi” isimli başvurumuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 06.02.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden FAF92F18X4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bulgi@medipol.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Farklı iki statüdeki iki hastanede hasta deneyimlerinin incelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Tuğçe Türkay			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarih	Versiyon Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	25.01.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	25.01.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	

Karar Bilgileri
Karar No: 31 **Tarih: 03/02/2017**
 Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Haneli ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Fizyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haneli ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlhan KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Meliye Hikmet ÜÇÜŞÜK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* : Toplantıda Huzurlu



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.38989
Konu : Etik Kurulu HK.

20/10/2017

Sayın Tuğçe TÜRKAY

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.02.2017 tarihli 31 karar no ile onay verilen "Farklı İki Statüdeki İki Hastanede Hasta Deneyimlerinin İncelenmesi" isimli çalışmanın "Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Hasta Deneyimlerinin İncelenmesi" olarak değiştirilmesi, sorumlu araştırmacının "Prof. Dr. Osman Erol HAYRAN" yerine "Yrd. Doç. Dr. Pakize YİĞİT" olarak değiştirilmesi ve yöntem ve gereçlerine ise, "DSÖ Cevap Verebilirlik Ölçeğinin Kısaltılmış Halinin Eklenmesi" isteklerimizin uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 20.10.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 10757EEBX1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.32703
Konu : Etik Kurulu Kararı

06/08/2018

Sayın Tuğçe TÜRKAY

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.02.2017 tarihli 31 karar no ile onay verdiği "Farklı iki statüdeki iki hastanede hasta deneyimlerinin incelenmesi" isimli çalışmamızın başlığım "Bir vakıf üniversitesi hastanesinde hasta deneyimlerinin incelenmesi" ve sorumlu araştırmacımın "Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT" yerine "Prof. Dr. Osman Erol HAYRAN" olarak değiştirilmesi isteğiniz uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 06.08.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden AC74D393X7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacak Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Tuğçe Naz	Soyadı	TÜRKAY
Doğum Yeri	Kadıköy	Doğum Tarihi	
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	
E-mail	tugceeturkay@gmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Lise	50.Yıl Tahran Anadolu Lisesi	2012

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	-							

□

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

□

KPDS= Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS= Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS= International English Language Testing System; TOEFL IBT= Test of English as a Foreign Language- Internet-Based Test TOEFL PBT= Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT= Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE= First Certificate in English; CAE= Certificate in Advanced English; CPE= Certificate of Proficiency in English

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsof Office	İyi
SPSS	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin