



T.C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

**BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİNDE
YATAKLI TEDAVİ KURUMU HİZMETLERİNİN CEVAP
VEREBİLİRLİĞİ**

BETÜL AKALIN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. OSMAN EROL HAYRAN

İSTANBUL - 2017

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Betül AKALIN
Tez Başlığı : Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneğinde Yataklı Tedavi Kurumu Hizmetlerinin Cevap Verebilirliği
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 09.06.2017

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

Danışman

Prof.Dr.Osman Erol HAYRAN

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr.Haydar SUR

Üsküdar Üniversitesi



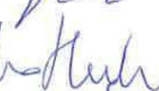
Doç.Dr.Yeter DEMİR USLU

İstanbul Medipol Üniversitesi



Doç.Dr.Hasan DİNÇER

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yrd.Doç.Dr. Murat Dinçer ÇEKİN

Marmara Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Doktora tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun .13../.06../ 2017.. tarih ve ..2017.../...17.... - .04.... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin LMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



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.

Betül AKALIN



TEŞEKKÜR

Çok yoğun ve benim için pek çok şeyin yeni olduğu doktora çalışmam boyunca bana yaptıkları katkılarla haklarını hiç bir zaman ödeyemeyeceğim tüm değerli hocalarıma sonsuz şükranlarımı sunarım. Hepsinden öğrendiğim ayrı ayrı bilgiler ışığında meydana gelen bu tez çalışmamda bana emeği geçen herkese minnettarım. Kendisinin açık ve net ifadeleri, doğruyu yanlıştan akılcı bir yolla süzüş şekli, dürüst ve anlayışlı duruşu ile öğrencisi olmaktan gurur duyduğum ve her zaman örnek almaya çalışacağım çok saygıdeğer Prof.Dr.Osman Hayran hocam başta olmak üzere, sağlık yönetimi alanın da yüksek eğitim yapmam konusunda beni teşvik eden, her zaman desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Prof.Dr. Mehveş Tarım 'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Doktora çalışmam sırasında bana fikirleriyle yön gösteren ve beni destekleyen klinik şefim Prof.Dr.Figen Yılmaz ve Prof.Dr.Banu Kuran'a, tez çalışmamda sorularımdan sıkılmadan bana yardımcı olan, desteklerini benden esirgemeyen Yard.Doç.Dr.Zeynep Dörtbudak ve Yard.Doç.Dr.Güssün Güneş'e, fikir ablam her zaman destekçim çok saygıdeğer meslektaşım Uzm.Fzt.Hikmet Adak'a, kendileriyle mesai arkadaşlarım oldukları için gurur duyduğum ve bana kendimi çok şanslı hissettiren değerli fizyoterapist tüm çalışma arkadaşlarıma, anket çalışmamı hastanede yapmama olanak sağlayan değerli Şişli Hamidiye Etfal E.A.H'si yönetimine, anket çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalara ve bende emeği geçen isimlerini teker teker yazamadığım tüm dostlarıma, arkadaşlarıma ve tanıdıklarına sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca belirtmek ve özel olarak teşekkür etmek istediğim, beni ben yapan, tüm dertlerime koşulsuz ortak, tüm hayatıma koşulsuz destek olan, ne yaparsam yapayım önce 'insani' olmam gerektiğini bana her vakit hatırlatan biricik annem Semiha Akalın ve babam Mehmet Akalın'a ve canım ablam değerli öğretmen Berna Hilal'e gönülden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	6
4.1.1. Sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri	8
4.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	9
4.1.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	9
4.1.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	10
4.1.2.3. Rehabilitasyon hizmetleri.....	12
4.2. HASTANE	12
4.2.1. Hastanelerin tarihsel gelişimi.....	12
4.2.2. Hastane tanımı ve özellikleri.....	13
4.2.3. Hastanelerin sınıflandırılması.....	14
4.3. SAĞLIK BAKANLIĞI VE TEŞKİLAT YAPISI	17
4.3.1. Türkiye kamu hastaneleri kurumu.....	19
4.3.2. Yataklı tedavi hizmeti.....	19
4.4. SAĞLIK HAKKI	21
4.4.1. Sağlık hakkı ve devletin sağlık hakkından doğan yükümlülükleri.....	21

4.5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMIYLA HEDEFLENEN CEVAP VEREBİLİRLİK İLKESİ.....	23
4.6. SAĞLIK SİSTEMİNDE CEVAP VEREBİLİRLİK	25
4.6.1. Cevap verebilirlik ve hasta memnuniyeti arasındaki fark	26
4.6.2. Cevap verebilirliğin öğeleri.....	28
4.6.2.1. Otonomi.....	28
4.6.2.2. Gizlilik.....	29
4.6.2.3. Zamanında ilgi.....	29
4.6.2.4. Konfor	31
4.6.2.5. Sosyal destek	32
4.6.2.6. Seçim.....	33
4.6.2.7. Saygılı tedavi.....	34
4.6.2.8. İletişim.....	34
4.6.3. Kısa hikayeler.....	35
4.6.4. Dünya’da cevap verebilirlik çalışmaları.....	37
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
5.1. EVREN VE ÖRNEKLEM	44
5.2 YÖNTEM	46
5.2.1. Örnek seçim kriterleri.....	46
5.3. ARAŞTIRMA İZİN SÜRECİ VE ETİK KURUL ONAYI.....	46
5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	47
5.4.1. Cevap verebilirlik anket formu.....	47
5.4.1.1. Demografik bilgi soruları ve hasta deneyimleri	47
5.4.1.2. Cevap verebilirlik kısa hikaye soruları.....	48
5.4.1.3. Cevap verebilirlik anket formu.....	49
5.5. VERİLERİN ANALİZİ İŞLEMLERİ	50

6. BULGULAR	51
6.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	51
6.2. HASTALIK VE HASTANE YATIŞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER.....	52
6.3. SİGORTA VE ÖDEME KOŞULLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER.....	53
6.4. HASTANE HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER.....	54
6.5. HASTA DENEYİMLERİ.....	55
6.5.1. Hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamaları.....	62
6.6. KISA HİKAYE SORULARINA VERİLEN CEVAPLAR VE BULGULAR.....	57
6.6.1. Kısa hikaye sorularının düşük - iyi cevap verebilirlik gruplaması.....	58
6.7. İLİŞKİ ANALİZLERİ.....	60
6.7.1. Cinsiyet.....	61
6.7.2. Öğrenim düzeyi.....	62
6.7.3. Yaş.....	63
6.7.4. Odadaki kişi sayısı.....	64
6.7.5. Hastanede kalınan gün sayısı.....	65
6.7.6. Sağlık güvencesi.....	66
6.7.7. Sağlık çalışanlarının tedavi için yeterliliği.....	67
6.7.8. Hastane ekipmanının tedavi için yeterliliği.....	68
6.7.9. Hastanedeki ilaç desteğinin tedavi için yeterliliği.....	69
6.7.10. Kısa hikaye cevap verebilirlik boyutlarının dağılım analizleri.....	70
6.7.11. Cevap verebilirlik boyutlarının, hasta deneyim algıları ve kısa hikaye tutumlarındaki dağılımı.....	90
7. SONUÇ.....	91
8. ÖNERİLER.....	97
9. KAYNAKLAR	100

10. EKLER.....	109
11. ETİK KURUL ONAYI.....	142
12. ÖZGEÇMİŞ.....	145



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

Ar-Ge	Araştırma ve Geliştirme
C.V	Cevap Verebilirlik
CHOPIT	Compound Hierarchical Ordered Probit (CHOPIT) Modeli
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
HOPIT	Hierarchical Ordered Probit (HOPIT) Modeli
OECD	Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü
KHB	Kamu Hastaneleri Birliği
MCSS	Multi-country Survey Study on Health and Health System's Responsiveness
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
ss	Standart Sapma
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TUEK	Uzmanlık Eğitim Kurumu
VİNYET	(Vignette) Kısa Hikaye
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YTKİY	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.2.3.1: Hastanelerin dallara göre dağılımı.....	16
Tablo 4.2.3.1: Hastanelerin sektörlere göre dağılımı.....	17
Tablo 4.6.4: Bazı ülkelerin cevap verebilirlik puan ortalamaları.....	42
Tablo 4.6.4: Bazı ülkelerin yüksek cevap verebilirlik alanları.....	42
Tablo 4.6.4: Bazı ülkelerin düşük cevap verebilirlik alanları.....	42
Tablo 5.1: Araştırma grubunun kliniklere göre dağılımı.....	45
Tablo 5.4.1: Cevap verebilirlik anketi.....	47
Tablo 5.4.1.2: Dünya sağlık örgütünün cevap verebilirlik anketinde kullanılan kısa hikaye soruları, hasta deneyimi soruları ve cevap verebilirlik alt başlıklarına örnekler.....	48
Tablo 6.1: Demografik özellikler.....	51
Tablo 6.2: Hastalık ve hastane yatışıyla ilgili özellikler.....	52
Tablo 6.3: Sigorta ve ödeme koşulları ile ilgili özellikler.....	53
Tablo 6.4: Hastane hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili özellikler.....	54
Tablo 6.5: Hasta deneyimlerine ilişkin algılar.....	55
Tablo 6.5.1: Hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları.....	56
Tablo 6.6: Kısa hikaye sorularının puan ortalamaları.....	58
Tablo 6.6.1: Kısa hikaye soruları'nın düşük-iyi c.v gruplaması.....	59
Tablo 6.7.1: Cinsiyete göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	61
Tablo 6.7.2: Öğrenim düzeyine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	62
Tablo 6.7.3: Yaşa göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	63
Tablo 6.7.4: Odadaki kişi sayısına göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	64
Tablo 6.7.5: Yatış gün sayısına göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	65
Tablo 6.7.6: Sağlık güvencesine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	66

Tablo 6.7.7: Sağlık personelinden memnuniyetine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	67
Tablo 6.7.8: Hastane ekipman memnuniyetine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları	68
Tablo 6.7.9: Hastane ilaç desteği memnuniyetine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları.....	69
Tablo 6.7.10.1: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	70
Tablo 6.7.10.2: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	71
Tablo 6.7.10.3: Kısa hikaye iletişim boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	71
Tablo 6.7.10.4: Kısa hikaye sosyal deste boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	72
Tablo 6.7.10.5: Kısa hikaye otonomi boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	72
Tablo 6.7.10.6: Kısa hikaye konfor boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	73
Tablo 6.7.10.7: Kısa hikaye gizlilik boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	73
Tablo 6.7.10.8: Kısa hikaye seçim boyutunun cinsiyete göre dağılımı.....	74
Tablo 6.7.10.9: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	74
Tablo 6.7.10.10: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	75
Tablo 6.7.10.11: Kısa hikaye iletişim boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	75
Tablo 6.7.10.12: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	76
Tablo 6.7.10.13:Kısa hikaye otonomi boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	76

Tablo 6.7.10.14: Kısa hikaye konfor boyutunu öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	77
Tablo 6.7.10.15: Kısa hikaye gizlilik boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	77
Tablo 6.7.10.16: Kısa hikaye seçim boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	78
Tablo 6.7.10.17: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	79
Tablo 6.7.10.18: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	80
Tablo 6.7.10.19: Kısa hikaye iletişim boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	80
Tablo 6.7.10.20: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	81
Tablo 6.7.10.21: Kısa hikaye otonomi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	82
Tablo 6.7.10.22: Kısa hikaye konfor boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	82
Tablo 6.7.10.23: Kısa hikaye gizlilik boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	83
Tablo 6.7.10.24: Kısa hikaye seçim boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	84
Tablo 6.7.10.25: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	85
Tablo 6.7.10.26: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	86
Tablo 6.7.10.27: Kısa hikaye iletişim boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	87
Tablo 6.7.10.28: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	87
Tablo 6.7.10.29: Kısa hikaye otonomi boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	88

Tablo 6.7.10.30: Kısa hikaye konfor boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	88
Tablo 6.7.10.31: Kısa hikaye gizlilik boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	89
Tablo 6.7.10.32: Kısa hikaye seçim boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	89
Tablo 6.7.11: Hasta deneyim algıları ile kısa hikaye tutumlarının cevap verebilirlik boyutlarındaki dağılımı.....	90
Tablo 7: Bireysel özellikler ve etkilenen kısa hikaye cevap verebilirlik alanları.....	96



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: Sağlık bildireleri.....	6
Şekil 4.1.2.2: Tedavi hizmeti veren kurumlar ve ilişkiler.....	11
Şekil 6.5.1: Hasta deneyimi-cevap verebilirlik boyutları.....	57
Şekil 6.6.1: Kısa hikaye'lerin düşük-iyi cevap verebilirlik yüzde gruplaması.....	60
Şekil 6.7.10.16: Kısa hikaye seçim boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı.....	78
Şekil 6.7.10.17: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	79
Şekil 6.7.10.20: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun sigorta durumuna göre dağılımı.....	81
Şekil 6.7.10.23: Kısa hikaye gizlilik boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı.....	83
Şekil 6.7.10.25: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	85
Şekil 6.7.10.26: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun yatış süresine göre dağılımı.....	86
Şekil 6.7.11: Hasta deneyimi algıları ile kısa hikaye tutumlarının cevap verebilirlik boyutları.....	90

1. ÖZET

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİNDE YATAKLI TEDAVİ KURUMU HİZMETLERİNİN CEVAP VEREBİLİRLİĞİ

Cevap verebilirlik, bireyin sağlık hakkına dayanan meşru beklentilerini sağlık sisteminin ne ölçüde karşıladığını inceler. Sağlık sistemin performansını değerlendiren; sağlık göstergelerindeki düzelmeler, parasal kaynakların hakkaniyetli dağılımı ve cevap verebilirlik göstergeleri arasında hakkında en az çalışma yapılan konu cevap verebilirlik olmuştur. Bu sebeple, yatan hasta hizmetlerinde cevap verebilirliğin ölçülmesi için WHO'nun cevap verebilirlik anketi kullanılarak bir Eğitim Araştırma hastanesinde yatan 430 hasta üzerinde uygulanan bu çalışmadan elde edilecek hasta deneyimleri sonuçları ile sistemin eksik ya da iyi cevap verebilirlik yönlerini tespit ederek, sağlık sisteminin performansını yükseltmek için karar vericilere kaynak sağlamak amaçlanmıştır. Değerlendirmede kullanılan WHO'nun kısa hikaye soruları ile toplumun cevap verebilirlik boyutlarına ilişkin tutum puanları hesaplanmıştır. Cevap verebilirliğin sekiz boyutu olan; saygılı tedavi, zamanında ilgi, iletişim, gizlilik, otonomi, seçim, konfor, sosyal destek konularındaki hasta deneyimleri ile kısa hikayeler üzerinden tutumları soruşturulmuş ve puanlanmıştır. Hasta deneyimi puan ortalamaları en düşük olan cevap verebilirlik boyutu 6.61 ortalama ile Konfor, ardından 7.10 ile Sosyal destek ve 7.13 ile Seçimdir. En yüksek puan ortalaması ise 8.09 ile Saygılı Tedavi ve 7.63 ile Gizlilik boyutunda bulunmuştur. Tutumları ölçen kısa hikaye sorularının, puan ortalamalarına bakıldığında en düşük puan ortalamasının 2.59 ile Gizlilik ve 2.63 puan ortalaması ile Konfor boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. En yüksek puan ortalamasının ise 3.33 ile Saygılı Tedavi boyutuna ait olduğu, tutum sonuçları ile deneyim sonuçlarının uyumlu olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sisteminin Cevap Verebilirliği, Yatan Hasta Hizmetleri, Kısa Hikâyeler

2. ABSTRACT

THE RESPONSIVENESS OF INPATIENT HEALTHCARE INSTITUTIONS: THE CASE OF A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Responsiveness in the context of a healthcare institution refers to the degree to which the healthcare system meets the legitimate expectations of individuals, based on their right to receive care. Among the studies conducted on regulations drawn up regarding health indicators, the fair distribution of monetary resources, and the indicators of responsiveness that are related to evaluating the performance of the healthcare system, the topic of responsiveness is the least investigated. For this reason, this study, by working with 430 inpatients and applying the responsiveness questionnaire formulated by WHO in order to measure responsiveness in inpatient facilities, aims to determine the shortcomings as well as the well addressed aspects of the system with regard to responsiveness in an effort to contribute to improving the performance of the healthcare system and provide resources for decision-makers. WHO vignette questions were also used to explore the responsiveness of the study population. In this study, 8 domains of responsiveness (respectful treatment, prompt attention, communication, confidentiality, autonomy, choice, quality of basic amenities, social support) were measured on the basis of patient experiences and short stories. The average patient experiences score was the lowest for Quality of Basic Amenities with 6.61, followed by Social support with 7.10 and Choice with 7.13. The highest score average was 8.09 with Respectful Treatment and 7.63 with Confidentiality. When the attitude scores of vignettes are examined, it is determined that the lowest score average belongs to Confidence with 2.59, followed by the Quality of Basic Amenities domain with the average score of 2.63 points. The highest average score was in the Respectful Treatment domain with 3.33 points. The vignettes attitude results were found to be consistent with the patient experience results.

Keywords: Health System Responsiveness, Inpatient Services, Vignettes

3. GİRİŞ VE AMAÇ

WHO'ya göre, bir sağlık sisteminin asıl amacı toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşamasına olanak tanımaktır. Bunun sağlanması için üç temel hedef belirlenmiştir. İlk hedef, sağlık göstergelerindeki iyileştirmelerdir. Fakat sağlık hizmeti harcamalarının öngörülemez oluşu ve katastrofik harcamaların yüksek mali yük sergileyebilme olasılığı nedeniyle, risk paylaşımı ve maddi koruma sağlanması önemlidir. Bu sebeple sağlık sistemlerinin ikinci amacı, mali katkıda adalet yani parasal kaynakların hakkaniyetli dağılımını sağlamaktır. Üçüncü hedef ise sağlıkla ilgili olmayan konularda insanların beklentilerine cevap verebilmeyi yani insanların haysiyetine, özerkliğine ve bilginin gizliliğine saygı gösterilmesine, tedavinin yapıldığı alanın uygunluğu, sağlık çalışanını seçme özgürlüğü, sağlıklı iletişim, sosyal desteğin sağlanması, tedaviyle ilgili kararlara katılabilme, daha kısa bekleme süreleri ve daha kolay ulaşımının önemini kapsamaktadır (25).

WHO'nun 2000 yılı öncesi yaptığı çalışmalarda bazı ülkelerin sağlık sistemleri son derece cevap verebilirlikten uzak bulunmuştur. Örneğin, 1990 öncesi Sovyet Sağlık Sistemi'nin insanları işleyiş biçimiyle son derece kişiliksiz ve gayri insani hale getirdiği, Zimbabwe ve Tanzania'da kamu sağlık çalışanlarına ilişkin yaygın bir şikayet, hastalarla olan ilişkilerinde saygısızlık ve küstahlıkların raporlanması, OECD ülkelerinde acil olmayan cerrahi için bekleme sürelerinin ülkeler arasında oldukça farklılıklar göstermesi ve bunun yanı sıra Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere ve Amerika'da yapılan kamu hoşnutsuzluğu çalışmalarında sağlık bakanlıklarına çok fazla eleştirilerin getirilmiş olması sebebi ile WHO 2000 yılından itibaren bireylerin sağlık durumundaki düzelmeye ek olarak sistemin cevap verebilirliği konusu üzerinde çalışmış, belli temel hedefler belirlemiş ve bu çalışmasıyla da üye devletlerindeki sağlık sistemlerinin bu hedeflere ne kadar eriştiklerini değerlendirmek için büyük bir girişimde bulunmuştur (119). Geliştirilen ortak bir yöntemle sağlık sistemlerin cevap verebilirliklerinin ölçülmesi amacı ile belli hedef alanları ve bu alanların kapsamı belirlenerek ölçekler geliştirilmiştir (117). Bu hedef alanları ve kapsamı şu şekilde sıralanmıştır:

Özerklik: Bireyin kendi sağlığı ile ilgili alınan bakım veya tedavi hizmeti kararlarında fikrinin alınması ya da yapılacak tedavi uygulamaları sırasında hasta izninin alınıp alınması konularını kapsar.

Gizlilik: Hastaya ve hastalığına ilişkin bilgilerin gizli tutulması, bakım sürecinde mahremiyetine gösterilen özen konularını kapsar.

Zamanında İlgi: Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşım süresi ve hizmet sunumu sırasındaki bekleme sürelerinin değerlendirilmesi kapsar.

Konfor: Temiz çevre, hastane binalarının bakım ve temizliği, yeterli mobilya, yeterli havalandırma, temiz tuvaletler, temiz çarşafklar, sağlıklı ve yenilebilir gıda gibi fiziki altyapı ve elverişli bakım ortamının değerlendirilmesini kapsar.

Sosyal Destek: Bireyin sağlık hizmeti alım sürecinde, akrabalar ve arkadaşlar tarafından yapılan düzenli ziyaretleri, sosyal destek ağlarına erişebilmesi, hastane faaliyetlerine engel teşkil etmeyen veya diğer bireylerin duyarlılıklarını incitmeyen dini ibadetlerini yerine getirebilmesi konularını kapsar.

Seçim: Hastanın, hizmet alırken sağlık çalışanını seçme özgürlüğünü kapsar.

Saygılı Tedavi: Hizmet alımı sürecinde bireye karşı sağlık çalışanların tutumunu, bireye gösterilen saygılı davranış ve mahremiyetine gösterilen özeni kapsar.

İletişim: Bireyin tedavi süreci boyunca tüm sağlık çalışanlarıyla tedavisi ya da problemi hakkında soru sormak için yeterli zamanın ve yeterli cevapların alınmasını kapsar (34).

2000 yılında Cevap Verebilirlik Çerçevesi'nin oluşturulması ve ölçümlenmesi üzerine yayınlamış olan ilk çalışmalardan sonra, yabancı bilimsel literatür çalışmaları incelendiğinde özellikle 2011-2016 yılları arasında bilimsel yayın üretiminin arttığı görülmektedir. Bilimsel literatür detaylı incelendiğinde 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı kapsamında, sağlık sisteminin performansını artırma araçlarından biri olarak kabul edilen cevap verebilirlik üzerine ne yazık ki çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kalitenin bir ölçüsü olarak kabul gören memnuniyet çalışmalarına yer verilmiştir. Ancak memnuniyetin, hizmet alınan yer ve alınan hizmet türü ile sınırlı kalması, bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, cevap verebilirliğin ise sağlık sisteminin tümünü bir bütün olarak irdelemesi ve sağlık dışı hizmetleri değerlendirmesi açısından oldukça farklılık göstermektedir.

Bu araştırmanın temel amacı, WHO'nun sağlıkta cevap verebilirlik ölçüm aracını kullanarak yataklı sağlık hizmeti veren bir hastane örneğinde sağlık sisteminin eksik ya da iyi cevap verebilirlik yönlerini 430 hastadan alınan hasta deneyimleri sonuçlarıyla tespit ederek sağlık sisteminin performansını yükseltmek için karar vericilere kaynak sağlamak, WHO'nun kısa hikaye soruları ile de, toplumun cevap verebilirlik boyutlarına verdikleri tutum puanlarını belirlemek amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 Raporu'nda sağlık sistemini, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlamıştır (WHO 2000; Murray, Frenk 2000; Tüm sağlık sistemlerinin amacı toplumdaki bireyleri sağlıklı kılmaktır. Sağlık sistemlerindeki reformlarının ana teması, geleneksel sağlık hizmetini temel sağlık hizmetine dönüştürmek; sağlık hizmet sunumunu yerel sağlık sistemleri, sağlık hizmet ağları, kapsayıcı sağlık bölgeleri gibi organizasyonlarla hakkaniyet doğrultusunda optimize etmektir. Gittikçe yükselen beklentileri karşılayarak, “sağlık hizmetinin odağına insanı yerleştirip zihin ile bedeni, insan ile sistemi harmonize etmektir” (3).

Dolayısıyla sağlığın sadece sakatlık ve hastalık halinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyo-ekonomik yönden tam bir iyilik hali olması itibari ile sadece tıbbi olarak değil psikolojik, çevresel, kültürel ve ekonomik boyutlarıyla da ele alınması gerektiği görülmektedir.

Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünü ifade etmektedir. Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümünü kapsar.

Sağlık hizmetlerinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ciddi farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin bölgeleri ve bu ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasında da farklılıklar söz konusudur. Sağlık ve sağlık hizmet standartlarını yükseltmek ve söz konusu farklılıkları en aza indirmek amacıyla ulusal ve uluslararası çapta faaliyet gösteren WHO, amaçlarını gerçekleştirebilmek için bireyler ve devletler arasında tam işbirliğini öngörmektedir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacı ile, çeşitli çok uluslu konferanslar düzenlenmekte, hedefler ortaya konulmakta, bu konuda bir çok bildirge (Şekil.4.1) yayınlanmaktadır (6).

Temel sağlık hizmetlerinin kapsamı Alma-Ata Bildirgesi'nde, WHO Genel Kurulu'nda kararlaştırılan 2000 Yılında Herkese Sağlık hedefine ulaşmak için izlenecek prensipler doğrultusunda kararlaştırılmıştır. Bu bildireye göre temel sağlık hizmetleri, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama sonucunda toplumun geneli tarafından kabul edilen ve tam katılım sağlanan esas sağlık hizmeti şeklinde tanımlanmıştır (19).

Bildirgenin Adı	Yayınlandığı Yıl	Bildirgenin Ana Teması
ALMA-ATA BİLDİRGESİ	1978	Temel sağlık hizmetleri açıklanmış ve temel sağlık hizmetlerinde devletin görevleri üzerinde durulmuştur.
LİZBON BİLDİRGESİ	1981	Genel olarak hasta hakları ele alınmıştır. Hastanın hekimini özgürce seçme; dış baskı altında kalmadan serbestçe çalışabilen bir hekim tarafından bakılma; kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden bekleme; onurlu bir biçimde ölme; dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkı öngörülmüştür.
OTTOWA şARTI	1986	Sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika araçları belirlenmiştir.
ADELAİDE TAVSİYELERİ	1988	Sağlıklı Halk Politikası stratejileri belirlenmiştir.
AMSTERDAM BİLDİRGESİ	1994	Hasta haklarını; bilgilendirme; onay; mahremiyet ve özel hayat; bakım ve tedavi ile başvuru başlıkları altında ele almıştır.
KOPENHAG BİLDİRGESİ	1994	Avrupa'da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer aldığı gibi gerekli değişimlerin yapılmasını ve geleceği şekillendirmeyi öngörmektedir.
BALI BİLDİRGESİ	1995	Amsterdam Bildirgesi'ne ek olarak intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği, sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.
LJUBLJANA BİLDİRGESİ	1996	Güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması esasına dayanmaktadır
JAKARTA DEKLARASYONU	1997	21.Yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları sunulmuş ve önceliklerine yer verilmiştir.
DUBROVNIK SöZLEşMESİ	2001	Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kalite üzerinde durulmuştur.

şekil 4.1: Sağlık bildireleri

Sağlığımızın yaşadığımız ve çalıştığımız toplumsal ve çevresel koşullara oldukça bağımlı olduğunun farkındayız. Hava kirliliği, kimyasallara maruz kalma, düşük kalitede gıda ve yoksulluk, genetik yapımız kadar sağlığımızda söz sahibi olmaktadır. Sağlık sistemi, sağlık hizmeti sunarken bu faktörleri de göz önünde bulundurmalıdır. Keza sağlığın belirleyicileri;

Bireysel Etkenler: Genetik yapı, bağışıklık sistemi, yaş, cinsiyet, beslenme düzeyi, sağlık öyküsü, ırk, davranışsal özellikler,

Çevresel Etkenler:

- Fiziki çevre: Termal koşullar, aydınlatma, gürültü, radyasyon, basınç, titreşim, maruziyetler, hava kirliliği, su kirliliği, toprak kirliliği v.b.,
- Biyolojik çevre: Bitkiler, hayvanlar, mikroorganizmalar,
- Sosyal çevre: Meslek, iş, ekonomik gelir, sosyal sınıf, eğitim, mülkiyet, etnik yapı, din, medeni durum, cinsel tercihler, bağımlılıklar, politik koşullar, stres, erken yaşam dönemindeki fiziksel ve ruhsal gelişmeler, işsizlik, iş güvencesizliği, iş yerindeki psikososyal ortam, ulaşım, toplumsal bağlar, yoksulluk, etnik/ırksal eşitsizlikler, sosyal arkadaş çevresinin varlığı, aile yapısı v.b (12) olarak tanımlanmış olup, biyolojik etkenlerin dışında sağlığın sosyal belirleyicilerini de dikkate almak sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili her tür yöntem geliştirilirken ve değerlendirilirken sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından olan kişinin yaşam kalitesini yükseltmeyi sağlar (62).

Sağlık alanında pek çok ülkeden daha fazla para harcıyor olmamıza rağmen, sağlık istatistiklerimiz diğer sanayileşmiş ülkelerin çoğunun gerisinde kalıyor. Obezite de OECD ülkeleri arasında Amerika ve İzlanda'dan sonra %19.9'luk oranla üçüncü sıradayız, ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları %40.3 ile ilk sırada, ardından %20.4 oranında gerçekleşen iyi ve kötü huylu tümörlerden ölümler, solunum sistemi hastalıkları %11.1 olarak (93) yaklaşık her 12-13 erişkinden biri ve 7-8 çocuktan biri astım hastasıdır. Astımın görülme sıklığı yıllar içinde giderek artmaktadır. Türkiye'de sağlık harcamalarına ayrılan GSYİH payı (OECD ortalaması % 8.9) 2013 yılında % 5.1 olmuştur (122).

Ülkemizde de benzer şekilde tüm ölümlerin %71'inin kronik hastalıklar nedeniyle olduğu görülmektedir. WHO'nun 2008 yılında yayımladığı "Küresel Hastalık Yüğü" raporunda kardiyovasküler hastalıkların dünyada önde gelen ölüm nedenleri olduğunu göstermektedir. 2020 ve 2030 yılları tahminlerinde, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar açısından bu oranların daha da yükseleceği öngörülmektedir. Bu nedenle kronik hastalıklarla mücadele, ülke ekonomilerinin sürdürülebilirliği açısından vazgeçilmez önceliktir (2).

4.1.1. Sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri

Temel amacı, hastalananları uygun yöntemlerle tedavi etmek, bireylerin hastalıklardan korunmasını sağlamak, toplumun sağlık statüsünü yükseltmek ve sağlıklılık halinin devamını sağlamak olan sağlık hizmetlerinin bu amacı gerçekleştirme yolundaki temel ilkeleri:

- ✓ Sosyal eşitliğin sağlanması; Doğuştan kazanılmış bir hak olan sağlık hakkı yalnızca sağlık hizmetlerini alabileceklere değil, toplumundaki herkese sosyal adalet içinde eşit sunulmalıdır.
- ✓ Birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek.
- ✓ Sürekli hizmet anlayışı; Herkese, her yerde ve her zaman hizmet sunulmasıdır.
- ✓ Kademeli sevk sistemi; Sağlık hizmetlerinde etkinliğin artırılması için sağlık kuruluşlarının yoğunlukları azaltılmalı bu yüzden kademeli bir sağlık zinciri uygulanabilir.
- ✓ Ekip hizmeti; Sağlık hizmetleri, bilgi beceri yetki ve sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayan aynı amaç için birlikte çalışan benzer ya da farklı meslek üyelerinin oluşturduğu bir ekip tarafından sunulmaktadır.
- ✓ Ana-çocuk sağlığına öncelik verilmesi
- ✓ Koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi
- ✓ Toplum katılımı; Sağlık hizmetleri sosyal bir hizmettir. Sosyal hizmetlerde halkın hizmete sahip çıkması, hizmetin başarısını olumlu yönde etkiler. Bu nedenle sağlık hizmetleri planlanırken halkın görüşüne başvurmak onlarla birlikte çalışmak gerekir.
- ✓ Denetim ve hizmet içi eğitim; Sağlık hizmetlerinde karşılaşılabilecek aksaklıkların belirlenmesi, giderilmesi ve tekrar ortaya çıkmasını engellemek amacıyla denetim ve eğitim faaliyetleri uygulanmalıdır.
- ✓ Esnek planlama; Sağlık hizmetleri ile ilgili hizmetlerin örgütlenmesi sürecinde hazırlanacak planların zamanın gerekliliklerine göre değiştirilebilir olması gerekmektedir.
- ✓ Sektörler arası işbirliği; Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında sektörler arası işbirliği gözetilmelidir

- ✓ Bütünleştirilmiş sağlık hizmeti; Ayaktan, yatan ve koruyucu sağlık hizmetleri bir bütün olarak düzenlemelidir (19). Hastalık merkezli hizmet ve organ merkezli bakım gibi parçalanmış bir sağlık modeli yerine hasta merkezli, hastayı bir bütün olarak gören bir sistemde, kronik hastalıkların yöneticisi olan bir hekimin hastanın tüm tanı, tedavi ve bakım sürecini yöneterek, daha az maliyetli, koruyucu hekimlik uygulamalarının atlanmadığı, farklı disiplinler/sektörler arası işbirliğinin koordine edildiği ve daha yüksek kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanmalıdır (2).

4.1.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sadece hastalık dönemlerinde değil bireylerini sağlıklı iken sağlıklarının korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için ihtiyaç duyulan bir hizmettir. Doğuştan, kaza ya da hastalık sonucu sakat kalmış bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi için sağlık hizmetine ihtiyaç vardır.

4.1.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için yapılan düzenlemeler ve verilen hizmetlerdir. Sağlığı koruyucu önlemler uygulama açısından üç düzeyde ele alınmaktadır:

Primer Koruma; İnsanların henüz hastalık etkeni ile karşılaşmadan korunmaları için alınması gereken önlemleri kapsarken,

Sekonder Koruma; Hastalıkların henüz belirti vermediği erken dönemde saptanarak tedavi edilmesini, dolayısıyla kişilerin hastalığın etkilerinden fazla zarar görmemelerini sağlamak amacıyla alınması gereken önlemleri ve yapılan faaliyetleri ifade eder.

Tersiyer Koruma; Hastalığa yakalanmış olan insanların hastalık etkilerinden en az zarar görmelerini, hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesini, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan her türlü önlem ve faaliyetlerdir (38).

Koruyucu sağlık hizmetleri, alınan önlemler ve yürütülen faaliyetler hedefi dikkate alındığında iki grupta incelenmektedir:

Kişiye yönelik koruyucu hizmetler; Erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, aile planlaması gibi insanı hedef alan bu hizmetler doktor, hemşire, ebe gibi sağlık üyeleri tarafından doğrudan yürütülen sonuçları bakımından kişileri dolayısı ile de toplumu etkileyen hizmetlerdir.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler; Yeterli ve temiz su sağlanması, atıkların kontrolü, endüstri sağlığı, konut sağlığı, hava kirliliği kontrolü, haşerelerle savaş, radyasyonla ve gürültü ile savaş, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü, besin kontrolü ve güvenliği, gibi çevreyi hedefleyen hizmetleri kapsar. Görülmektedir ki bu hizmetlerin tümü sağlık sektöründen ziyade diğer meslek grupları ve sektörler tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerdir ve sağlık sektörünün bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir (4).

Hem çevreye hem kişiye yönelik bu hizmetler tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olup akılcı bir sağlık ortamında bu tür hizmetlere öncelik ve önem verilmesi gerekmektedir (4).

4.1.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Hastaları tedavi etmek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri üç aşamada ele alınmaktadır;

Birinci basamak tedavi hizmetleri; Hastaların evde ve ayaktan tedavilerine Birinci Basamak Tedavi Edici Hizmetler adı verilir. Yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada yürütülen bu hizmetleri genellikle pratisyen hekimler, aile hekimleri ya da uzman hekimler tarafından verilir. Ülkemiz de; sağlık ocakları, dispanserler, aile hekimliği birimleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, kurum/ işyeri tabiplikleri ve özel muayenehaneler bu hizmetleri vermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri olması, hastalık merkezli bakım yerine uzun süreli/sürekli-hasta merkezli bakımı teşvik etmesi, kapsayıcı bir yapıya sahip olması ve ekipler arası koordinasyon kurmasıyla sağlık sistemlerinde güçlü bir Birinci Basamak alt yapısı oluşturan ülkelerde toplumun sağlık sorunları daha çabuk ve kolay çözümlenmekte, böylece sağlık eşitsizlikleri engellenmiş olmaktadır (11).

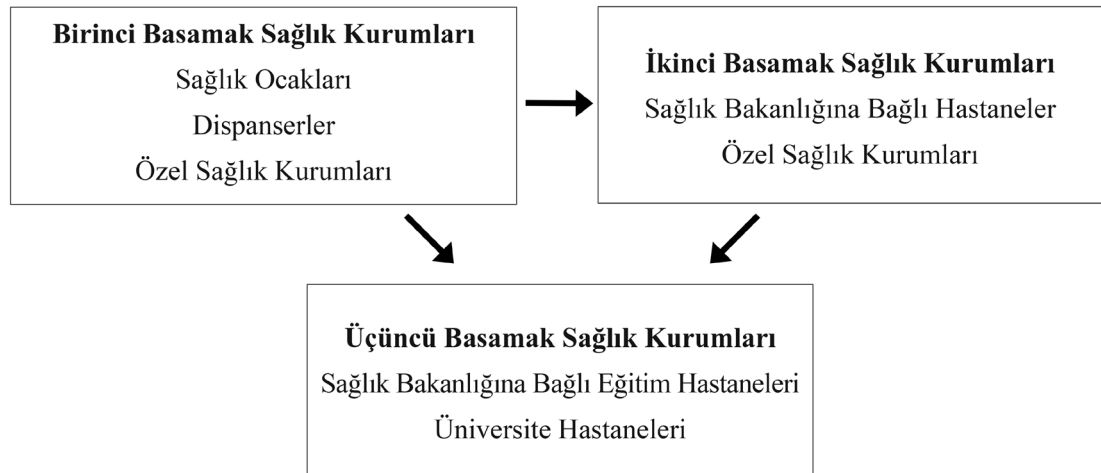
Genellikle tedavisi kısa süren, ileri teknolojik donanım gerektirmeyen, basit hastalıkların tedavi edildiği hastanelerdir. Birinci basamak hastanelerin belirli bir coğrafi bölgede toplanması yerine ülke çapına dağılması amaçlanıyorsa da uygulamada

bunu gerçekleştirmek zordur. Bunun sonucu olarak hastalar diğer basamaklardaki kurumları tercih etmekte ve gereksiz iş yükü ve uzun kuyruklar oluşmaktadır (23).

İkinci basamak sağlık hizmetleri; Birinci basamakta tedavisi mümkün olmayan hastaların, hastaneye yatarak, genellikle uzman bir hekim tarafından teşhis ve tedavi işlemlerinin yapılmasına olanak tanıyan hizmetlerdir. Ülkemiz de Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan il ve ilçe devlet hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler bu hizmetleri vermektedir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; Daha karmaşık hastalıkların tedavisi için kullanılır. İleri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için, özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi vb.), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri vb.) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri, lepra vb.) uzman personel ve donanımlı olarak tedavilerin yatarak verildiği hizmetlerdir. Ülkemiz de Sağlık Bakanlığının eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri olmak üzere tüm özel dal hastaneleri bu hizmetleri vermektedir (23) .

Ülkemizde insanların çoğu birinci basamaktaki hekimin onayını almadan kendi kararı ile ikinci ve üçüncü basamaklara başvurmaktadır. Bu üç basamak arasında birinciden üçüncüye doğru sevk zinciri olmalıdır. Sevk zinciri ile sağlık harcamalarında artış ve gereksiz iş gücünün oluşması engellenecektir (23).



Şekil 4.1.2.2: Tedavi hizmeti veren kurumlar ve ilişkileri

4.1.2.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir:

Tıbbi rehabilitasyon; Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sosyal rehabilitasyon; Sakatlık ya da özürü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretim çalışmalarını kapsar (38).

4.2. HASTANE

4.2.1. Hastanelerin tarihsel gelişimi

İlk olarak M.Ö. 1728-1686 yıllarında hekimlerin görev ve sorumlulukları ile ücretlerine ilişkin düzenlemelerin kaydedildiği Hammurabi Kanunları da hastane ismi geçmemek ile birlikte tıbbi uygulamaların düzenlemelerinden bahsedilmiştir. Eski Yunan döneminde genellikle din, büyü ve doğaüstü güçler ile hastalık tanı ve tedavileri yapılırken M.Ö. 480 yılında Hipokrat ile beraber ilk tıbbi kayıtlar tutulmaya ve hastane işlevi gören mekânlar ya da tapınaklar gündeme gelmeye başlamıştır. Bugünkü hastanelerin öncüsü diyebileceğimiz ilk kurumlara Hindistan da rastlanmış, ilk sezaryen kayıtları, 10 köye bir hekim görevlendirilmesi, bakıma muhtaç kişilerin için tapınak zeminli hastaneler yapılmıştır. Bu kuruluşlar, dini inançlarla, tanrılara adanarak inşa edilmiş, korunmasız ve yaşlı kişiler sihirbaz, efsuncu, üfürükçü adı verilen kişiler ve aynı zamanda din adamı olan hekimler tarafından tedavi edilmişlerdir (81). Romalılar hristiyanlığı kabul etmeden önce sadece hasta köleler ve askerler için hastane benzeri mekânlar kullanırken Hristiyanlık ile beraber hastaneler yapılmaya başlanmıştır. İslam dünyasında ise milattan sonra yedinci yüzyılda gelişmiş hastaneler, akıl hastaneleri, kimya, tıp bilimi, ilaç bilimi konusunda kendilerini geliştiren hekimler, farklı hastalık için ayrı bölümlerin olduğu, sağlık kayıtlarının tutulduğu hastaneler ve tıp eğitimine önem verildiği görülmektedir. Aynı dönemlerde Ortaçağ hastanecilik konusunda gerilerde iken Haçlı seferleriyle edinilen bilgi ve görüşlerle gelişmeye başlamış, Rönesans döneminde tıp konusunda önemli gelişmeler ve hastane yönetimi

konusunda ilerleme kaydetmişlerdir. Amerika'nın keşfi ile kıtaya yerleşen Avrupalı koloniler tarafından dini kuruluşlarca desteklenen hastanelerden sonra 1700'lü yıllarda para karşılığı hizmet veren hastaneler gündeme gelmiştir. Onyedinci yüzyılla beraber modern tıpta görülen gelişmeler, yeni buluşlar ile beraber hastanecilik kavramı olgunlaşmaya, kentleşme ve sanayi devrimiyle beraber yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkması, yeni keşiflerin yapılması, kadınların sağlık alanında kendilerini kabul ettirmeleri ile yirminci yüzyıla gelindiğinde artık koğuş şeklindeki hasta odaları, özel odalar, farklı hastalıklar için özelleşmiş hastaneler, eğitilmiş sağlık çalışanı, kalite standartları gibi faaliyetlerle modern hastanecilik gelişmiş ve yaygınlaşmıştır (38).

4.2.2. Hastane tanımı ve özellikleri

Tarihsel süreç ile günümüzde şekillenen modern hastaneler tüm donanımlarıyla; nitelikli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini kaliteden ödün vermeden en düşük maliyetle sunmak, devletten ve hastalardan sağladıkları gelirleri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok sayıda hastaya hizmet sunmak, istihdam politikasına, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak, en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarını kullanarak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli önlemleri almayı amaçlamıştır (110).

WHO ya göre Hastaneler, haftada 7 gün, günde 24 saat, tıbbi ve diğer mesleki personeliyle beraber tanı ve tedavi hizmetleri veren, çeşitli akut, iyileştirici ve terminal bakım yelpazesine sahip, yatarak tedavi imkânı sunan organize kurumlardır. Hastaneler, diğer sağlık ve sosyal bakım hizmetleri ile yakın işbirliği içinde halk sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesine katkıda bulunarak, insanların ihtiyaçları etrafında düzenlenmelidir (116). Tedavi edici, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim (tıp fakültesi hastanelerinde tıp eğitimi, eğitim hastanelerinde tıpta uzmanlık eğitimi, diğer sağlık personelinin klinik stajları, personele yönelik hizmet içi eğitimler, halk sağlığı eğitimleri), araştırma (yeni tedaviler, yeni ilaçlar, klinik araştırmalar, yönetim araştırmaları) gibi işlevleri olan hastaneler hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak izleme, muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. Hastaneler özgün karakteristiklere sahip kurumlardır;

- Hastane hizmetleri acil ve ertelenemez olup hizmet sunanların kararsızlık gösterme ve hata yapma toleransları çok düşüktür.

- Hastanedeki hizmetler kurumdan çok, mesleğine bağlı kişiler tarafından yürütülmektedir.
- Hizmetin tam tanımını ve ölçümünü yapmak zordur.
- Hizmetin yürütülmesi açısından, hekimler ve diğer görevliler üzerinde olması gereken örgütsel denetim mekanizması ya bulunmamaktadır ya da çok zayıf olmaktadır.
- Hastanede yapılan işler çok değişken, karmaşık, aşırı uzmanlaşmış, karşılıklı bağımlı ve ileri düzeyde koordinasyon gerektiren niteliktedir.
- Hastaneler organik yapıda kuruluşlardır. İkili yetki kanallarının varlığı rol belirsizliğine, rol çatışmasına, koordinasyon sorunlarına ve sorumluluk alanlarının karışmasına neden olmaktadır.
- Hastanelerde çok sayıda, farklı mesleklerden görevlilerin hizmet veriyor olması nedeniyle anlaşmazlıkların olma olasılığı çok yüksektir. Ancak sunulan hizmetlerin birbirlerine olan bağımlılığı söz konusu olduğundan böyle bir anlaşmazlığın ortaya çıkması kalitenin düşmesine ve gereksiz gecikmelere neden olmaktadır.
- İnsan yaşamının korunması ve iyileştirilmesi temel amaç olduğundan bir anlaşmazlık durumunda rasyonel yönetim ilkelerinden vazgeçilebilmektedir.
- Hastanenin dış çevresini oluşturan politik, yasal ve finansal kurumlarla ilişkileri çok karmaşık niteliktedir”(29).

4.2.3. Hastanelerin sınıflandırılması

Tedavi edici hizmetler kavramı ile tanımlanan hizmet birimleri hastanelerdir. Dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de tedavi edici sağlık hizmetleri hastane merkezli ve hekim odaklı olarak sunulan hizmetlerdir. Bu hastaneler çok çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir;

✓ Halk Kullanımına Açık

- Topluma açık olan; halka açık tüm kısa süreli genel ve diğer özel hastaneleri kapsar.

- Toplumun geneline açık olmayan: Uzun süreli hastaneler, kurumların hastane birimleri (hapishane, yüksek öğretim), psikiyatrik hastaneler, tüberküloz, kronik hastalık hastaneleri, zihinsel özürlü kurumları, alkol ve kimyasal madde bağımlısı hastaneleri,

- ✓ Mülkiyet; kamu, özel, azınlık, vakıf, dernek.

- Devlet mülkü
- Devlet mülkü olmayan, kar amaçsız
- Yatırımcı mülkiyet, kar amaçlı

- ✓ Kalış Süresi

- Kısa süreli bakım hastaneleri
- Uzun süreli bakım hastaneleri: Genellikle 30 günden fazla

- ✓ Yatak Sayısı

- 6 - 24; 25 - 49; 50 - 99; 100 - 199; 200 - 299; 300 - 399; 400 - 499; 500 adet

Genellikle bu sınıflandırma diğerleri ile birleştirilir. Örneğin: Bölgesel, eğitim veren hastaneler ve diğerleri...

- ✓ Eğitim Verme

- Eğitim veren

Üniversite

Uzmanlık programı, tam zamanlı / yarı zamanlı

- Eğitim vermeyen

- ✓ Dikey Entegrasyon

- Birinci basamak; Poliklinik servisi temelli hizmet sunar

- İkinci basamak; Genel bölümlerle belirli bir süreyle hasta kabul eder. Genel akut bakım hastaneleri poliklinik hizmetleri ile bu kategoriye dahildirler.

-Üçüncü basamak; oldukça uzmanlaşmış hizmetler sunar. Üniversite hastaneleri, uzmanlık hastaneleri (rehabilitasyon merkezleri veya yanık hastaneleri gibi hastaneler bu kategoriye dahildirler

- ✓ Akreditasyon (77).
- ✓ Hizmet Türü: Kalp damar, çocuk, ruh sağlığı, göğüs hastalıkları, lepra v.b şeklinde sınıflanan bu hastanelerin 2015 yılı için Türkiye'deki dağılımı Tablo 4.2.3 de verilmiştir (74).

Tablo 4.2.3.1: Sağlık bakanlığı hastanelerinin dallara göre dağılımı

KURUM TÜRÜ	KURUM SAYISI	YATAK SAYISI
Genel Hastane	508	92.098
Sağlık Bakanlığı-Üniversite Ortak Hastanesi	19	9806
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	25	6188
Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi	8	3981
Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi	14	3720
Entegre İlçe Hastanesi	267	3455
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	12	1754
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5	1762
Onkoloji Hastanesi	2	830
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	1	465
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Göz Hastanesi	2	185
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	156
Diş Hastanesi	14	106
Spastik Çocuklar Hst.ve Rehabili.Mrk.	1	54
Lepra Hastanesi	1	34
Toplam	884	125.030

Sektörlere Göre Dağılımı; 2015 yılı için kurum ve yatak dağılımı Tablo 4.2.3.2 de belirtilmiştir (73)

Tablo 4.2.3.1: Hastanelerin sektörlere göre dağılımı

KURUM TÜRÜ	KURUM SAYISI	YATAK SAYISI
Tkhk	707	123.242
Thsk	177	1788
SB Toplam	874	125.030
Üniversite	70	36.867
Özel	560	44.260
Toplam	1514	206.157

4.3. SAĞLIK BAKANLIĞI VE TEŞKİLAT YAPISI

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin planlanması, organizasyonu ve denetlenmesi Sağlık Bakanlığı’na aittir. Bakanlığın başlıca görevleri:

- ✓ Strateji ve politika belirleme,
- ✓ İşbirliği yapma,
- ✓ İzleme, değerlendirme ve denetleme,
- ✓ Afet yönetimi,
- ✓ Eşit hizmet sunumu,
- ✓ İnsan kaynağı yönetimi,
- ✓ Sağlıkla ilgili tedbir alma,
- ✓ Sağlıkla ilgili malzeme tedarik, fiyatlandırma, dağıtım süreçlerini yönetme,
- ✓ Halk sağlığı hizmetleri,
- ✓ Tanı tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri,
- ✓ Sağlık risklerinin önlenmesi,
- ✓ Tıbbi ilaç ve malzeme denetimi,

- ✓ İnsan kaynağı ve hizmet sunumunun adil dağılımının sağlanması,
- ✓ Özel sağlık hizmetlerinin yönetimi,

Merkez teşkilatı, Bağlı Kuruluşlar ve Taşra Teşkilatından oluşan Sağlık Bakanlığı, yönetim ağacında Sağlık Bakanı, Müsteşar ve Müsteşar Yardımcıları, Birim Müdürleri ve Müdürlüklerini bulundurmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Hizmet Birimleri:

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Denetim Hizmetleri Başkanlığı
- İç Denetim Birimi Başkanlığı
- Strateji Geliştirme Başkanlığı
- Hukuk Müşavirliği
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
- Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
- Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü
- Proje Yönetimi Destek Birimi

4.3.1. Türkiye kamu hastaneleri kurumu

İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri'ni vermek üzere sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlayan kurum; ağız ve diş sağlığı merkezleri, semt poliklinikleri, hastaneler, diş hastaneleri, Amatem gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezlerini bünyesinde bulundurmaktadır. Birliğe bağlı hastaneler altı aylık veya yıllık periyodlarla, tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri açısından değerlendirilerek yukarıdan aşağıya doğru A-B-C-D ve E şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir. Bu ortalamalarda şu nitelikler yer alır;

- Hizmet kalite standardı (yoğun bakım, ameliyathane, tedavi ve poliklinik alanları),
- Hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği (enfeksiyon kontrolü, tesis yönetimi, hasta hakları ve güvenliği),
- Hastane hizmet dilim endeksi (elektronik raporlama hizmet standartları, hizmet çeşitliliği, reçete kontrolü),
- Kapasite (yatak sayısı, kapalı alan, doktor ve hemşire sayısı),
- Çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar (çalışanların sosyal hakları ve sigorta primleri),

Türkiye genelinde 89 Kamu Hastaneleri Birliği, İstanbul genelinde 6 tane İstanbul Anadolu Kuzey K.H.B, İstanbul Anadolu Güney K.H.B, İstanbul Bakırköy K.H.B, İstanbul Çekmece K.H.B, İstanbul Beyoğlu K.H.B, İstanbul Fatih K.H.B mevcuttur. Bu kurumlarda toplam 72 sağlık tesisi hizmet vermekte, bunların 54 tanesi hastane olup 18 tanesi ağız-diş sağlığı merkezidir.

4.3.2. Yataklı tedavi hizmeti

Yataklı Tedavi Kurumları; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan

kurumlar olarak tanımlanırken Ulusal mevzuatımızın Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) beşinci maddesinde hastaneleri işlevlerine göre beş ayrı grupta sınıflandırmıştır:

İlçe/belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

Gün hastanesi: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

Genel hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır (111).

Yataklı tedavi hizmetleri, sağlık dışında yemek ve yatak hizmeti veren hastaneler, sağlık merkezleri ve rehabilitasyon merkezleridir. Bunlardan en yaygını ve bilineni hastanelerdir. Ayrıca rehabilitasyon merkezleri, fizyoterapist, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı gibi çeşitli uzmanlar ile çalışma gücünü kaybeden kişilerin kendi kendilerine yeter hale gelmelerine yardımcı olan yataklı tedavi merkezleridir (114).

Türkiye'nin hastane yatak sayıları ve kullanım durumu Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında kullanılabilir yatak sayılarına göre Türkiye'de 100.000 kişi başına yaklaşık 266 yatak düşmektedir. Avrupa Birliği üye ülkeleri ortalaması ise 534'tür. Türkiye bu alanda AB ve OECD ülkeleri arasında son sıralarda yer almaktadır. Tedavi yatağı sayılarına göre ise Türkiye'de 100.000 kişi başına yaklaşık 257 yatak düşmektedir. Türkiye bu alanda İrlanda, İsveç, Birleşik Krallık, Kanada, Şili ve Meksika gibi ülkelere daha yüksek değerlere sahiptir. Psikiyatri yatağı sayılarına

göre Türkiye’de 100.000 kişi başına yaklaşık 6,1 yatak düşmektedir. Avrupa Birliği üye ülkeleri ortalaması 72.9, OECD ülkeleri ortalaması 66’dır (79).

2016 yılı ilk altı aylık raporlara göre yatan hasta sayısı Sağlık Bakanlığı: 3.906.337 (%55), Özel: 2.119.710 (%30) ve Üniversite: 1.095.957 (%15) olarak bildirmiştir.(74).

4.4. SAĞLIK HAKKI

4.4.1. Sağlık hakkı ve devletin sağlık hakkından doğan yükümlülükleri

Sağlık hakkı; bireyin ruhsal ve fiziksel açıdan sağlığının korunması, hastalık halinde iyileşmesini isteme hakkıdır (80). 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25.maddesine göre;

“1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçimsizlik durumunda güvenlik hakkına sahiptir. 2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar” diyerek sağlık hakkına yer vermiştir (41).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin bir devamı niteliğinde olan ve devletlerin kabul ve imzasıyla o ülkeye ait bir “ulusal iç hukuk kuralı” haline gelmiş bulunan “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi”nin 12. maddesine göre sağlık standardı hakkı:

1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanırlar.

2. Bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağıdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir:

- a) Varolan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması,
- b) Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme,
- c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü,

d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması.

Görüleceği üzere bu düzenleme ile sağlık hakkı başlı başına bir hak olarak açıkça tanımlanmıştır (27).

1982 Anayasası'nın 17. maddesinde; "Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz" (96).

1982 Anayasası'nın 56. maddesi de "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanun ile genel sağlık sigortası kurulabilir." Buna göre tüm yurttaşların yaşama hakları devlet güvencesi ve yükümlülüğü kapsamı içinde koruma altındadır (96).

Dolayısıyla "sağlık hakkı"; Sağlıklı olma hakkı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal haktır. Bu yönüyle kamuya ya da anayasada geçen biçimiyle devlete belli yükümlülükler öngörür. Devlet bu görevleri, altına imza attığı "Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi"nin de bir gereği olarak yerine getirmek ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli tedbirleri almalı, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak durumundadır (100).

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası ve 1978 Alma-Ata Bildirgesi, sağlığı "yalnızca hasta ya da sakat olmama değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyi olma hali" olarak tanımlamaktadır (120). Türk Hukuku'nda 2003 tarihinde yürürlüğe girmiş bulunan Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara ilişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin (ESKHS), sağlık hakkı yorumunda, WHO'nun sağlık tanımlarını temel aldığı görülmekte ve devletin sağlık hakkından doğan üç ödevi saygı, koruma,

gereğini yerine getirme olarak tanımlanmıştır. Önleyici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ve ilaç gibi tamamlayıcı hizmet alanlarını içeren kapsamlı bir sağlık politikasının uygulanması; gıda, su ve temel hijyen gibi insan sağlığı için zorunlu koşullara erişimin sağlanması ve bu gibi amaçları temin etmeye yönelik mevzuatın geliştirilmesi gibi ödevler gereğini yerine getirme kapsamına girerken, kişilerin sağlığa zararlı sosyal ya da geleneksel uygulamalara zorlanmalarını engelleme, sağlık hizmetlerine eşit erişimi engelleyici ayrımcı fiillerle mücadele etme, tıbbi personelin gerekli eğitim, tecrübe ve etik davranış kurallarına sahip olmasını sağlama ya da özelleştirme uygulamalarının kişilerin sağlık hizmetini erişimini engelleyici ya da kısıtlayıcı sonuçlar ortaya çıkarmasını engelleme ödevleri koruma ödevi kapsamına girip, saygı kapsamında da devletin sağlık hakkından faydalanılmasına doğrudan veya dolaylı yoldan müdahale etmemesini gerektirir (91).

4.5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMIYLA HEDEFLENEN CEVAP VEREBİLİRLİK İLKESİ

2003 yılında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde, organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması, diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları iyileştirmek, sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikleri ortadan kaldırmak, düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirlik sorunların çözmek amacıyla başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye’de sağlık alanında büyük değişimlere imza atılmıştır. Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı anlayışını oturtmak, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası oluşturmak, yaygın erişim kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemini meydana çıkarmak, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hizmetlerini canlandırmak, etkili kademeli bir sevk zinciri oluşturmak, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri oluşturmak, bilgi ve beceri ile donanımlı, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü geliştirmek ve istihdam etmek, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları kurmak, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon çalışmalarına önem vermek ve akılcı ilaç ve malzeme yönetimini sağlık sistemine entegre etmek gibi hedefleri içinde barındıran dönüşüm programı ile yaklaşık 14 yıl içerisinde ülkemizde sağlık alanında önemli yol kat edilmiştir (123).

Sağlık sistemimizin geldiği noktayı daha iyi anlamak için sağlık sistemi performans değerlendirmelerine göz atmak gerekir.

Sağlık sistemleri performans değerlendirmesi için WHO şu basit soruyu ele alarak başlar: Sağlık sistemleri ne için var? Bu sorunun açık cevabı, halkın sağlığını iyileştirmek ve korumak içindir. Böylece, sağlık, sağlık sistemlerinin belirleyici amacıdır. Bununla birlikte, soruna eşit derecede ilgi uyandıran bir diğer cevap, sağlık sisteminin hizmet ettikleri kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için vardır, cevabıdır. Bu ihtiyaçları karşılamak, WHO'nun sağlık sistemi performans hedefidir. Üç asıl hedef şunlardır:

- Sağlık-Halk sağlığını iyileştirmek ve korumak için,
- Adil finansman ve finansal risk koruması - Hane halkının yoksullaşmamasını ya da gerekli sağlık hizmetlerini elde etmede gelirlerinin aşırı payını ödememesini sağlamak,
- Cevap verebilirlik-Sağlık sisteminin sağlıkla ilgili olmayan boyutları için nüfusun meşru beklentilerine cevap vermesini sağlamak (54).

Cevap verebilirlik, diğer iki hedeften farklı olarak şu değerlere sahiptir:

- Diğer hedefleri etkilemeksizin yükseltilebilir. En azından kısmen diğer hedeflerden bağımsızdır.
- Diğer hedefler etkilenmese bile, cevap verebilirliğin iyileştirilmesinde başlı başına bir değer vardır. Çünkü kişinin iyilik halinin geliştirilmesi sağlık sisteminin önemli bir hedefidir (24).

Aynı şekilde OECD ve Dünya Bankası'nın yaptığı sağlık sistemi değerlendirmelerinde aynı hedefler doğrultusunda ülke sağlık sistemi performansını ölçümlemişlerdir. T.C Sağlık Bakanlığı'nın talebi üzerine gerçekleştirilmiş ve Bakanlığın sağlamış olduğu finans hibesiyle desteklenmiş OECD ve Dünya Bankası tarafından OECD Sağlık Projesi (2001-2004) kapsamında geliştirilen analitik çerçeve kılavuzluğunda Türk Sağlık Sistemi; erişim ve hakkaniyet, sağlığın iyileştirilmesi, kullanıcılara cevap verebilirlik, paranın karşılığı ve mali sürdürülebilirlik olarak özetlenebilecek temel sağlık politikası hedefleri bakımından değerlendirilmiştir (60).

Sağlık göstergeleri ve finansal hakkaniyet konularında yapılan pek çok çalışma ve istatistiksel sonuçlara nazaran cevap verebilirlik üzerine ne yazık ki ülkemizde veya bizimle diğer ülkeler arasında hasta deneyimlerini standart araçlar kullanarak kıyaslayan çok az veri mevcuttur. Örneğin SB'nin 2004'te yayımladığı bir çalışmada bildirdiği

hasta deneyim verilerine göre, muayene için bekleme süresi ilçe polikliniklerinde 47.5 dakika; hastanelerin ayakta tedavi birimlerinde ise 118 dakika olarak belirtmiştir. Muayene süresi ise sırasıyla 6.3 ve 7.2 dakika iken 2004'te Performans Yönetim Sistemi'nin getirilmesi ile birlikte sağlık ocakları ve hastanelerde bekleme sürelerinin düştüğü bildirilmiştir (60). Hasta deneyimi ölçümlerinin yerine kişisel memnuniyet ya da beklenti ölçümleri daha çok yapılmıştır ancak, memnuniyet ve beklentilerin bildirilmesi göreceli olarak taraflıyken; deneyimlerin bildirilmesinin nispeten tarafsız olabilmesi ve memnuniyetin beklentilere de bağlı olabileceği düşüncesiyle hasta deneyimlerinden elde edilecek verilerin anlamlılığı ve sağlık sistemindeki aksaklıkları bularak sağlık politikacılarına yön belirletme gücü yüksek olacaktır (60).

Türkiye'de ve dünya da, sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik ile ilgili çalışmalar yeterli düzeyde değildir. İlgili literatür incelendiğinde 2000 yılında WHO' nun Sağlık Sistemlerinde Cevap Verebilirlik ile ilgili konu çerçevesini geliştirdiği ve ilk çalışmalarını yaptığı gözlemlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 2000-2001 yılları arasında sağlık sistemlerinin performansını karşılıklı olarak değerlendirebilmek ulusal sağlık sistemlerinin bireylerin sağlık beklentilerine cevap verme hedeflerine nasıl ulaştığını, sistemlerin hastaların ihtiyaçlarına ne kadar iyi cevap verdiğini anlamak üzere bir dizi uluslararası uzmanla yaptıkları toplantılar neticesinde 2001 yılında cevap verebilirliğin sekiz anahtar bileşenlerini belirlemişlerdir (35). WHO Multi-country Survey Study on Health and Health System's Responsiveness (MCSS) anketini geliştirerek 65 ülkeye bu anketler uygulanmıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu bu çalışmada da, 1999 yılında anketin kısa formu için 5.000 kişiden oluşan bir örneklem belirlenmiş, İstanbul, Bursa, Adana, Diyarbakır, Samsun illeri seçilmiş ve hane halkı ve bireysel bilgiler Panajan ve yüksek seçim komitesinde korunmuştur. Uzun form içinde İstanbul, Antalya, Manisa, Trabzon, Yozgat, Adıyaman aynı örneklem büyüklüğüyle seçilmiş ve % 90 geri dönüş sağlanmıştır (101).

4.6. Sağlık sisteminde cevap verebilirlik

Cevap verebilirlik, sağlık sisteminin, sağlıkla ilgili olmayan yönleri için nüfusun meşru beklentilerini ne kadar iyi karşıladığı olarak tanımlanmaktadır (24).

Geniş anlamda, bireylerin muamele görme biçimi ve tedavi edildiği ortam olarak tanımlanabilir ve bir bireyin sağlık sistemi ile temas kurma kavramını da kapsar (105). Son yıllarda cevap verebilirlik kavramı, sağlık sistemlerinin performansını değerlendirme yöntemlerinde biri olarak tanıtılmıştır.

4.6.1. Cevap verebilirlik ve hasta memnuniyeti arasındaki fark

Cevap verebilirlik, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesinden farklı olmakla birlikte birçok örtüşen yön vardır. Üç ana farklılık vurgulanabilir:

Kapsam: Hasta memnuniyeti, spesifik sağlık hizmetlerinde klinik etkileşime odaklanırken, cevap verebilirlik sağlık sistemini bir bütün olarak değerlendirir;

Hedef: Hasta memnuniyeti genel olarak hem tıbbi hem de tıbbi olmayan yönlerini kapsarken, cevap verebilirlik sadece sağlık sisteminin tıbbi olmayan yönlerine odaklanır;

Gerekçe: Hasta memnuniyeti, algılanan ihtiyaç, bireysel olarak belirlenen beklentiler ve bakım deneyiminden oluşan karmaşık bir yapıyı temsil eder.

Cevap verebilirlik, bireyin sağlık sistemi hakkındaki algılarını ‘meşru’ evrensel beklentilere karşı değerlendirir.

Özellikle, cevap verebilirlik, kişilerin memnuniyetlerini değerlendirmek yerine sağlık sistemlerini belirlenmiş standartlara göre değerlendirmelerini sağlamaya yöneliktir (25).

Cevap verebilirlik ile ilgili daha önceleri hiç bir çalışma bulunmadığından, hasta memnuniyeti anketi büyük oranda kullanılmıştır. Hasta memnuniyeti anketlerine bazı eleştiriler şu şekilde getirilmiştir:

- ✓ Memnun kalanların cevap verme olasılıkları daha yüksek olabilir.
- ✓ Memnun kalmayanların anket doldurma olasılığı memnun kalanlara oranla daha yüksek olabilir.
- ✓ Bireylerin genellikle memnuniyetsizliklerini belirtmekten çekindikleri için onay yanlılığı olabilir.
- ✓ Sosyal isteklilik eğilimi, hastaların gerçekte hissettiklerinden daha fazla memnuniyet bildiriminde bulunması.
- ✓ Olumsuz deneyimler daha kolay hatırlanacağı için, göz önüne alınması gereken zaman periyodu yanıtı etkileyebilir.

- ✓ Daha umumi sorular kullanarak “bakım” derecelendirirken olumlu bir önyargı olabilir.
- ✓ Bilişsel tutarlılık teorisi, hastaların tedavi edildikleri zamanı ve çabayı haklı kılmanın bir yolu olarak memnun olduklarını bildirme ihtimali olduğunu göstermektedir.
- ✓ Gelecekte olumsuz muamele korkusu olumlu tepkiler vermesine yol açabilir.
- ✓ Hizmet sunumunu teşvik edeceğini düşünerek memnuniyet ifade edebilirler.
- ✓ Hawthorne etkisi, veri toplama sürecinde bireye gösterilen dikkatin ve araştırma yapanın hastanın memnuniyet seviyesiyle ilgili belirgin endişesinin, hizmetlerin olumlu bir şekilde algılanmasına ve dolayısıyla olumlu bir değerlendirmeye neden olacağını önermektedir.
- ✓ Hastalar sorunun artık geçmiş olduğunu veya düzeltilmeyeceğini veya önemsiz veya çözülmeyecek kadar büyük olduğunu düşünürse, memnuniyetsizlik ifade edilemez.
- ✓ Anketi yapan ya da yapılanlara göre farklılıklar olabilir.
- ✓ Uzun anket çalışmalarına katılanların, bir sorunun olumlu ya da olumsuz olarak yanıtlanmasının genellikle daha fazla soruya neden olduğunu düşünerek, memnuniyet cevaplarını belirlemeleri (25).

Cevap verebilirlik, sağlık sisteminin işleyişi ile ilgili memnuniyetten daha anlamlı, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir. Memnuniyet ölçümleri beklentiler tarafından etkilenir. Performans değerlendirmesi, beklentiler yerine gerçek deneyimleri yansıtır. Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık sistemlerini hasta memnuniyeti ölçümlerinin ötesine geçmeye ve memnuniyet araştırmalarındaki beklentilerin yerine insanların sağlık sistemleri ile olan gerçek deneyimlerini ölçmeye yönlendirmektedir (99). Hastalardan elde edinilen bilgi birikimiyle sistemin performansını değerlendirmek mümkün olacaktır (1).

70’li yıllardan bu yana hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerini değerlendirmede bir ölçüt olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda hasta memnuniyetinin hastaların konu ile ilişkili bir dizi çok önemli karmaşık inanç ve davranışlarının olması nedeni ile bir ölçüt olarak kullanılmasının yeterli ve doğru olmadığı belirlenmiştir (103).

Sağlık kurumu için performans değerlendirmeye odaklanıldığında ön plana çıkan boyutların mali/finansal performans ile kalite performansı olduğu görülmektedir. Mali/finansal performans boyutu finansal durum ve sürdürülebilirlik hakkında bilgiler sunarken, kalite performansı sağlık alanına özel olarak sağlık hizmeti sunumunun yapı, süreç ve sonuçlar açısından kapsamlı olarak değerlendirilmesini içermektedir. Kalite performansı içerisinde örgütsel süreçler, müşteri memnuniyeti, algılanan hizmet kalitesi gibi sağlık hizmetlerinin subjektif olarak değerlendirilmesinde ön plana çıkan başlıklar da dahil edilmektedir (10) ancak bu yukarı saydığımız nedenlerle genel çerçevesi çizilmiş ve tanımlanmış konular memnuniyet anketlerinde tam olarak görülmemektedir.

Ancak yapılan pek çok memnuniyet çalışması ile şu ana kadar sistemin ve işleyişin değerlendirmesi hakkında bize pek çok bilgi sunulmuş, 2001-2006 yılları arasında uygulamaya başlayan TKY sisteminin getirdiği yeniliklerle memnuniyetlerin önemli oranda artışlar yaşandığı tespit edilmiştir (22). Kamuya bağlı hastanelerde, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi doğrultusunda yatan hasta memnuniyet anketlerinin istisnai durumlar dışında her ay düzenli olarak, hasta taburcu edildiği gün 0-200 yataklı hastanelerde asgari 15 kişiye anket uygulaması, 201-500 yataklı hastanelerde asgari 20 ve 501 ve üzeri yatak sayısına sahip hastanelerde 25 kişiye uygulanmaktadır. Kalite yönetim birimi tarafından uygulanıp takibi yapılan anketlerin verileri istatistiksel analiz programları aracılığıyla değerlendirmekte elde edilen bulgular doğrultusunda mevcut sorun alanlarını belirlemek, elde edilen sonuçlara göre tespit edilecek olumsuz durumu iyileştirici düzenlemeleri yönetime önermek ve verileri “Kurumsal Kalite Sistemi”ne aktarmak mümkün olmaktadır (121).

4.6.2. Cevap verebilirliğin öğeleri

4.6.2.1. Otonomi

Otonomi, kişinin kendi sağlığı ile ilgili alınan bakım veya tedavi kararlarına katılmasını ifade eder. Sağlık sisteminde cevap verebilirliğin unsurlarından olan otonomi şu hakları bünyesinde bulundurur:

- Bir kişinin hastalığı ve alternatif tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olması hakkı (bu bilinçli seçimi kolaylaştırmaktadır),
- Tedavi hakkında danışma hakkı,

- Aydınlatılmış onam,
- Akıl sahibi hastaların tedaviyi reddetme hakkı.

Sağlık hizmeti sunucusu, asimetrik bilgiler nedeniyle daha kolay kararlar verebilir, ancak böyle bir ilişki içerisinde özerklikten söz edilemez. Hastanın, karar verme yetkisine sahip olmadığı durumlarda, temsilcilerine kendi adına karar verme hakkı verilmelidir. Sağlık hizmetleri alan bireyler sıklıkla tavsiye isterler ve bu nedenle uzman bir karardan gelen güven için isteyerek özerkliklerini feda ederler (25, 99).

4.6.2.2. Gizlilik

Hastaya ve hastalığına ilişkin bilgiler, hastanın önceden izni olmaksızın, belirli bağlamlar haricinde, kişisel bilgilerin gizli tutulmasıdır. Hastalarla mahremiyetlerini koruyacak şekilde istişarelerde bulunmak, hastanın sağladığı bilgilerin gizliliğini korumayı kapsar. Gelişmiş ülkelerde son zamanlarda yapılan birçok tartışma, sağlık kayıtlarının elektronik veritabanlarında saklanmasını ve bu bilgilere erişim hakkını içermektedir. Özellikle özel sigortacılık bağlamında, tıbbi bilgilerin gizliliği, genetik bilgi veri tabanları, çekişmenin diğer bir ilgili alanıdır. Yelpazenin diğer ucunda, gelişmekte olan ülkelerde, halen hastane ayarlarında uygulanan bir uygulama olan hasta bilgilerinin yatak başında sabit tutulup tutulmayacağına ilişkin tartışmalar devam etmektedir (25).

4.6.2.3. Zamanında ilgi

Genel olarak bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği ve hizmet sunumu sırasındaki bekleme sürelerini kapsayan bu cevap verebilirlik ilkesi üç özelliğinden oluşacak şekilde tanımlanmıştır:

- Hastalar acil durumlarda hızlı bakım hakkına sahip olmalı,
- Acil olmayan sağlık sorunları veya ameliyat kararı alınan hastalar makul zaman aralıklarında tedavi olma hakkına sahip olmalı ve böylece bekleme listeleri uzun süreleri kapsamamalı,
- Sağlık hizmeti sunucularına herhangi bir sağlık sorunu ile başvuran hastalar, danışma, test, tetkik ve tedavi için uzun süre beklemek zorunda kalmamalıdır.

Zamanında İlginin başarılması genellikle sınırlı bir kaynak tablonun dayattığı kısıtlamalara tabidir. Coğrafya'ya erişilebilirlik, sağlık kuruluşuna mesafe, ulaşım olanaklarının ve arazinin mevcudiyetini dikkate alarak hızlı bir şekilde erişebilme yeteneği, belirsizliği ve gerginliği azalttığı için bireylerin refahına doğrudan katkıda bulunan önemli bir noktadır. Zamanında ilgi kapsamında sağlığa yapılan hızlı müdahalenin tıbbi öneminin haricinde insanların zaman ve duygularına saygı gösterilmiş olması ile iyi olma halini etkileyen önemli bir kavramdır (25, 99).

Acil durumlarda hızlı bir şekilde tedaviye erişime ek olarak bir sağlık kuruluşuna ulaşma, randevu alma, ağrı hafifletmek için ilaç alımı ve test sonuçları ve gecikmesiz teşhisin konulması gib özellikleri de kapsamaktadır (107).

Bu boyut sadece kişisel tıbbi hizmetlere zamanında erişim ile sınırlı değildir. Aynı zamanda sağlıkla ilgili idari işlemler açısından hızlı bir dikkat eksikliği de insanların refahını etkileyebilir. Örneğin, sigorta taleplerini çözmede ya da doğum ve ölüm belgelerinin verilmesinde gecikmeler bir endişe kaynağı yaratarak kişisel refahı etkileyebilir. Kişisel olmayan hizmetler bağlamında da önemlidir. Halk sağlığı sorunlarının, özellikle salgın hastalıkların ortaya çıkması gibi alanlarda hızlı bir şekilde iletilmesi gerekmektedir. Hastalıklardan kaçınmak için alınabilecek önlem tedbirlerine ilişkin bilgiler hane halkı tarafından kolay erişilebilir olmalıdır. Sağlık eğitim mesajları da zamanında sağlanmalıdır.

Literatür çalışmaları incelendiğinde, hastaların hizmet alımı için bekleme süreleri ile memnuniyet düzeyi arasında yapılan çalışmalar mevcuttur. Afyon'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde 1227 hastayla yapılan bir çalışmada başvuru kayıt ve muayene işlemleri için bekleme süresinin kısa olmasının hasta memnuniyetini etkilediği tespit edilmiştir (86). Singapur'da, iki yıllık bir süre zarfında Aile Sağlık Hizmeti'ne gelen şikâyet vakaları incelenmiş, ilk beş şikâyet alanı arasında aşırı bekleme süresinin olduğunu tespit edilmiştir (47). Çalışma, bu durumun yetersiz personelle ilişkili olmasına rağmen, iş akışlarının geliştirilmesiyle bekleme sürelerinin azaltılabileceğini öne sürmüştür. Farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (104). Acil olmayan ameliyatlara için makul olmayan bekleme listelerinin varlığı 2001'de İngiltere'de büyük bir siyasi konu haline gelmiş ve cerrahi için bekleme oranı için dört ay veya daha fazla bir süre için %38, ABD'de ise %5 olarak bulunmuştur (16). Zamanında İlginin başarılı bir şekilde yerine getirilmesi iki faktörle sınırlandırılabilir. Bunlar personel gücünün yeterliliği ve iş akışının düzenlenerek etkin bir çalışma mekanizmasının sağlanmasıdır. Ayrıca coğrafi erişilebilirlik, acil durumlarda sağlık hizmetlerine hızlı bir şekilde erişmenin mümkün olmasını sağladığı için önemlidir.

Sağlık hizmetleri sunmak için mobil kliniklerin kullanılması daha uzaktaki kırsal topluluklar için daha çabuk dikkat vermek için bir yol olabilir. Sağlık Bakanlığı'nın Gezici Sağlık Araçları ve Mobil Üniteler genelgesi kapsamında yürütülen çalışmalar sonucunda sağlık hizmetlerinin ülke genelinde erişilebilirliğinin artırılması ve birinci basamak sağlık hizmetleri olarak tanımlanan uygulamalara aile hekimliği ve evde bakım hizmetleri de dâhil edilerek koruyucu sağlık hizmetleri daha ulaşılabilir hale getirilmiştir (75).

Türkiye'nin 2013-2017 Stratejik Planı'nda, zamanında etkili ve verimli bir şekilde ihtiyaca cevap verebilme stratejik hedefler arasında yer almaktadır (44).

4.6.2.4. Konfor

Bu ilke, fiziki altyapı ve elverişli bakım ortamının sağlanmasıyla ilgilidir. Konfor şu konuları kapsar;

- Temiz çevre,
- Hastane binalarının bakım ve temizliği için düzenli prosedürler,
- Yeterli mobilya,
- Yeterli havalandırma,
- Temiz su,
- Temiz tuvaletler,
- Temiz çamaşırlar,
- Sağlıklı ve yenilebilir gıda,

Konfor'a bazen "otel hizmetleri" de denilmektedir. Hizmet sunulan her alanda konforun kapsanmasını gerektiren otel hizmetleri kavramı, ilaç, tıbbi test ile tıbbi teçhizat ve tıbbi bakım sağlanması konularını da içinde barındırmayı gerektirecektir ancak bu yönler cevap verebilirlik kapsamında dikkate alınmamaktadır. Konfor, ister yatarak, ister ayaktan olsun, ister koruyucu, tedavi edici veya rehabilitasyon ile ilgili

hizmet sunumunda, sağlık kuruluşlarıyla bağlantılıdır. Toplu alanların temizlenmesi, böcek ve her türlü haşerenin püskürtülmesi gibi tedbirler konfor kapsamında göz önüne alınması gereken ayrıca bazı faaliyetlerdir (25).

4.6.2.5. Sosyal destek

Bireyin hastane sürecinde sosyal destek ağlarına erişmesi, hasta refahına katkı sağlayan en iyi hizmetlerden olarak düşünölmektedir. Bazı durumlarda, sağlık kuruluşlarının bir ölkede eşit olarak dağıtılmadığı gerçeği, hastalara her zamanki çevrelerinden uzak yerlerdeki sağlık kuruluşlarına tedavi için gitmeleri ve bu durumun onları aile, arkadaşlar ve toplum gibi sosyal destekten mahrum bırakmasına neden olmaktadır.

Bu cevap verebilirlik ilkesi, yatarak tedavi gören sağlık hizmetlerinin sağlanması şunları kapsar:

- Akrabalar ve arkadaşlar tarafından yapılan düzenli ziyaretler,
- Hastane tarafından sağlanmasa da, akrabalar ve arkadaşlar tarafından gıda ve diğer sarf malzemelerinin sağlanması,
- Hastane faaliyetlerine engel teşkil etmeyen veya diğer bireylerin duyarlılıklarını incitmeyen dini uygulamalar (25).

STK'ların ve toplum temelli organizasyonların hastaların bakımı iğerisine dâhil edilmesi de, özellikle hastaların aile desteğinin olmadığı yerlerde önem taşımaktadır.

Bazı durumlarda, bu gibi organizasyonlar sağlık bakım kurumu ile hastaların refah düzeyini arttırmak için etkileşime girebilirken diğer durumlarda hastalara odaklanıp yaşam kalitesini yükseltmeye yardımcı olurlar. Yeni bir çocuk koğuşunun kurulması, gazete veya boyama duvarları sağlanması gibi faaliyetler bunlara örnek verilebilir (25).

4.6.2.6. Seçim

Bakımı sağlayan kurum ve bireye ilişkin seçim sağlık sistemi kullanıcıları için önemlidir. Tedavi sağlayıcıları arasında seçim yapma olanağı, yanıt vermenin diğer yönleri karşılıdığından giderek daha da önem kazanmaktadır. Bakım sağlayıcısının

seçimini yapma maliyeti, insan kaynağı kısıtlı ülkeler için en ciddi seviyededir. Tedarikçi seçimi, gelişmekte olan ülkelerin ötesinde bir lüks olup olmadığı tartışmalıdır. Böyle bir bağlamda evrensel normların belirlenmesi zordur ve gerçekçi olabilmesi için bir ülkedeki eğitimli sağlık personeli sayısı gibi dışsal bir ölçütle bağlantılı olması gerekebilir. Birçok toplumda prosedür engelleri olabilir. Bunlar, sevk uygulamaları ve sigorta prosedürlerin de esnekliğin eksikliği veya sağlık birimlerinin kurulmasına yönelik yasal engelleri içermektedir.

Tercih edebilme ya da seçim yapabilme özelliği, seçimin kendisinin istenen bir sonuç olması nedeniyle kişinin yararını artırır. Özellikle bireyler, belirli kişi veya belirli bir cinsiyet, yaş grubu veya ırkla ilgili kişilerle ilgili tercihlere sahip olabilir. Kültürel etkenler ve duygusal bağlanma, özellikle üreme sağlığı hizmetleri kapsamında seçim yapabilirler. Bazı çalışmalar, kadın sağlayıcıların hastalara daha empati göstermeleri ve hastalarla daha fazla vakit geçirmeleri nedeniyle daha çok tercih edildiğini gösterirken diğer taraftan ise, geleneksel hiyerarşik inançların bir sonucu olarak hastaların erkek sağlık çalışanlarına daha fazla güven duyduğunu göstermektedir (25).

Bireyler, tekrarlayan şikâyetlerin de daha çok aynı sağlık uzmanına danışmaya çalışırlar. Her seferinde aynı kişiye danışma küçük rahatsızlıklarda bir rahatlama kaynağı olabilir. Dolayısıyla, bakım sağlayıcının seçimi, memnuniyetsizlik halinde farklı bir doktora danışmak kadar, istenirse aynı sağlayıcıya danışmanlık yapma seçeneğini de içerir. Bununla birlikte, hasta tercihleri farklılık gösterebilir. İsveç'te yapılan bir araştırmada, yaşlı hastaların aynı aile hekimi ni gitme istekleri genç ve eğitimli hastalara kıyasla daha fazla bulunmuştur (8). Hollanda da yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılanların % 59.6 sının, en iyi sağlık çalışanı veya hastaneyi seçme gibi bir düşüncelerinin olmadıkları bu kişilerin düşük sağlık okur yazarlığına sahip bireylerden oluştuğu bulunmuştur (67).

Seçim aynı zamanda bir kişinin ikinci bir görüş alma ve gerektiğinde farklı bir uzman bakımına erişebilmeyi de içerir. Seçim ayrıca doğrudan olmasada dolaylı olarak kalite ve sağlık çıktılarını etkileyebilir. Hastaların seçme özgürlüğü olduğunu bilen sağlık çalışanlarının, hastalara daha saygılı davranma ve en son gelişen güncel tedavi uygulamalarını takip etmelerine yol açabilir (105).

4.6.2.7. Saygılı tedavi

Bireyin hizmet sunucularla olan iletişimde ve tedavi sürecinde kendisine yapılan muamelelerde saygılı davranılması, mahremiyetine özen gösterilmesi konularını kapsar (25). Saygılı tedaviyle amaçlanan, saygılı, sevecen, ayrımcı olmayan bir ortamda bakım alma anlamına gelmektedir.

Saygılı Tedavi, iletişim, gizlilik ve zamanında ilgi cevap verebilirlik boyutları arasında yakın bir ilişki vardır. Sağlık çalışanlarının hastayla iletişim kurma şekli, ihtiyaçlarına çabuk cevap verme ve ortaya çıkan tıbbi bilgilerin gizliliğini bireysel onuru destekleyen bir şekilde korunması bütünlük arzeder. Tersine düşünüldüğünde bu durum, saygısızlık boyutunda bağırılma ya da azarlanma, etrafına emir verilmesi ve makul olmayan bir şekilde hastaların bekletilmesi şeklinde düşünülmelidir (105).

4.6.2.8. İletişim

İletişim, bilginin iletilmesinde ve anlaşılır olmasındaki netlik olarak tanımlanmaktadır. Cevap verebilirliğin bir alanı olarak iletişim, sağlık çalışanlarının hastaya ve ailesine hastalığın niteliğini, gerekli tedavi ve alternatif seçenekleri ayrıntılarıyla açıklama durumunu ve hastaların soru sormaları için yeterli zamana sahip olmalarını kapsar. Sağlıklı bir iletişimde, sağlık çalışanları hastanın kaygılarını dikkatle dinlemeli, semptomları ve tüm belirtileri, tedavisini ve etkilerini anlaşılabilir bir şekilde hastaya açıklamalı, hastanın takip soruları sormasına izin vermelidir. Böyle bir diyalogun sağlanması, sağlık çalışanları tarafından hastaya gösterilen saygı göstergesidir ve çift taraflı böyle bir iletişim hasta memnuniyetine katkıda bulunan önemli bir unsur olarak tanımlanmıştır (25).

Sağlık çalışanları ile hastalar arasında farklı iletişim türleri ortaya çıkabilir:

- Sosyal, probleme odaklı konuşma; fikir beyanı, tekrarlama, onaylama ve anlaşma içeren olumlu / ortaklık konuşması;
- Psikososyal sorun konuşması; Endişe, güvence, psikososyal sorular ve danışmanlık içeren;
- Anlaşmazlıklar.

Tıbbi sorular ve tıbbi bilgiler üzerinden yapılan konuşmalar olabilir. Hasta ile sağlanan uzun süreli iletişim ile hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu sıradan bir konuşmanın daha sıcak bir ortam yaratarak sonrasında daha net bir tıbbi bilgi değişimi için ortam sağladığı düşünülmektedir.

İletişim, hastanın soru sormasına ve bu sorulara tatminkâr cevap verebilmek için yeterli zaman oluşturulmasını kapsar. Sağlık çalışanı ile hasta arasında sürekli bir diyalogun sağlanması, iletişim için sosyal, psikolojik ve yapısal engellerin üstesinden gelmeye yardımcı olabilir. Aksaray ili Aile Sağlığı Merkezleri'nde tedavi gören 363 hastadan elde edilen veriler yapısal eşitlik modeli ile test edilmiş yapılan çalışma sonucunda iletişim, bağlılık ve güven boyutlarını kapsayan ilişki pazarlaması ile hasta memnuniyeti arasında ve hasta memnuniyeti ile sadakat arasında ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte, ilişki pazarlamasının sadakat üzerinde etkili olmadığı ancak hastalar ve sağlık personeli ile kurulan ilişkilerin hasta memnuniyetinde etkili olarak sadakati arttırdığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla iletişim kurma, doktorlar ve hastalar arasındaki bağları güçlendirmek ve hasta memnuniyetinin artırılarak bu bağların sürdürülmesi kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için önemli bir faktör olarak bulunmuştur (59).

İletişimi artırabilecek faktörler; tıbbi teknik olmayan sade dil kullanılması, gülümseme, baş ile tasdik edici vücut dilinin kullanılması, göz temasının ve uygun ses tonunun sağlanması sayılabilir. Ayrıca iletişimde anadilin kullanılması önemli olmakla birlikte, çok etnik kökeni barındıran toplumlarda bu sorun oluşturmakta ve tercümanların kullanılmasını gerekli kılmaktadır.

İletişim, sadece hasta ile sağlık çalışanı arasındaki klinik etkileşimler için değil, nüfus ve sağlık sistemi arasındaki her türlü temas için geçerlidir. Örneğin insanlar, hangi tür hizmetlerin edinebileceğini ve sağlık sigortası geri ödemeleri için gerekli herhangi bir belgenin nasıl doldurulacağını anlayabilmelidir. Diğer alanlarla olduğu gibi sağlık sisteminin her alanında iyi iletişimin kurulmasıyla insanların bilgi emme olasılığı daha yüksek olduğu için sağlık sonuçlarını iyileştirebilir bu nedenle iletişim, cevap verebilirliğini bir alanı olarak dâhil edilir (105).

4.6.3. Kısa hikayeler

Cevap verebilirlik sonuçlarının karşılaştırılmasındaki en büyük sorun, 'farklı ölçek kullanımı' veya 'davranış heterojenliği' olabilir (56). Davranış heterojenliği

yani değişikliği tesadüfi olabildiği gibi kültürel, sosyo-ekonomik durum, eğitim, sağlık sorunları, daha önce alınan sağlık hizmetleri, yaşı, gelir, etnik köken gibi farklı nedenlerle de olabilir (37). Sosyal statüsü düşük beklentisi az olan kişilerin kötü kalitede hizmet almalarına rağmen daha az tepki vermeleri veya kişinin sağlığa gösterdiği önem derecesinde ölçeye verdiği puanda bu duruma neden olabilir. Bu durum da sonuç itibariyle hem ülke içi hem ülkeler arası yapılacak karşılaştırmalarda ölçüm hatasına sebep olmaktadır. Bu oluşabilecek hatayı önlemek için katılımcıların kendi deneyimleriyle ilgili sorulardan ayrı bir soru grubu oluşturularak verilen cevaplara dayalı olarak hesaplanan yeni bir raporlama yapılmakta buna da Kısa hikaye (Vignette) soruları denilmektedir. Performans veya değerlendirme soruları, kullanıcılara kendi deneyimleri sırasında sağlık sistemlerinin cevap verebilirlik durumlarını nasıl değerlendirdiklerini sorarken, kısa hikayeler, üçüncü bir kişinin yaşadığı varsayımsal sağlık durumlarını değerlendirmelerini istemektedir. Kısa hikaye soruları hasta deneyimi sorularıyla aynı yanıt skalasını kullanır ancak araştırmacılara gerçek hasta deneyimlerinden ayrı belirli bilgiler sağlar (108). Kısa hikaye temelli bu çalışmalar, 20. yüzyılın başlarında sağlık, iş, pazarlama ve ekonomi de dahil olmak üzere geniş bir bilim alanı ve meslek disiplininde sayısız soruna hitap etmek için kısa hikaye sorularını kullanmışlardır. Deneysel psikologlar öncelikli olarak insanların sorumluluk ve suçluluk algılamalarını etkileyen faktörleri araştırmak için tecavüz, cinayet ve araba kazaları gibi varsayımsal hikayelerle vinyet kullanan ilk araştırmacılar arasında olup, Sosyal ve Deneysel Psikoloji, Sosyoloji, Gelişim Psikolojisi, Eğitim ve Okul Psikolojisi, Antropoloji, Klinik Hekim Eğitimi ve Değerlendirmesi, Psikoloji ve tıpta Mesleki Etik de dahil olmak üzere çeşitli alanlarda eğitim amaçlı kullanılmıştır (32).

Benzer şekilde WHO'da Multi-Country Survey Cevap verebilirlik çalışmasında kısa hikayelere başvurmuştur. Sağlık sistemi performansını ölçmek için çapraz ülke karşılaştırmalı ve sistemin kullanıcı tercihlerine duyarlılığını gösteren modül geliştirilmiştir. Katılımcılar, sağlık sistemindeki deneyimlerini, "çok iyi" den "çok kötü" kadar 5 puanlık kategorik bir ölçek kullanarak değerlendirirler (84).

Kısa hikaye sorularının popülaritesine karşın sağlık sistemi cevap verebilirlik tutumlarında ki heterojenlik sorunu araştırma konusu olmaya devam etmiş en son 2011 yılında yapılan kısa hikaye yaklaşımının geçerliliği için ele alınan çalışmada bireysel yanıtların vinyetlerin global düzeniyle tutarlı olduğu, ülkeler havuzunda hiyerarşik düzenlenmiş probit (HOPIT) modelini kullanarak, Inglehart-Welzel ölçeğine ve İnsani Gelişim Endeksine göre ülkeleri tabakalaştıran hassasiyet analizleri sonuçlarının sağlam olup eşdeğerlilik varsayımının çelişmediği, kısa hikaye sorularının katılımcılar

tarafından farklı şekillerde algılanıp etkilenmediği saptanmış yani genel olarak yapılan bu çalışma kısa hikayelerin sağlık sisteminin cevap verebilirliğini ölçmede kullanımına destek vermiştir (69).

Dolayısıyla, aynı kısa hikayelere gösterilen farklı tutumların, bireysel farklılıkların cevap verebilirlik alanlarına olan etkileri ve toplumların cevap verebilirlik alanlarına gösterdikleri tutum derecesinin belirlenerek ülkeler arası ya da ülke içi farklı toplulukların karşılaştırılması bu bağlamda sağlık politikalarının oluşturulması ve sağlık sistemini değerlendirmek mümkün olacaktır

4.6.4. Dünya’da cevap verebilirlik çalışmaları

WHO 2000 yılı raporuna göre cevap verebilirlik puanlarına bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri’nin 8.10 puan ile lider, ardından İsviçre, Lüksemburg, Danimarka ve Almanya gelmiştir. Türkiye’nin cevap verebilirlik puanı 5.16 ile 93. sırada olduğu görülmektedir. Bu puanla Türkiye Malezya, Kore Cumhuriyeti, Kazakistan, Polonya ve Filipinler gibi birçok ülkenin gerisinde yer almaktadır (106).

2003 yılında Güney Afrika’da kamu ve özel hastanede 2352 hastayla yapılan çalışmada ayaktan ve yatan hastalar için toplam cevap verebilirlik yüzdesi%67 bulunmuş olup, kamu’nun cevap verebilirlik puanlarının özelden anlamlı derecede düşük olduğu ve ayrımcılığın başlıca sebeplerinden biri olduğu saptanmış. Diğer çalışmaların aksine bu çalışmada cevap verebilirlik ile sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet ve öğrenim düzeyi) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (66).

2003 yılında 16 OECD ülkesinde yapılan bir çalışmada Almanya yatan ve ayaktan hastalar için en yüksek zamanında ilgi puanına, Yunanistan ve İtalya endüyük zamanında ilgi ve saygılı tedavi puanına, USA en yüksek saygılı tedavi puanına sahip olduğu bulunmuştur (107)

Angela Coulter ve Crispin Jenkinson’in 2005 yılında yayınlamış oldukları Avrupalı hastaların sağlık sistemlerine ve sağlık çalışanlarına bakış açılarını inceledikleri çalışmada cevap verebilirliğin verimli sağlık sistemlerinin temel karakteristiği olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada rastgele örnekleme yöntemi ile Almanya, İtalya, Polonya, Slovakya, İspanya, İsveç, İsviçre ve İngiltere’de yaşayan nüfusa telefon anketi yapmışlardır. Çalışma sonucunda Avrupalı hastaların sağlık bakımına karar vermede daha fazla otonomi istediklerini belirtmişlerdir (21).

2006 yılında Özgür Uğurluoğlu ve Yusuf elik tarafından WHO'nun anketi hastane yöneticilerine uygulanmış en düşük cevap verebilirlik zamanında ilgi, en yüksek cevap verebilirlik ise gizlilik alanlarında bulunmuştur. Çalışmanın sonunda anketin sağlık sisteminden birebir yararlanan bireyler üzerinde yapılmasının sistemin cevap verebilirliğini değerlendirmede daha iyi sonuçlar vereceği konusuna değinilmiştir (99).

2007 yılında Almanya da ayaktan ve yatan hastalar üzerinde yapılan çalışmada en iyi cevap verebilirlik alanı gizlilik ve saygılı tedavi, en düşük konfor, otonomi, seçim alanlarında bulunmuştur (18).

2012 yılında Hindistan'da farklı gelir grupları ve farklı hastane grupları(kamu ve özel) arasında yapılan çalışmada en düşük gelir grubundaki bireylerin, en yüksek gelir grubundaki bireylere göre saygılı tedavi alanında çok düşük puan aldıklarını göstermiştir. Hindistan'da sağlık sisteminin cevap verebilirliği iyileştirilmesi için bu farklılıkların izlenmesi ve iyileştirilme politikalarının gerekliliği saptanmıştır (50).

2012-2013 yıllarında Tahran da 430 kalp yetersizliği olan yatan ve ayaktan hasta üzerinde yapılan çalışmada ön önemli cevap verebilirlik alanı zamanında ilgi ve saygılı tedavi bulunmuştur (45).

2013 yılında yayınlanan bir çalışma da Çin' de ve 2007, 2008 ve 2009 yıllarında yapılan çalışmaların cevap verebilirlik seviyeleri karşılaştırılmış, puan seviyesinde istikrarın korunduğu ve en yüksek puanı saygılı tedavi, iletişim ve sosyal destek alırken, en düşük puanı otonomi, gizlilik ve konfor aldığı bulunmuştur (49).

2014 yılında Farzaneh Karami ve arkadaşlarının İran'da yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların sisteminin cevap verebilirliği konusunda özellikle zamanında ilgi ve saygılı tedavi konularının ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır (45).

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. Ayrıca toplumun algısı açısından gizlilik en düşük, saygılı tedavi en yüksek önemi göstermiştir (52).

2015 yılında İran'da 10 hastane genelinde yapılan bir çalışmada, altısı akademik dört tanesi akademik olmayan hastaneler arasında cevap verebilirlik puan farkının olmadığı ve cevap verme oranlarının yüksek olmakla beraber seçim, otonomi, iletişim ve gizlilik konusunda daha düşük cevap verebilirlik puanları saptandığından, bu alanların sistemin iyileştirme programları tasarlanırken göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır (15).

2016 yılında İran'da Kermansahs Bölgesinde yapılan çalışmada en iyi cevap verebilirlik puanı saygılı tedavi, en düşük puan ise otonomi alanında bulunmuştur. Yapılan çalışmada her bir alanın toplam cevap verebilirlik puanı, İran'daki diğer benzer önceki çalışmalara göre daha yüksek bulunmuş olup kesin bir sonuca ulaşmak zor olsa da, bulguların önceki raporlara kıyasla sağlık sisteminin daha iyi yanıt verdiği anlamına geldiği şeklinde yorumlanmıştır (58) .

2016 yılında Nijerya'da yapılan çalışmada en yüksek cevap verebilirlik alanları zamanında ilgi ve saygılı tedavi bulunurken, en düşük seçim ve otonomi en düşük alanlar olarak bulunmuştur. Ayrıca cinsiyetin özerklik, zamanında ilgi ve konfor, meslek ile zamanında ilgi alanında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (97).

2017 yılında yayınlanan Çin'in Jiangsu Eyaletinde 1938 erişkin hastayla yapılan çalışmada cevap verebilirlik puan ortalaması 7.50 bulunmuştur. En yüksek puan saygılı tedavi ve gizlilik ve en düşük puan seçim ve zamanında ilgi boyutlarının da bulunmuştur. Ayrıca cevap verebilirliğin etkileyen faktörler yaş, bölgesel ekonomik kalkınma seviyesi ve coğrafi alan (kentsel ve kırsal) olarak tespit edilmiştir (20).

Bilimsel literatür ışığında MCSS'nin cevap verebilirlik puan hesaplamaları ile ilgili kesin bir puanlama yönergesi olmadığı ve ülkelerin puan hesaplama yöntemlerinde bu nedenle farklılıklar olduğu gözlenmektedir (Tablo 4.6.4). Puan ortalamaları on'luk sistem veya iyi cevap verebilirlik yüzdeleri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.6.4: Bazı ülkelerin cevap verebilirlik puan ortalamaları

	2000	2003	2006	2007	2008	2009	2013	2015	2016
USA	8.10	89							
İsviçre	7.44								
Luksemburg	7.37	86							
Almanya	7.10	85							
Japonya	7.00								
Kanada	6.98	87							
Hollanda	6.92	85							
İsveç	6.90	79							
Avustralya	6.86								
Fransa	6.82	85							
Finlandiya	6.76	83							
İsrail	6.70			81.9					
İtalya	6.65	73							
Yeni Zelanda	6.65	89							
İrlanda	6.52	90							
İngiltere	6.51	88							
İspanya	6.18	79							
Yunanistan	6.05	63							
Portekiz	6.52	72							
İngiltere	6.51	88							
Rusya	5.37								
Güney Afrika	5.35	67							
Çin	5.20			7.45	7.45	7.46	7.50		
Kazakistan	5.19								
Ermenistan	5.18								
Türkiye	5.16		6.14						
İran	5.10							7.12	
Hindistan	5.02								
Küba	4.97								
Bulgaristan	4.43								
Sudan	4.34								
Nijerya	3.73								59

Tablo 4.6.4: Bazı ülkelerin yüksek cevap verebilirlik alanları

	Zamanında İlgı	Saygılı Tedavi	İletişim	Otonomi	Gizlilik	Konfor	Sosyal Destek	Seçim
İran 2012	+	+						
İran 2014	+		++		+++			
İran 2016		+						
Çin 2013		+	+				+	
Çin 2016		+			+			
Türkiye 2006		+			+			
Nijerya 2016	+	+						
İsrail 2007		+	+					
Çek 2007	+	+			+	+		+
Slovakya 2007	+							
Hırvatistan 2007		+	+	+				
Macaristan 2007				+			+	
Slovakya 2007			+					
Almanya 2003	+							
Almanya 2007		+			+			
USA 2003	+	+						

Tablo 4.6.4: Bazı ülkelerin düşük cevap verebilirlik alanları

	Zama- nında ilgi	Saygılı tedavi	İletişim	Otonomi	Gizlilik	Konfor	Sosyal destek	Seçim
İran 2014								+
İran 2015			+	+	+			+
İran 2016				+				
Çin 2013				+	+	+		
Çin 2016	+							+
Türkiye 2006	+							
Nijerya 2016				+				+
İsrail 2007							+	+
Almanya				+		+		+
İtalya 2003	+	+						
Yunanistan 2003	+	+						

Puan ortalaması yüksek ülkelerin 2000 yılından sonra yaptıkları çalışmalarda cevap verebilirlik puan skorlarından ziyade cevap verebilirlik alanlarının önem sıralaması, alanları etkileyen sosyo-kültürel, ekonomik, bireysel etkenlerin tespiti ve bu etkenlerin en çok hangi cevap verebilirlik alanlarını etkilediği yönünde olduğu görülmektedir.

2008 yılında 41 ülkede Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 105.806 anket görüşmesi yaparak cevap verebilirliğin sekiz alanının önemlilik düzeyini araştırmışlardır. Cevap verebilirlik alanları, kişisel alanlar (saygılı tedavi, otonomi, iletişim ve gizlilik) ve yapısal alanlar (konfor, seçim, sosyal destek ağlarına erişim ve zamanında ilgi) olarak

belirlenmiştir. Ülke düzeyindeki değişkenlere (ikamet ülkesi, sağlık sistemi harcamaları ve coğrafi bölgeler) ve cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna, sağlık durumuna ve kullanıma göre tanımlanan alt popülasyonlara göre önemlilik araştırılmıştır. Ankete katılanların çoğu, zamanında ilgi en önemli alan, ardından saygılı tedavi ikinci ve iletişim üçüncü önemli alan olarak belirtmiştir. Sosyal destek ağlarına erişim en az önem verilen alan olarak tanımlanmıştır. Genel olarak, ülke içi topluluklarda değerler yakın olmakla birlikte bazı ülkeler arası değerlerinde yakın bulunduğu görülmüştür. Bu çalışmada, Türkiye cevap verebilirlik alanları arasında sırasıyla en fazla zamanında ilgi, saygılı tedavi, iletişim, konfor, seçim, otonomi ve sosyal destek ile gizlilik konularına önem verdiğini belirtmiştir (104).

2007 yılında Avrupa da beş ülkeyi kapsayan (Çek Cumhuriyeti, Slovenya, Slovakya, Macaristan, Hırvatistan) sağlık sistemlerinin cevap verebilirliklerindeki farklılıkları ve nedenleri inceleyen araştırmada, sağlık sisteminin genel değerlendirilmesi iyi bulunmuş ancak çalışma kapsamındaki ülkeler arasında büyük bir farklılık gözlemlenmiştir. Örneğin Çek Cumhuriyeti'nde bazı alanlarda en iyi puanlar, Macaristan'da ise düşük puanlara rastlanılmıştır. Bu beş ülkenin farklı siyasi geçmişi, sosyalizm'in nispeten kısa sürmesine rağmen, bu değişkenliği açıklayabileceği saptanmıştır (109).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evrenini, İstanbul'da Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olarak hizmet veren bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem yapılmadan 17.03.2017-20.04.2017 tarihleri arasında Psikiyatri, Yoğun Bakım Üniteleri ve Acil Servis hariç olmak üzere, yatarak tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların tümünden veri toplanması hedeflenmiştir. Mevcut Tablo 5.1'de verilen yatak sayılarına göre hedeflenen örnek büyüklüğü 588 olup, araştırmaya davet edilen bu hastalar arasında, bilinci yerinde olmayan, ağrı ya da diğer sebeplerle anketi cevaplamaya müsait olmayan ya da ileri yaşta olup iletişim problemi yaşadığımız hastaların varlığı ve bu hastaların refakatlerinin olmaması, dil problemi yaşadığımız yabancı uyruklu hastaların olması, servislerde boş yatakların olması ya da ankete onam vermeyen hastaların olmasından dolayı katılım yüzdesi %73 olmuştur. Araştırmamız 430 kişiden araştırmaya katılan 245 kadın, 185 erkek hastadan toplanan verilerle tamamlanmıştır. Araştırma grubunun kliniklere göre dağılımı ve katılım yüzdeleri Tablo 5.1'de görüldüğü gibidir:

Tablo 5.1: Araştırma grubunun kliniklere göre dağılımları

KLİNİKLER		YATAK SAYISI	ARAŞTIRMAYA KATILAN SAYISI	KLİNİKLERİN KATILIM YÜZDESİ
1	Çocuk ve Çocuk Hematoloji -Onkoloji	63	31	49
2	Cildiye	9	9	100
3	Enfeksiyon	18	18	100
4	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	20	19	95
5	İç Hastalıkları	44	40	91
6	Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi	30	13	43
7	Nöroloji	38	24	63
8	Radyasyon Onkolojisi	21	12	57
9	Nöroşirurji(Beyin Cerrahi)	24	12	50
10	Çocuk Cerrahi	21	18	86
11	Genel Cerrahi	51	25	49
12	Göz	18	17	94
13	Kadın Doğum	51	35	69
14	KBB	22	21	95
15	Ortopedi	42	42	100
16	Plastik Cerrahi	21	16	76
17	Üroloji	20	11	55
18	Çocuk Enfeksiyon	28	26	93
19	Endokronoloji	19	19	100
20	Gastroenteroloji	12	11	92
21	Nefroloji	16	11	69
Toplam		588	430	73

5.2 YÖNTEM

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Araştırmanın yapıldığı kurumda Şubat-Mart-Nisan 2017 tarihlerinde mesai saatleri içinde Psikiyatri, Yoğun Bakım Üniteleri ve Acil Servis hariç tüm yatan hasta klinikleri ziyaret edilerek araştırma ile ilgili bilgiler verilmiş; katılmayı kabul eden hastalardan, yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Çocuk hastaların onam ve anket doldurma süreci refakatçi ebeveynleri ile yapılmıştır. Bilinci yerinde olmayan, ağrı ya da diğer sebeplerle anketi cevaplamaya müsait olmayan ya da ileri yaşta olup iletişim problemi yaşadığımız hastalarda, onam formuna rıza gösteren ve ankete katılmayı kabul eden refakatçiler ile anket çalışması yapılmıştır. Her bir hasta için ortalama anket doldurma süresi 30-45 dakika olarak bulunmuştur.

5.2.1. Örnek seçim kriterleri

Araştırmanın yapıldığı yataklı tedavi kurumunda, mesai saatleri içinde ziyaret edilen, kendisi veya refakatçisi ile Türkçe iletişim kurabilen, bilinci yerinde, en az 17 yaşındaki tüm yatan hastalar sözlü onam istenerek araştırmaya katılmaya davet edilmiştir. Bilinci yerinde olmayan hastalar veya çocuk hastaların sağlık sisteminde cevap verebilirlik verileri refakatçileriyle yapılan görüşmelerde toplanmıştır. Sözlü onam süreci refakatçiler için de aynı şekilde uygulanmıştır.

5.3. ARAŞTIRMA İZİN SÜRECİ VE ETİK KURUL ONAYI

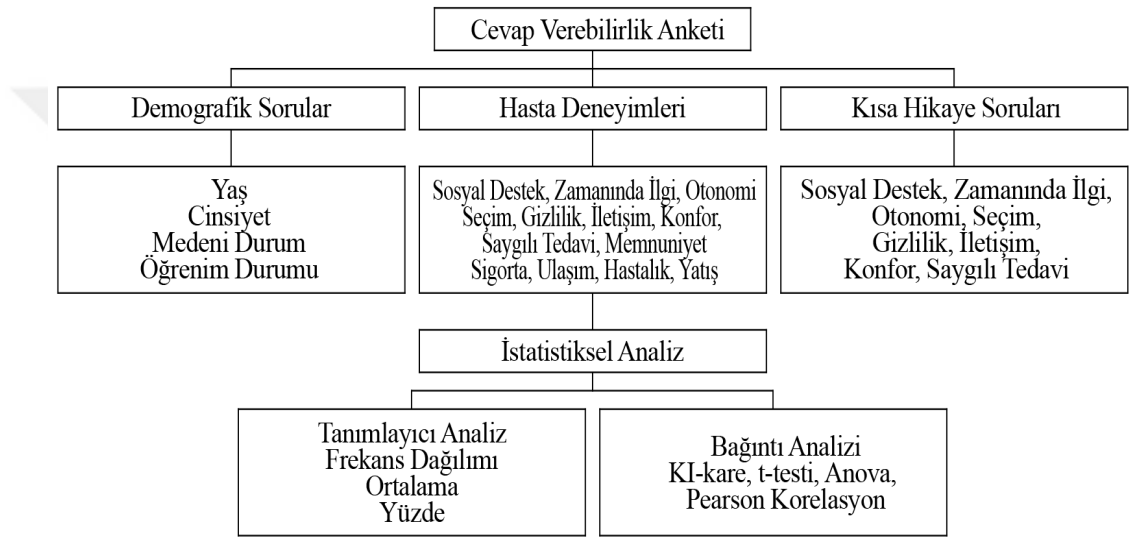
İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul onayının alınmasının ardından, Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile Üniversite Rektörlüğü ve Dekanlığı arasında imzalanan Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü gereği; üniversite rektörlüğünün çalışmaya ait üst yazısı (EK-1), gerekli evraklarla beraber Genel Sekreterlik Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Birimine verilmesi itibarıyla izin süreci başlatılmıştır. Daha sonrasında Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Şişli Hamidiye Etfal E.A.H Yönetimine inceleme yazısı gönderilmiş (EK-2) ve hastanenin Eğitim Ar-Ge Biriminin bilgilendirmesi ardından da Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurumu (TUEK) tarafından incelenen anket çalışmasının gerekli izninin alınmasının (EK-3) neticesinde izin süreci tamamlanmıştır.

5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

5.4.1. Cevap verebilirlik anket formu

WHO'nun cevap verebilirlik anketi kullanılmıştır. Bu anket, 34 maddelik demografik ve hastane deneyimi soruları ile 40 maddelik WHO Responsiveness Survey Vignet (kısa hikâyeler) sorularından (toplam 74 soru) oluşan bir form şeklinde oluşturulmuştur. (EK-4)

Tablo 5.4.1: Cevap verebilirlik anket formu



5.4.1.1. Demografik bilgi soruları ve hasta deneyimleri

Anketin ilk 34 sorusu demografik özellikler ve hasta deneyimlerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Demografik sorular yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumunu belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Hasta deneyimleri soruları ise WHO Cevap Verebilirlik Anketinin Uzun Formunda yer alan sağlık güvencesi, yatış sebebi, yatış süresi, yatış için bekleme süresi, tedavi masraflarının nasıl karşılandığı, yapılan ödeme miktarı, yapılan ödeme miktarının memnuniyetinin değerlendirilmesi, odadaki hasta sayısı, sağlık hizmetlerinden, hastanenin ilaç desteğinden ve sağlık personelinin memnuniyet, hastaneye ulaşım süresi, hastaneye ulaşım aracı, kötü muameleyle maruz kalma nedenleri, yatış bekleme süresi ile kurumda yatış deneyimiyle ilişkili sağlık hizmetlerine cevap verebilirliği ölçen 15 adet soruyu kapsamaktadır. WHO Cevap Verebilirlik uzun formundan İngilizce-Türkçe arasında tercüme/geri tercüme yöntemi ile çevrilmiş anket formu sekiz alt başlık için, her başlığa iki, sadece Seçim boyutuna bir soru gelecek biçiminde 15 adet 5'li Likert tipi soru içermektedir.

5.4.1.2. Cevap verebilirlik kısa hikaye soruları

Anketin son bölümü, cevap verebilirliğin sekiz alt boyutunun her biri için tutum belirlemeyi amaçlayan 5'er hikayeyi kapsamaktadır. Saygılı Tedavi ve Zamanında İlgi-A kısmı olarak 10 kısa hikayeden oluşmaktadır. İletişim ve Konfor-B kısmı olarak 10 kısa hikaye, Gizlilik ve Seçim-C kısmı 10 kısa hikaye, Sosyal Destek ve Otonomi-D kısmı olarak 10 kısa hikayeden olmak üzere 5'li Likert tipi toplam 40 adet kısa hikaye sorusu bulunmaktadır.

Tablo 5.4.1.2: Dünya sağlık örgütünün cevap verebilirlik anketinde kullanılan kısa hikaye soruları, hasta deneyimi soruları ve cevap verebilirlik alt başlıklarına örnekler

Saygılı Tedavi

Kapsam: Hastaların saygılı, sevecen ve ayırım gözetmeyen bir ortamda bakım alabilmesi.

Hasta deneyimi sorusu örneği: Bu yatışınız için, hastaneye geldiğinizde gördüğünüz ilgi, saygı ve karşılama biçimini nasıl değerlendirirsiniz?

Örnek kısa hikaye: Ayşe bebeğini aşıya götürüyor. Hemşire merhaba diyor ama bebeğinin ismini sormuyor. Hemşire çocuğu değerlendiriyor ve bebeğin tişörtünü bekleme odasında çıkartıyor.

Soru: Onun karşılanmasını ve saygı ile konuşulmasını nasıl değerlendirirsiniz?

İletişim

Kapsam: Hastaların ve ailelerin hastalıklarının doğasını, tedavinin ayrıntılarını ve mevcut seçenekleri açık bir şekilde açıklamak;

Hasta deneyimi sorusu örneği: Bu yatışınız için, hastalığınızla ilgili sağlık personelinin size yaptıkları açıklamaları nasıl değerlendirirsiniz?

Örnek kısa hikaye: Süleyman okuyup yazamıyordu. O doktora gitti çünkü başı dönüyordu. Doktorun sorularına cevap verecek zamanı yoktu ve ona bir şey açıklamadı. Onu, hiçbirşey söylemeden bir kağıt parçası ile gönderdi.

Soru 1: Sağlık bakım sağlayıcısının ona herşeyi açıkça açıklama deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?

Gizlilik

Kapsam: Danışmaların yürütüldüğü ortamdaki gizlilik ve tıbbi kayıtların ayrıcalıklı iletişim ve gizlilik kavramı.

Hasta deneyimi sorusu örneği: Bu yatışınız için, kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimini nasıl değerlendirirsiniz?

Örnek kısa hikaye: Fikri, utanç verici bir problem hakkında doktoru ile konuşuyordu. Kalabalık bekleme salonunda onun bir arkadaşı ve komşusu da vardı ve gürültü yüzünden doktor Fikri'nin ihtiyacı olduğu tedaviyi söylerken bağırarak zorunda kaldı.

Soru 1: Sağlık çalışanının ona sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda özel olarak konuşmasını nasıl değerlendirirsiniz?

Konfor

Kapsam: Temiz çevre, düzenli bakım, yeterli mobilya, yeterli havalandırma, bekleme odalarında yeterli yer vb. Dahil olmak üzere “otel tesisleri” olarak adlandırılan fiziki çevre ve hizmetler.

Hasta deneyimi sorusu örneği: Bu yatışınız için, hastanenin odalarının içini ve tuvaletlerin temizliğini nasıl değerlendirirsiniz?

Örnek kısa hikaye: Arzu kalça operasyonu için geçen yıl hastaneye kaldırıldı. Onun özel odasının kendi banyosu vardı, oda rahat ve ferah. Oda hastane personeli tarafından günlük olarak temizlendi. Yatak rahattı ve çarşaflar günlük olarak değiştirildi.

Soru: Oda hizmetlerini, temizliği nasıl değerlendirirsiniz?

Yukarıdaki Tablo 5.4.1.2’de sadece Cevap Verebilirlik Anket Formu’ndan bazı örnekler alınmıştır. Cevap verebilirliğin her alanı için kapsamlı sorular listesi anket formunda bulunmaktadır. Katılımcılar bu sorulara “çok iyi”, “iyi”, “orta”, “kötü” ve “çok kötü” kategorilerinde cevaplar vermişlerdir.

5.4.1.3. Cevap verebilirlik anket formu

WHO, insanları sağlık sistemi ile ilgili deneyimlerini soru-cevap şeklinde ölçülmesini önermektedir. Bu kavramı somutlaştırmak ve farklı ortamlarda anlamlı bir şekilde ölçmek için, farklı ülkelerdeki hanehalkı araştırmalarında cevap verme modülünü içeren bir anket geliştirilmiştir. Cevap modülü, WHO tarafından MCSS

(Multi-country Survey Study on Health) için anket uzmanları, etik uzmanlar ve sağlık profesyonellerinden alınan bilgilerle birlikte geliştirilmiştir. Anket formu iki tip sağlık hizmeti alan kişiler için ayrı ayrı sorular şeklinde ayakta ve yatan hastalar için oluşturulmuştur. WHO, cevap verilerini analiz etmede puan ortalamalarını, kısa hikayeler için ise Hierarchical Ordered Probit (HOPIT) Modeli ve Compound Hierarchical Ordered Probit (CHOPIT) Modelini kullanarak beklentileri ayarlanmaya yönelik bir yöntem geliştirmiştir (38).

WHO ilk olarak pilot ülkeler Tanzanya, Kolombiya ve Filipinler’de altı boyut üzerinden yüz yüze görüşmeyle ilk modülünü oluşturmuş daha sonra yine 1999 yılında 35 ülkede fakat bu sefer yedi boyut üzerinden yüz yüze, telefon ya da bırakılıp sonradan toplama (drop off) yöntemi ile modül geliştirmiş, ardından 2000 yılında uzmanlarla yapılan görüşmeler sonucunda MCSS’in hane halkı pilot uygulaması oluşturulmuş ve aynı yıl sekiz ülke Çin, Mısır, Hindistan, Slovakya, Türkiye, Kolombiya ve Gürcistan’a sekiz boyut için yüzyüze görüşmeli pilot anket uygulanmıştır. Son modül ise 2001 yılında 60 ülkede yapılan çalışmalarla oluşturulmuştur. WHO bu ülkelerde yaptığı anket çalışmalarıyla cevap verebilirlik anket formunun son şeklini belirlemiştir. Bu araştırmada WHO’nun oluşturduğu hasta deneyimleri uzun formu ile kısa hikayelerden yararlanılmıştır.

5.5. Verilerin analizi işlemleri

Formdaki verilerin frekans, yüzde ve ortalama gibi istatistiksel yöntemlerle tanımlayıcı analizleri yapılmış, gruplararası farklılıklar ki-kare testi, t-testi ve ANOVA testi, ilişki analizleri ise Pearson korelasyon testi kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 20 istatistik programından yararlanılmıştır. Anket formunun güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.90 bulunmuştur.

6. BULGULAR

6.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırma grubunun demografik özellikleri Tablo 6.1’ de sunulmuştur.

Tablo 6.1: Demografik özellikler

Demografik Özellikler			
	Sayı	%	
Cinsiyet			
Kadın	245	57.0	
Erkek	185	43.0	
TOPLAM	430	100	
Medeni Durum			
Bekar	89	20.7	
Evli	297	69.1	
Boşanmış	9	2.1	
Dul	33	7.7	
Ayrı	2	0.5	
TOPLAM	430	100	
Öğrenim Düzeyi			
Okul Bitirmemiş	50	11.6	
İlköğretim	178	41.4	
Ortaokul ve Lise	152	35.3	
Üniversite	50	11.6	
TOPLAM	430	100	
Refakatçi			
Yok	329	76.5	
Var	101	23.5	
TOPLAM	430	100	
Yaş			
	N	Ortalama	± (ss)
Yaş	329	45.71	±16.74
Refakatçi Yaşı	101	34.79	±10.83

Araştırmaya katılanların tamamı 430 kişi olup bunların 245’i kadın (%57), 185’i erkek (%43) hastadan oluşmaktadır. Anket’e katılanların 329’u (%76.5)anketi birebir kendileri cevaplamış, 101’ini (%23.5) ise refakatçi olarak bulunanlar cevaplamıştır. Ankete katılanlar arasında evli olanlar 297 kişi (%69.1) ile en büyük oranı oluştururken, katılanların eğitim durumu çoğunlukla ilköğretim mezunu olup 178 kişi (%41.4), Okul Bitirmemiş ve Üniversite mezunu eşit oranda 50’şer kişi (%11.6) olarak saptanmıştır. 329 hastanın minimum yaşı 17 iken, maksimum yaş katılımı 87, 101 Refakatçinin minimum yaşı 18 iken, maksimum yaş 70 olduğu görülmüştür (Tablo 6.1).

6.2. HASTALIK VE HASTANE YATIŞI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırma grubunun hastalık ve hastane yatışı ile ilgili çeşitli özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.2’de sunulmuştur.

Tablo 6.2: Hastalık ve hastane yatışıyla ilgili özellikler

Hastalık ve Hastane Yatışıyla İlgili Özellikler		
	Sayı	%
<i>Sağlık Güvencesi</i>		
SGK	385	89.5
Özel Sigorta	8	1.9
Yok	37	8.6
TOPLAM	430	100
<i>Yatış Sebebi</i>		
Yüksek Ateş, Şiddetli İshal veya Öksürük	30	7.0
Doğum	15	3.5
Artrit	9	2.1
Astım	5	1.2
Kalp Hastalığı	18	4.2
Bedensel Yaralanma	15	3.5
Küçük Ameliyat	91	21.2
Diğer	247	57.4
TOPLAM	430	100
<i>Yatış süresi</i>		
1-2 gün	106	24.7
3-5 gün	163	37.9
6-14 gün	100	23.3
15 gün ve fazlası	61	14.2
TOPLAM	430	100
<i>Hastaneye hangi ulaşım aracıyla geldiniz?</i>		
Özel Araç	229	53.3
Toplu Taşıma	132	30.7
Ambulans	43	10
Bisiklet	1	0.2
Yaya	12	2.8
Diğer	11	2.6
Boş	2	0.5
TOPLAM	430	100
<i>Yatış için bekleme süresi</i>		
Aynı gün	231	53.7
1 haftadan az	120	27.9
1 aydan az	56	13
3 aydan az	12	2.8
3 aydan fazla	10	2.3
Boş	1	0.2
TOPLAM	430	100
<i>Kötü Muameleye Maruz Kalma Nedenleri</i>		
Cinsiyet	1	0.23
Yaş	1	0.23
Para	1	0.23
Sosyal Sınıf	1	0.23
Etnik Köken		
Hastalık Türünüz		
Uyruk		
TOPLAM	4	0.9

Ankete katılan yatan hastalardan alınan bilgilere göre, hastaların hastaneye yatış için bekleme süreleri en yüksek %53.7 oranıyla ‘aynı gün’ bulunmuş olup bir aydan fazla yatış için bekleyen hasta oranı %5.1’dir. Hastaneye yatış için gelen hastaların %10’u ambulans kullanmış olup, ağırlıklı olarak özel araç (%53.3) ve toplu taşıma (%30.7) kullandıkları belirlenmiştir. Anket uygulanan hastaların sadece %14.2’si 15 gün ve üzeri uzun yatış yaptıklarını belirtmiş, diğer hastaların yatış süreleri ağırlıklı olarak 3-5 gün (%37.9) , 1-2 gün (%24.7) ve 6-14 gün (%23.3) olarak bulunmuştur. Hastaların hastaneye yatış sebepleri çoğunlukla WHO’nun cevap verebilirlik anket formundaki hastalık sınıflamasının dışında kalan (%57.4) büyük ameliyatlara (beyin cerrahi, genel cerrahi, ortopedi ameliyatlara, v.b) ve tedavileri (enfeksiyon, onkoloji, diyaliz, felç ve diğer nörolojik rahatsızlar, v.b) kapsamaktadır. Yatarak tedavi gören bu hastaların çoğunluğu SGK kapsamında olup, sigortam yok diyenlerinde Yeşil Kart kapsamında oldukları belirlenmiş olup böylelikle hastaların % 98.1’inin devlet güvencesi kapsamında oldukları belirlenmiştir.

Hastalara, yatışları sırasında herhangi bir sebeple kötü muameleyle maruz kalıp kalmadıklarını sorduğumuz anket sorusunda, sebepler arasında cinsiyet (%0.023), yaş (%0.023), para (%0.023) ve sosyal sınıf (%0.023) nedeniyle yalnızca 4 hasta kötü muameleyle maruz kaldıklarını (%0.9) bildirmişlerdir.

6.3. SİGORTA VE ÖDEME KOŞULLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırma grubunun sigorta ve ödeme koşulları ile ilgili çeşitli özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.3’de sunulmuştur.

Tablo 6.3: Sigorta ve ödeme koşulları ile ilgili özellikler

Sigorta ve Ödeme Koşulları ile İlgili Özellikler		
	Sayı	%
<i>Yatış Masrafları</i>		
SGK	416	96.8
Özel Sigorta	8	1.9
Cepten	6	1.4
TOPLAM	430	100
<i>Sosyal sağlık güvencenizden dolayı normal sağlık bakım ücretlerinden daha düşük bir ödeme yaptığınızı düşünüyor musunuz?</i>		
Hayır	60	14.0
Evet	369	85.8
Boş	1	0.2
TOPLAM	430	100

Hastalara Yatış Masrafları'nın nasıl karşılandığı sorusu sorulmuş, hastaların sadece 6'sı (%1.4) cepten ödeme yaptığını ve bu cepten ödeme türleri ile ilgili olarak muayene ücreti için 4 hasta minimum 2 TL maksimum 100 TL, ilaçlar için 8 hasta minimum 5 TL maksimum 1000TL, tetkikler için 3 hasta minimum 5TL maksimum 1200TL, ulaşım için 17 hasta minimum 2 TL maksimum 2000 TL, diğer masraflar için 8 hasta minimum 5TL maksimum 300 TL ödediğini belirtmişlerdir. Hastalar'ın %85,8'i sosyal sağlık güvencesinden dolayı normal sağlık bakım ücretlerinden daha düşük ödeme yapıyor olduklarını, %14'ü ise daha düşük ödeme yapmıyor olduklarını düşündüklerini belirtmişlerdir.

6.4. HASTANE HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Araştırma grubunun sağlık personelinin becerilerinden, hastane ekipmanının yeterliliği ve hastane ilaç desteğinin yeterliliğinden memnuniyetleri ile ilgili memnuniyet dağılımları Tablo 6.4' de sunulmuştur.

Tablo 6.4: Hastane hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili özellikler

Sigorta ve Ödeme Koşulları ile İlgili Özellikler		
	Sayı	%
<i>Sağlık Personelinin Becerilerinin Tedavi için Yeterliliği</i>		
Hayır	22	5.1
Evet	408	94.9
TOPLAM	430	100
<i>Hastane Ekipmanının Yeterliliği</i>		
Hayır	22	5.1
Evet	407	94.7
Boş	1	0.2
TOPLAM	430	100
<i>Hastane İlaç Desteği</i>		
Hayır	19	4.4
Evet	409	95.1
Boş	2	0.4
TOPLAM	430	100

Hastaların sağlık çalışanlarından, hastane ekipman ve ilaç desteğinden yaklaşık %95 oranında memnun oldukları bulunmuştur.

6.5. HASTA DENEYİMLERİ

Araştırma grubunun hastanede yatış süresi içerisinde deneyimlediği, cevap verebilirliğin sekiz boyutunu kapsayan sorulara verdikleri algısal değerlendirmelerin dağılımı Tablo 6.5’ de sunulmuştur.

Tablo 6.5: Hasta deneyimlerine ilişkin algılar

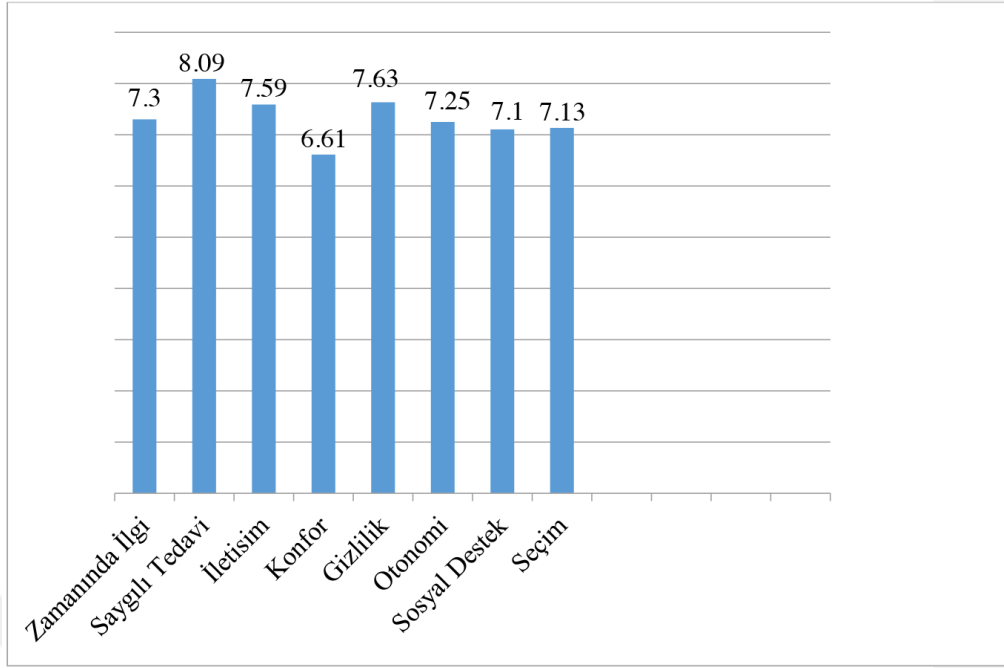
Hasta Deneyimleri	Çok Kötü		Kötü		Makul		İyi		Çok İyi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastaneye ulaşım sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?	8	1.9	53	12.3	112	26	185	43	71	16.5
Yatış için bekleme sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?	10	2.3	36	8.4	106	24.7	199	46.3	78	18.1
Gördüğünüz ilgi, saygı ve karşılama biçimini nasıl değerlendirirsiniz?	5	1.2	11	2.6	89	20.7	194	45.1	131	30.5
Fiziksel muayene ve tedaviler sırasında gizliliğinize gösterilen özeni nasıl değerlendirirsiniz?	1	0.2	2	0.5	89	20.7	210	48.8	128	29.8
Sağlık personeli’nin size yaptıkları açıklamaları nasıl değerlendirirsiniz?	2	0.5	33	7.7	100	23.3	189	44	106	24.7
Sağlık probleminiz veya tedaviniz hakkında soru sormak için yeterli zaman deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz?	5	1.2	33	7.7	129	30	163	37.9	99	23
Alternatif tedavi veya test türleri hakkında bilgi alma deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz?	4	0.9	54	12.6	140	32.6	148	34.4	83	19.3
Sizinle ilgili yapılacak işler kararlaştırılırken sizin fikirlerinizin sorulmasını nasıl değerlendirirsiniz?	4	0.9	51	11.9	131	30.5	144	33.5	99	23
Sağlık personeli ile özel konularınızı rahatlıkla konuşabilme durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	4	0.9	10	2.3	154	35.8	157	36.5	103	24
Kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimini nasıl değerlendirirsiniz?	1	0.2	3	0.7	170	39.5	152	35.3	103	24
Size hizmet eden sağlık personelini seçme özgürlüğünüzü nasıl değerlendirirsiniz?	8	1.9	49	11.4	150	34.9	136	31.6	86	20
Hastanenin odaları’nın içini ve tuvaletlerin temizliğini nasıl değerlendirirsiniz?	36	8.4	101	23.5	124	26.8	111	25.8	57	13.3
Bulduğunuz alanın genişliğini nasıl değerlendirirsiniz?	11	2.6	47	10.9	148	38.4	167	38.8	56	13
Aile ve arkadaşlarınızın ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?	8	1.9	37	8.6	112	26	189	44	83	19.3
Hastane de olduğunuzda dış dünya ile temas halinde kalma deneyiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	21	4.9	56	13	144	33.5	146	34	62	14.4

6.5.1. Hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamaları

Anket formunun 19-33. soruları hastaların bu yatışımız için algıladıkları cevap verebilirliğin sekiz boyutunu sorgulayan soruları içermekte olup, hasta deneyimlerini yansıtmaktadır. Her bir boyut için ikişer soru bulunan anket formundaki Soru 19 ve Soru 20 zamanında ilgi boyutunu, Soru 21 ve Soru 22 saygılı tedavi boyutunu, Soru 23 ve Soru 24 iletişim boyutunu, Soru 30 ve Soru 31 konfor boyutunu, Soru 27 ve Soru 28 gizlilik boyutunu, Soru 25 ve Soru 26 otonomi boyutunu, Soru 32 ve Soru 33 sosyal destek boyutunu, Soru 29 seçim boyutunu oluşturmaktadır. Bu boyutları oluşturan sorulara verilen puanlar toplanarak aşağıdaki tabloda sıralanan ve en fazla 10 puanlık yeni değişkenler oluşturulmuştur.

Tablo 6.5.1: Hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamaları

Hasta Deneyimi Cevap Verebilirlik Puan Ortalamaları			
	n	ortalama	± (ss)
Zamanında İlgi	429	7.30	1.65
Saygılı Tedavi	430	8.09	1.43
İletişim	428	7.59	1.70
Konfor	429	6.61	1.85
Gizlilik	429	7.63	1.54
Otonomi	429	7.25	1.85
Sosyal Destek	429	7.10	1.75
Seçim	429	7.13	1.98



Şekil 6.5.1: Hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamaları

Hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamaları minimum 2 ile maksimum 10 puan aralığında değişmektedir. En yüksek puan ortalamasına sahip olan 8.09 (± 1.43) Saygılı Tedavi boyutunu sırasıyla Gizlilik 7.63 (± 1.54), İletişim 7.59 (± 1.70), Zamanında İlgi 7.30 (± 1.65), Otonomi 7.25 (± 1.85), Seçim 7.13 (± 1.98), Sosyal Destek 7.10 (± 1.75) ve Konfor 6.61 (± 1.85) boyutları takip etmektedir.

6.6. KISA HİKAYE SORULARINA VERİLEN CEVAPLAR VE BULGULAR

Dünya Sağlık Örgütü'nün cevap verebilirlik anket formunda bulunan kısa hikayeler, cevap verebilirliğin sekiz boyutu için 5'er sorudan toplam 40 soruyu kapsamaktadır. Her bir boyut için 5'li Likert ölçek tipi sorular üzerinden yapılan değerlendirme çok iyi (5), iyi (4), makul (3), kötü (2), çok kötü (1) cevaplarını kapsamaktadır. Kısa hikaye sorularında çapraz olarak yerleştirilmiş boyut soruları her bir boyut kimliğinde kodlanıp ardından tek bir boyut başlığı altında toplanıp 5'e bölünerek yeni bir kod oluşturulmuş ve 5'lik sistem üzerinden ortalamaları hesaplanmıştır (EK 5).

Tablo 6.6: Kısa hikaye sorularının puan ortalamaları

Kısa Hikaye Sorularının Puan Ortalamaları			
	n	ortalama	± (ss)
Zamanında İlgi	429	3.16	0.55
Saygılı Tedavi	429	3.33	0.52
İletişim	430	3.28	0.47
Konfor	430	2.63	0.47
Gizlilik	429	2.59	0.71
Otonomi	429	3.24	0.48
Sosyal Destek	430	3.24	0.49
Seçim	430	3.23	0.52

Kısa Hikaye sorularının, ortalama ve standart sapma değerleri tablo 6.6'da verilmiştir. Puan ortalamalarına bakıldığında en düşük puan ortalaması 2.59 (± 0.71) ile Gizlilik boyutu ve 2.63 (± 0.47) puan ortalaması ile Konfor boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. En yüksek puan ortalaması ise 3.33 (± 0.52) ile Saygılı Tedavi boyutunda tespit edilmiştir (Tablo 6.6).

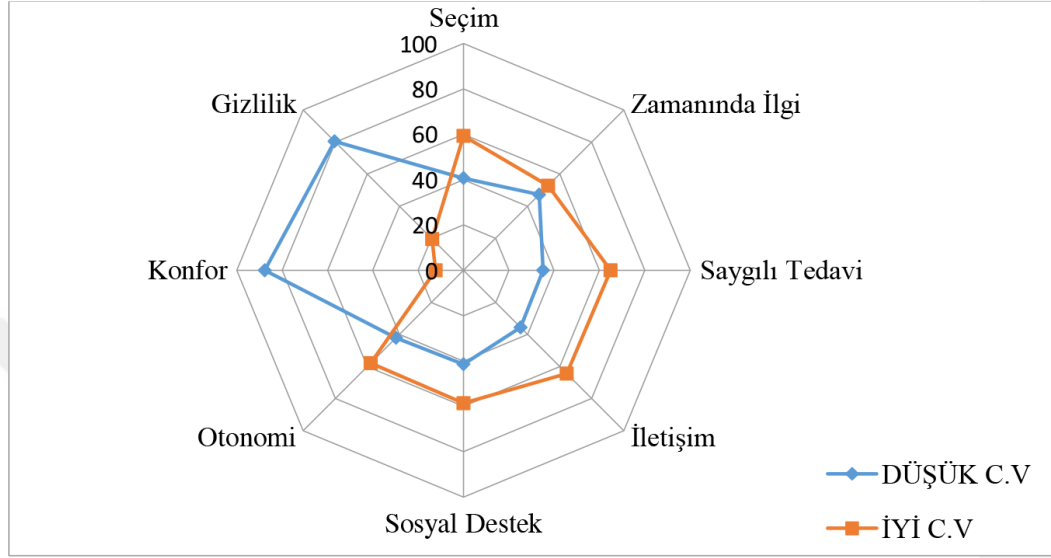
6.6.1. Kısa hikaye sorularının düşük - iyi cevap verebilirlik gruplaması

Cevap verebilirlik boyutlarını ölçmek için kötüden iyiye karışık senaryolarda hikayelere sahip olan 40 Kısa Hikaye sorusu, analiz aşamasında iki kategoride gruplandırılmışlardır. Cevapları 5 ve 4 puan olanlar iyi cevap verebilirlik, 3, 2, 1 puan olanlar da düşük cevap verebilirlik grubuna dahil edilmişlerdir.

Tablo 6.6.1: Kısa hikaye soruları'nın düşük- iyi c.v gruplaması

Kısa Hikaye Soruları'nın Düşük- İyi Cevap Verebilirlik Gruplaması		
<i>SEÇİM</i>		
	Sayı	%
Düşük	175	40.7
İyi	255	59.3
TOPLAM	430	10
<i>ZAMANINDA İLGI</i>		
	Sayı	%
Düşük	203	47.2
İyi	227	52.8
TOPLAM	430	100
<i>SAYGILI TEDAVİ</i>		
	Sayı	%
Düşük	151	35.1
İyi	279	64.9
TOPLAM	430	100
<i>İLETİŞİM</i>		
	Sayı	%
Düşük	153	35.6
İyi	277	64.4
TOPLAM	430	100
<i>SOSYAL DESTEK</i>		
	Sayı	%
Düşük	178	41.4
İyi	252	58.6
TOPLAM	430	100
<i>OTONOMİ</i>		
	Sayı	%
Düşük	181	42.1
İyi	249	57.9
TOPLAM	430	100
<i>KONFOR</i>		
	Sayı	%
Düşük	377	87.7
İyi	53	12.3
TOPLAM	430	100
<i>GİZLİLİK</i>		
	Sayı	%
Düşük	346	80.5
İyi	84	19.5
TOPLAM	430	100

Düşük cevap verebilirlik grubunda en yüksek oranlar Konfor ve Gizlilik boyutlarında, İyi cevap verebilirlik grubunda ise en yüksek oranlar Saygılı Tedavi ve İletişim alt boyutlarında saptanmıştır (Şekil 6.6.1).



Şekil 6.6.1: Kısa hikaye'lerin düşük- iyi c.v gruplaması

6.7. İLİŞKİ ANALİZLERİ

Yapılan ilişki analizleri; hasta deneyimleri cevap verebilirlik boyut soruları, Kısa Hikaye cevap verebilirlik boyut soruları başlıkları altında ele alınmıştır. Hasta deneyimi soruları ile cinsiyet, öğrenim düzeyi, hasta/refakat yaşı, odadaki kişi sayısı, hastanede kalınan gün sayısı, sağlık güvencesi, 'sizce sağlık personelinin becerileri sizin tedaviniz için yeterli mi?', sizce hastane ekipmanı sizin tedaviniz için yeterli mi?, sizce hastanenin ilaç desteği sizin tedaviniz için yeterli mi? sorularına verilen evet/ hayır cevapları arasındaki ilişki araştırılmış, Kısa Hikaye kısa hikaye soruları ile de cinsiyet, öğrenim düzeyi, sağlık güvencesi ve yatış süresi arasındaki ilişki analizi yapılmıştır.

Ayrıca, hastaların Hasta Deneyimi algıları ile Kısa Hikayeler'e verdikleri tutum puanları arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

Yapılan analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ alınmıştır.

6.7.1. Cinsiyet

Araştırma grubunun cinsiyet göre hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.1’de sunulmuştur.

Tablo 6.7.1. Cevap verebilirlik boyutlarının cinsiyete göre dağılımı

Hasta Deneyimi Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	± (ss)	t	p değeri
Zamanında İlgi	Kadın	245	7.20	0.10	-1.49	0.13
	Erkek	183	7.44	0.12		
Saygılı Tedavi	Kadın	245	8.02	1.46	-0.98	0.32
	Erkek	184	8.16	1.40		
İletişim	Kadın	244	7.54	1.67	-0.65	0.51
	Erkek	183	7.65	1.74		
Konfor	Kadın	244	6.46	1.85	-2.07	0.03
	Erkek	184	6.83	1.82		
Gizlilik	Kadın	244	7.59	1.50	-0.47	0.63
	Erkek	184	7.66	1.58		
Otonomi	Kadın	244	7.22	1.82	-0.33	0.73
	Erkek	184	7.28	1.91		
Sosyal Destek	Kadın	244	6.90	1.81	-2.72	0.00
	Erkek	184	7.36	1.63		
Seçim	Kadın	244	7.06	1.99	-0.99	0.32
	Erkek	184	7.25	1.96		

Hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut soruları puan ortalamalarının cinsiyetle ilişkisine bakılmıştır. Sosyal destek boyutu ile Cinsiyet arasında 244 kadın olgunun puan ortalamaları 6.90, 184 erkek olgunun sosyal destek puan ortalaması 7.65 olup, bu iki grubun ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = -2.72, p = 0.00$). Hasta deneyimleri Konfor boyutu ile Cinsiyet Arasında 244 kadın olgunun puan ortalamaları 6.46, 184 erkek olgunun puan ortalamaları ise 7.36 olup, bu iki grubun ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t = -2.07, p = 0.03$).

6.7.2. Öğrenim düzeyi

Araştırma grubunun öğrenim düzeyine göre hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.2’de sunulmuştur.

Tablo 6.7.2: Cevap verebilirlik boyutlarının öğrenim düzeyine göre dağılımı

		n	Ort.	± (ss)	F	p değeri
Zamanında İlgi	Okul Bitirmemiş	50	7.06	1.67	0.79	0.50
	İlköğretim	178	7.39	1.65		
	Ortaokul ve Lise	152	7.33	1.63		
	Üniversite	49	7.10	1.71		
	Toplam	429	7.30	1.65		
Saygılı Tedavi	Okul Bitirmemiş	49	7.65	1.46	0.37	0.76
	İlköğretim	178	8.01	1.49		
	Ortaokul ve Lise	152	8.12	1.40		
	Üniversite	50	8.14	1.38		
	Toplam	430	8.09	1.43		
İletişim	Okul Bitirmemiş	49	7.65	1.46	0.15	0.92
	İlköğretim	178	7.53	1.77		
	Ortaokul ve Lise	152	7.64	1.65		
	Üniversite	50	7.56	1.86		
	Toplam	429	7.59	1.70		
Otonomi	Okul Bitirmemiş	49	7.24	1.70	1.09	0.35
	İlköğretim	178	7.07	1.85		
	Ortaokul ve Lise	152	7.43	1.81		
	Üniversite	50	7.32	2.14		
	Toplam	429	7.25	1.85		
Gizlilik	Okul Bitirmemiş	49	7.55	1.43	1.72	0.16
	İlköğretim	178	7.46	1.48		
	Ortaokul ve Lise	152	7.84	1.57		
	Üniversite	49	7.67	1.71		
	Toplam	428	7.63	1.54		
Seçim	Okul Bitirmemiş	49	7.06	2.00	0.02	0.99
	İlköğretim	178	7.13	1.93		
	Ortaokul ve Lise	152	7.14	2.02		
	Üniversite	50	7.16	2.10		
	Toplam	429	7.13	1.98		
Konfor	Okul Bitirmemiş	49	7.18	2.04	1.81	0.14
	İlköğretim	178	6.51	1.90		
	Ortaokul ve Lise	152	6.58	1.67		
	Üniversite	50	6.50	1.91		
	Toplam	429	6.61	1.85		
Sosyal Destek	Okul Bitirmemiş	49	7.06	1.80	0.91	0.43
	İlköğretim	178	7.13	1.70		
	Ortaokul ve Lise	152	7.20	1.69		
	Üniversite	50	6.74	2.01		
	Toplam	429	7.10	1.75		

Hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamalarının öğrenim düzeyi ile ilişkisine bakılmıştır. İlişki analizi sonuçlarına göre okul bitirmemiş, ilköğretim, orta ve lise, üniversite eğitimi almış hastaların cevap verebilirlik puan ortalamaları öğrenim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir.

6.7.3. Yaş

Araştırma grubunun yaş/ refakatçi yaş'ına göre hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.3' de sunulmuştur.

Tablo 6.7.3: Yaşa göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları

		Zamanında İlgi	Saygılı Tedavi	İletişim	Konfor	Gizlilik	Otonomi	Sosyal Destek	Seçim
Yaşınız	r değeri	0.08	0.00	-0.00	0.02	-0.11	-0.08	0.03	-0.59
	p değeri	0.11	0.94	0.92	0.59	0.03	0.11	0.53	0.26
	n	352	353	352	352	351	352	352	352
Refakatçi yaşı	r değeri	-0.02	-0.11	-0.07	-0.14	-0.19	-0.15	0.10	-0.06
	p değeri	0.84	0.23	0.46	0.16	0.04	0.11	0.28	0.53
	n	101	101	101	101	101	101	101	101

Hasta yaşı ($r = -0.11$, $p = 0.03$) ve Refakatçi yaşı ($r = -0.19$, $p = 0.04$) ile Gizlilik arasında ters yönlü zayıf bir ilişki görülmekle birlikte, Hasta yaşı ve refakatçi yaşı ile hasta deneyimi cevap verebilirlik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmamıştır.

6.7.4. Odadaki kişi sayısı

Araştırma grubunun odadaki kişi sayısına göre hasta deneyimi alt boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.2.1' de sunulmuştur.

Tablo 6.7.4: Odadaki kişi sayısına göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları

	Zamanında İlg	Saygılı Tedavi	İletisim	Konfor	Gizlilik	Otonomi	Sosyal Destek	Seçim
r değeri	-0.11	-0.14	-0.07	-0.21	-0.10	-0.07	-0.23	-0.09
p değeri	0.02	0.00	0.13	0.00	0.02	0.10	0.00	0.04
n	429	430	428	429	428	429	429	429

Odadaki kişi sayısı ile Zamanında İlg (r= -0.11, p= 0.02), Saygılı Tedavi (r=-0.14,p=0.00), Konfor (r=-0.21, p=0.00), Gizlilik (r= -0.10, p=0.02), Sosyal Destek (r= -0.23, p=0.00), Seçim (r= -0.09, p= 0.04) boyutları arasında ters yönde ve zayıf bir ilişki görülmekle birlikte, hasta deneyimi boyutlarının odadaki kişi sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmamıştır.

6.7.5. Hastanede kalınan gün sayısı

Araştırma grubunun yatış gün sayısına göre hasta deneyimi alt boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.5' de sunulmuştur.

Tablo 6.7.5: Yatış gün sayısına göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları

		n	Ortalama	(±) ss	F	p değeri
Zamanında İlgi	1-2 gün	106	7.18	1.48	2.98	0.03
	3-5 gün	163	7.23	1.75		
	6-14 gün	100	7.18	1.69		
	15 gün ve fazlası	60	7.88	1.47		
	Toplam	429	7.30	1.65		
Saygılı Tedavi	1-2 gün	106	8.04	1.40	0.89	0.44
	3-5 gün	163	8.06	1.39		
	6-14 gün	100	8.01	1.63		
	15 gün ve fazlası	61	8.36	1.25		
	Toplam	430	8.09	1.43		
İletişim	1-2 gün	105	7.46	1.66	0.83	0.47
	3-5 gün	163	7.57	1.58		
	6-14 gün	100	7.57	1.94		
	15 gün ve fazlası	61	7.89	1.69		
	Toplam	429	7.59	1.70		
Otonomi	1-2 gün	105	7.07	1.74	0.63	0.55
	3-5 gün	163	7.30	1.74		
	6-14 gün	100	7.21	2.06		
	15 gün ve fazlası	61	7.48	2.01		
	Toplam	429	7.25	1.85		
Gizlilik	1-2 gün	105	7.45	1.42	1.67	0.17
	3-5 gün	163	7.57	1.47		
	6-14 gün	100	7.69	1.68		
	15 gün ve fazlası	60	7.98	1.63		
	Toplam	428	7.63	1.54		
Seçim	1-2 gün	105	6.95	1.68	0.41	0.73
	3-5 gün	163	7.20	2.07		
	6-14 gün	100	7.14	2.05		
	15 gün ve fazlası	61	7.25	2.13		
	Toplam	429	7.13	1.98		
Konfor	1-2 gün	105	6.42	1.77	1.24	0.29
	3-5 gün	163	6.63	1.96		
	6-14 gün	100	6.55	1.83		
	15 gün ve fazlası	61	6.98	1.66		
	Toplam	429	6.61	1.85		
Sosyal Destek	1-2 gün	105	6.97	1.49	4.33	0.00
	3-5 gün	163	6.82	1.82		
	6-14 gün	100	7.45	1.77		
	15 gün ve fazlası	61	7.54	1.78		
	Toplam	429	7.10	1.75		

Hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları ile hastanede kalış gün sayısı arasında Zamanında İlgi (F= 2.98, p=.003) ve Sosyal Destek (F= 4.33, p=0.00) boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup diğer boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır.

6.7.6. Sağlık güvencesi

Araştırma grubunun sağlık güvencesine göre hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.6' de sunulmuştur.

Tablo 6.7.6: Sağlık güvencesine göre hasta deneyimi alt boyut puan ortalamaları

		n	Ortalama	±(ss)	F	p değeri
Zamanında ilgi	SGK	385	7.26	1.65	1.17	0.31
	Özel Sigorta	7	7.14	1.86		
	Yok	36	7.69	1.61		
	Toplam	428	7.29	1.65		
Saygılı tedavi	SGK	385	8.05	1.43	3.04	0.04
	Özel Sigorta	8	7.38	1.18		
	Yok	36	8.56	1.40		
	Toplam	429	8.08	1.43		
İletişim	SGK	385	7.52	1.70	3.31	0.03
	Özel Sigorta	8	7.38	1.99		
	Yok	35	8.29	1.54		
	Toplam	428	7.58	1.70		
Konfor	SGK	385	7.14	1.85	10.5	0.00
	Özel Sigorta	8	7.63	1.84		
	Yok	35	8.26	1.57		
	Toplam	428	7.24	1.85		
Gizlilik	SGK	385	7.57	1.54	2.75	0.06
	Özel Sigorta	7	7.43	1.13		
	Yok	35	8.20	1.45		
	Toplam	427	7.62	1.54		
Otonomi	SGK	385	7.09	1.99	6.12	0.00
	Özel Sigorta	8	6.50	2.07		
	Yok	35	7.71	1.82		
	Toplam	428	7.13	1.98		
Sosyal Destek	SGK	385	6.48	1.82	0.94	0.39
	Özel Sigorta	8	6.63	1.68		
	Yok	35	7.94	1.57		
	Toplam	428	6.60	1.84		
Seçim	SGK	385	7.06	1.72	2.02	0.13
	Özel Sigorta	8	7.13	1.45		
	Yok	35	7.49	2.00		
	Toplam	428	7.10	1.74		

Hasta deneyimi boyut soruları puan ortalamaları ile sigortalılık durumu arasında Saygılı tedavi (F= 3.04, p=0.04), konfor (F= 10.5, p=0.00), İletişim (F= 3.31, p=0.03) ve Otonomi (F= 6.12, p=0.00) boyutlarında anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmış olup diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

6.7.7. Sağlık çalışanlarının tedavi için yeterliliği

Araştırma grubunun sağlık personelinden memnuniyetine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.7' de sunulmuştur.

Tablo 6.7.7: Sağlık personel'inden memnuniyetine göre hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları

	Sizce, sağlık personelinin becerileri tedaviniz için yeterli miydi?	n	Ortalama	± (ss)	t testi	p-değeri																																																																										
Zamanında İlgi	Hayır	22	6.73	2.07	-1.66	0.09																																																																										
	Evet	407	7.33	1.62			Saygılı Tedavi	Hayır	22	6.91	1.99	-3.03	0.00	Evet	408	7.91	1.51	İletişim	Hayır	22	6.73	2.00	-1.91	0.05	Evet	406	7.66	1.69	Konfor	Hayır	22	5.95	1.52	-1.71	0.08	Evet	407	6.65	1.86	Gizlilik	Hayır	22	7.23	1.41	-2.39	0.01	Evet	407	7.93	1.32	Otonomi	Hayır	22	6.59	2.26	-1.70	0.08	Evet	407	7.28	1.83	Sosyal Destek	Hayır	22	6.14	1.88	-2.68	0.00	Evet	407	7.16	1.73	Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10	Evet
Saygılı Tedavi	Hayır	22	6.91	1.99	-3.03	0.00																																																																										
	Evet	408	7.91	1.51			İletişim	Hayır	22	6.73	2.00	-1.91	0.05	Evet	406	7.66	1.69	Konfor	Hayır	22	5.95	1.52	-1.71	0.08	Evet	407	6.65	1.86	Gizlilik	Hayır	22	7.23	1.41	-2.39	0.01	Evet	407	7.93	1.32	Otonomi	Hayır	22	6.59	2.26	-1.70	0.08	Evet	407	7.28	1.83	Sosyal Destek	Hayır	22	6.14	1.88	-2.68	0.00	Evet	407	7.16	1.73	Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10	Evet	407	7.34	1.67								
İletişim	Hayır	22	6.73	2.00	-1.91	0.05																																																																										
	Evet	406	7.66	1.69			Konfor	Hayır	22	5.95	1.52	-1.71	0.08	Evet	407	6.65	1.86	Gizlilik	Hayır	22	7.23	1.41	-2.39	0.01	Evet	407	7.93	1.32	Otonomi	Hayır	22	6.59	2.26	-1.70	0.08	Evet	407	7.28	1.83	Sosyal Destek	Hayır	22	6.14	1.88	-2.68	0.00	Evet	407	7.16	1.73	Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10	Evet	407	7.34	1.67																			
Konfor	Hayır	22	5.95	1.52	-1.71	0.08																																																																										
	Evet	407	6.65	1.86			Gizlilik	Hayır	22	7.23	1.41	-2.39	0.01	Evet	407	7.93	1.32	Otonomi	Hayır	22	6.59	2.26	-1.70	0.08	Evet	407	7.28	1.83	Sosyal Destek	Hayır	22	6.14	1.88	-2.68	0.00	Evet	407	7.16	1.73	Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10	Evet	407	7.34	1.67																														
Gizlilik	Hayır	22	7.23	1.41	-2.39	0.01																																																																										
	Evet	407	7.93	1.32			Otonomi	Hayır	22	6.59	2.26	-1.70	0.08	Evet	407	7.28	1.83	Sosyal Destek	Hayır	22	6.14	1.88	-2.68	0.00	Evet	407	7.16	1.73	Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10	Evet	407	7.34	1.67																																									
Otonomi	Hayır	22	6.59	2.26	-1.70	0.08																																																																										
	Evet	407	7.28	1.83			Sosyal Destek	Hayır	22	6.14	1.88	-2.68	0.00	Evet	407	7.16	1.73	Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10	Evet	407	7.34	1.67																																																				
Sosyal Destek	Hayır	22	6.14	1.88	-2.68	0.00																																																																										
	Evet	407	7.16	1.73			Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10	Evet	407	7.34	1.67																																																															
Seçim	Hayır	22	6.68	2.00	-1.64	0.10																																																																										
	Evet	407	7.34	1.67																																																																												

Hasta deneyimi boyut soruları puan ortalamaları ile sağlık çalışanlarının tedaviniz için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna verilen evet/ hayır cevapları arasında Saygılı tedavi (t=-3.03, p=0.00), gizlilik (t=-2.39, p=0.01), ve sosyal destek (t=-2.68, p=0.00), boyutlarında anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmış olup diğer boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır.

6.7.8. Hastane ekipmanının tedavi için yeterliliği

Araştırma grubunun hastane ekipman memnuniyetine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.8’ de sunulmuştur.

Tablo 6.7.8: Hastane ekipman memnuniyetine göre hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları

	Size, hastane ekipmanı sizin tedaviniz için yeterli mi?	n	Ortalama	± (ss)	t testi	p-değeri
Zamanında İlgi	Hayır	22	6.91	1.63	-1.15	0.25
	Evet	406	7.33	1.65		
Saygılı Tedavi	Hayır	22	7.82	1.33	-0.88	0.37
	Evet	407	8.10	1.44		
İletişim	Hayır	22	7.77	1.47	0.53	0.59
	Evet	405	7.57	1.72		
Konfor	Hayır	22	6.00	1.63	-1.59	0.11
	Evet	406	6.65	1.86		
Gizlilik	Hayır	22	7.77	1.63	0.47	0.63
	Evet	406	7.61	1.53		
Otonomi	Hayır	22	7.18	2.01	-0.16	0.87
	Evet	406	7.25	1.85		
Sosyal Destek	Hayır	22	6.09	2.40	-2.05	0.05
	Evet	406	7.16	1.69		
Seçim	Hayır	22	7.50	1.62	0.77	0.44
	Evet	406	7.30	1.70		

Hasta deneyimi alt boyut soruları puan ortalamaları ile Size, hastane ekipmanı sizin tedaviniz için yeterli mi? sorusuna verilen evet/hayır cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmamıştır.

6.7.9. Hastanedeki ilaç desteğinin tedavi için yeterliliği

Araştırma grubunun hastane ilaç desteği memnuniyetine göre hasta deneyimi boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.9’ de sunulmuştur.

Tablo 6.7.9: Hastane ilaç desteği memnuniyetine göre hasta deneyimi cevap verebilirlik boyu puan ortalamaları

	Sizce, hastanenin ilaç desteği sizin tedaviniz için yeterli mi?	n	Ortalama	± (ss)	t testi	p-değeri
Zamanında İlg	Hayır	19	6.68	2.28	-1.21	0.23
	Evet	408	7.33	1.61		
Saygılı Tedavi	Hayır	19	7.89	1.52	-0.60	0.54
	Evet	409	8.10	1.43		
İletişim	Hayır	19	7.47	1.80	-0.30	0.76
	Evet	407	7.60	1.70		
Konfor	Hayır	19	6.68	1.63	0.17	0.86
	Evet	408	6.61	1.86		
Gizlilik	Hayır	19	7.53	1.34	-0.29	0.76
	Evet	408	7.63	1.55		
Otonomi	Hayır	19	7.26	2.25	0.036	0.97
	Evet	408	7.25	1.84		
Sosyal Destek	Hayır	19	6.89	2.23	-0.54	0.58
	Evet	408	7.12	1.73		
Seçim	Hayır	19	6.95	2.24	-0.41	0.67
	Evet	408	7.14	1.98		

Hasta deneyimi alt boyut soruları puan ortalamaları ile Sizce, hastanenin ilaç desteği sizin tedaviniz için yeterli mi? sorusuna verilen evet/hayır cevapları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

6.7.10. Kısa hikaye cevap verebilirlik boyutlarının dağılım analizleri

Toplumun cevap verebilirlik boyutlarına gösterdikleri önemi ölçmek için kötüden iyiye karışık senaryolarda hikayelere sahip olan 40 Kısa Hikaye sorusu, analiz aşamasında iki kategoride gruplandırılmışlardır. Cevapları 5 ve 4 puan olanlar iyi cevap verebilirlik, 3, 2 ve 1 puan olanlar da düşük cevap verebilirlik grubuna dahil edilmişlerdir. Alınan cevapların çeşitli değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Araştırma grubunun kısa hikaye “Zamanında İlgi” boyutunun cinsiyete göre dağılım oranları Tablo 6.7.10.1.’de sunulmuştur.

Tablo 6.7.10.1: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		Zamanında İlgi				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	112	45.7	133	54.3	245	100
	Erkek	90	48.9	94	51.1	184	100
Toplam		202	47.1	227	52.9	429	100

$$\chi^2=0.432, sd=1, p=0.51, p>0.05$$

“Zamanında İlgi” konusunda alınan yanıtlar cinsiyete göre önemli farklılık göstermemektedir. Kadınların da erkeklerinde yarından biraz fazlası zamanında ilgi konusunda iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir.

Tablo 6.7.10.2: Kısa hikaye saygılı tedavi alt boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		Saygılı Tedavi				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	79	32.2	166	67.8	245	100
	Erkek	71	38.6	113	61.4	184	100
Toplam		150	35	279	65	429	100

$$\chi^2=1.859, sd=1, p=0.17, p>0.05$$

Tabloda görüldüğü gibi “Saygılı Tedavi” konusundaki tutumlar açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 6.7.10.3: Kısa hikaye iletişim boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		İletişim				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	88	35.9	157	64.1	245	100
	Erkek	65	35.3	119	64.7	184	100
Toplam		153	35.7	276	64.3	429	100

$$\chi^2=0.016, sd=1, p=0.89, p>0.05$$

Tablo 6.7.10.3’de görüldüğü gibi “İletişim” konusundaki tutumlar açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 6.7.10.4: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		Sosyal Destek				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	106	43.3	139	56.7	245	100
	Erkek	72	39.1	112	60.9	184	100
Toplam		178	41.5	251	58.5	429	100

$$\chi^2=0.740, sd=1, p=0.39, p>0.05$$

Tablo 6.7.10.4’de görüldüğü üzere “Sosyal Destek” konusundaki tutumlar açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır. Erkek hastalar daha iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir.

Tablo 6.7.10.5: Kısa hikaye otonomi boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		Otonomi				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	107	43.7	138	56.3	245	100
	Erkek	74	40.2	110	59.8	184	100
Toplam		181	42.2	248	57.8	429	100

$$\chi^2=0.515, sd=1, p=0.47, p>0.05$$

Tablo 6.7.10.5’de görüldüğü gibi “Otonomi” konusundaki tutumlar açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 6.7.10.6: Kısa hikaye konfor boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		Konfor				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	218	89	27	11	245	100
	Erkek	158	85.9	26	14.1	184	100
Toplam		376	87.6	53	12.4	429	100

$$\chi^2=0.939, sd=1, p=0.33, p>0.05$$

Tablo 6.7.10.6’da görüldüğü gibi “Konfor” konusundaki tutumlar açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır. Kadın hastalar daha düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir.

Tablo 6.7.10.7: Kısa hikaye gizlilik boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		Gizlilik				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	200	81.6	45	18.4	245	100
	Erkek	145	78.8	39	21.2	184	100
Toplam		345	80.4	84	19.6	429	100

$$\chi^2=0.534, sd=1, p=0.46, p>0.05$$

Tablo 6.7.10.7’de görüldüğü gibi “Gizlilik” konusundaki tutumlar açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır. Erkek hastalar daha yüksek cevap verebilirlik tutumuna sahiptir.

Tablo 6.7.10.8: Kısa hikaye seçim boyutunun cinsiyete göre dağılımı

		Seçim				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	99	40.4	146	59.6	245	100
	Erkek	76	41.3	108	58.7	184	100
Toplam		175	40.8	254	59.2	429	100

$$\chi^2=0.035, sd=1, p=0.85, p>0.05$$

Tablo 6.7.10.8’de görüldüğü gibi “Seçim” konusundaki tutumlar açısından kadınlar ve erkekler arasında önemli farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 6.7.10.9: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		Zamanında ilgi				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		N	%	n	%	n	%
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	22	44	28	56	50	100
	İlköğretim	85	47.8	93	52.2	178	100
	Ortaokul ve Lise	74	48.7	78	51.3	152	100
	Üniversite	22	44	28	56	50	100
Toplam		203	47.2	227	52.8	430	100

$$\chi^2=0.567, sd=3, p=0.90, p>0.05$$

“Zamanında İlgi” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermemektedir. Üniversite mezunları ile okul bitirmemişler aynı oranda iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.9).

Tablo 6.7.10.10: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		Saygılı Tedavi				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		N	%	n	%		
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	17	34	33	66	50	100
	İlköğretim	68	38.2	110	61.8	178	100
	Ortaokul ve Lise	49	32.2	103	67.8	152	100
	Üniversite	17	34	33	66	50	100
Toplam		151	35.1	279	64.9	430	100

$$\chi^2=1.352, sd=3, p=0.71, p>0.05$$

“Saygılı Tedavi” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermemektedir. Üniversite mezunları ile okul bitirmemişler aynı oranda iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (6.7.10.10).

Tablo 6.7.10.11: Kısa hikaye iletişim boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		İletişim				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		N	%	n	%		
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	20	40	30	60	50	100
	İlköğretim	66	37.1	112	62.9	178	100
	Ortaokul ve Lise	47	30.9	105	69.1	152	100
	Üniversite	20	40	30	60	50	100
Toplam		153	35.6	277	64.4	430	100

$$\chi^2=2.466, sd=3, p=0.48, p>0.05$$

“İletişim” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermemektedir. Ortaokul ve Lise mezunları en yüksek iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (6.7.10.11)

Tablo 6.7.10.12: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		Sosyal Destek				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		N	%	n	%	n	%
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	19	38	31	62	50	100
	İlköğretim	82	46.1	96	53.9	178	100
	Ortaokul ve Lise	58	38.2	94	61.8	152	100
	Üniversite	19	38	31	62	50	100
Toplam		178	41.4	252	58.6	430	100

$$\chi^2=2.734, sd=3, p=0.43, p>0.05$$

“Sosyal Destek” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermemektedir. İlköğretim mezunları en düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.12)

Tablo 6.7.10.13: Kısa hikaye otonomi boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		Otonomi				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		N	%	n	%	n	%
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	17	34	33	66	50	100
	İlköğretim	74	41.6	104	58.4	178	100
	Ortaokul ve Lise	66	43.4	86	56.6	152	100
	Üniversite	24	48	26	52	50	100
Toplam		181	42.1	249	57.9	430	100

$$\chi^2=2.189, sd=3, p=0.53, p>0.05$$

“Otonomi” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermemektedir. Üniversite mezunları diğer öğrenim düzeylerine göre daha düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir.

Tablo 6.7.10.14: Kısa hikaye konfor boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		Konfor				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	44	88	6	12	50	100
	İlköğretim	162	91	16	9	178	100
	Ortaokul ve Lise	131	86.2	21	13.8	152	100
	Üniversite	40	80	10	20	50	100
Toplam		377	87.7	53	12.3	430	100

$$\chi^2=4.876, sd=3, p=0.18, p>0.05$$

“Konfor” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermemektedir. İlköğretim mezunları en düşük cevap verebilirlik tutumuna sahipken, üniversite mezunları en yüksek cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.14).

Tablo 6.7.10.15: Kısa hikaye gizlilik boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		Gizlilik				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	39	78	11	22	50	100
	İlköğretim	141	79.2	37	20.8	178	100
	Ortaokul ve Lise	128	84.2	24	15.8	152	100
	Üniversite	38	76	12	24	50	100
Toplam		346	80.5	84	19.5	430	100

$$\chi^2=2.361, sd=3, p=0.50, p>0.05$$

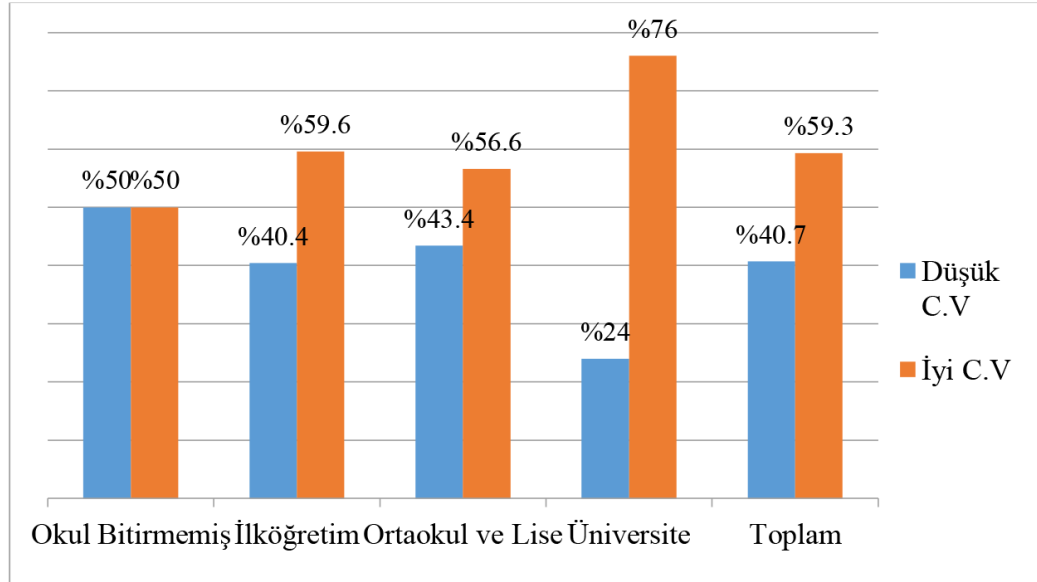
“Gizlilik” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermemektedir (Tablo 6.7.10.15).

Tablo 6.7.10.16: Kısa hikaye seçim boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

		Seçim				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Öğrenim Düzeyi	Okul Bitirmemiş	25	50	25	50	50	100
	İlköğretim	72	40.4	106	59.6	178	100
	Ortaokul ve Lise	66	43.4	86	56.6	152	100
	Üniversite	12	24	38	76	50	100
Toplam		175	40.7	255	59.3	430	100

$$\chi^2=8.041, sd=3, p=0.04, p<0.05$$

“Seçim” konusunda alınan yanıtlar öğrenim düzeyine göre önemli farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılanlardan üniversite mezunları en yüksek iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (şekil 6.7.10.16).



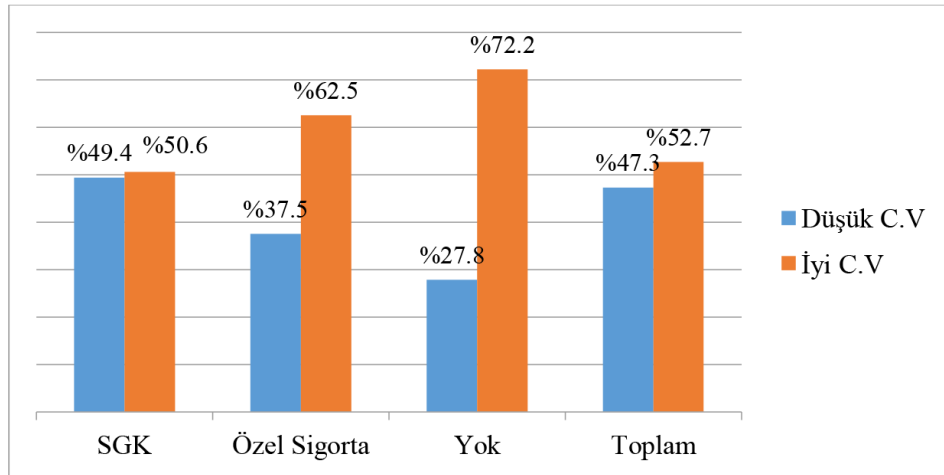
Şekil 6.7.10.16: Kısa hikaye seçim boyutunun öğrenim düzeyine göre dağılımı

Tablo 6.7.10.17: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		Zamanında İlgi				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	190	49.4	195	50.6	385	100
	Özel Sigorta	3	37.5	5	62.5	8	100
	Yok	10	27.8	26	72.2	36	100
Toplam		203	47.3	226	52.7	429	100

$$\chi^2=6.462, sd=2, p=0.04, p<0.05$$

“Zamanında İlgi” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılanlardan yeşil kart sahibi olan hastalar en yüksek iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (şekil 6.7.10.17).



Şekil 6.7.10.17: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

Tablo 6.7.10.18: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		Saygılı Tedavi				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	139	36.1	246	63.9	385	100
	Özel Sigorta	3	37.5	5	62.5	8	100
	Yok	9	25	27	75	36	100
Toplam		151	35.2	278	64.8	429	100

$$\chi^2=1.799, sd=2, p=0.40, p>0.05$$

“Saygılı Tedavi” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermemektedir (Tablo 6.7.10.18).

Tablo 6.7.10.19: Kısa hikaye iletişim boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		İletişim				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	141	36.6	244	63.4	385	100
	Özel Sigorta	3	37.5	5	62.5	8	100
	Yok	8	22.2	28	77.8	36	100
Toplam		152	35.4	277	64.6	429	100

$$\chi^2=3.00, sd=2, p=0.22, p>0.05$$

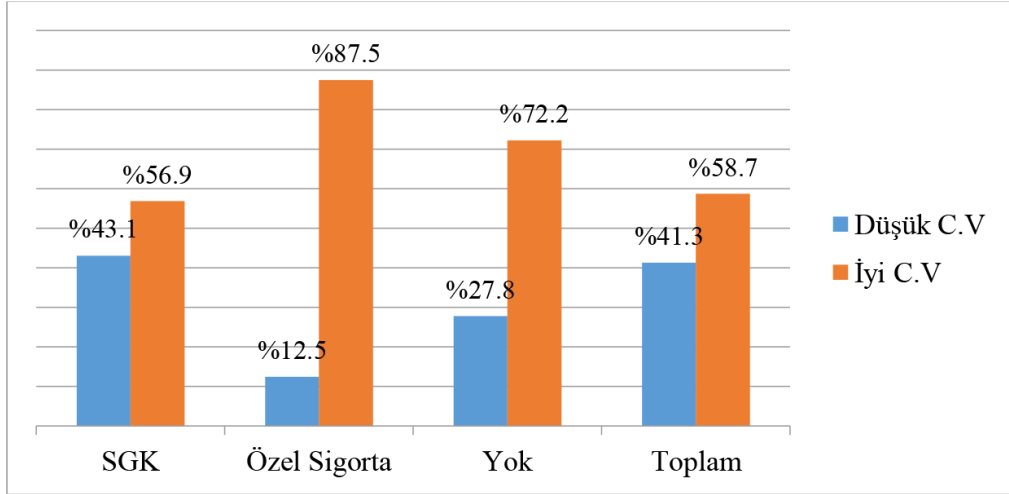
“İletişim” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermemektedir. Yeşil kart sahibi hastalar daha iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.19).

Tablo 6.7.10.20: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		Sosyal Destek				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	166	43.1	219	56.9	385	100
	Özel Sigorta	1	12.5	7	87.5	8	100
	Yok	10	27.8	26	72.2	36	100
Toplam		177	41.3	252	58.7	429	100

$$\chi^2=5.978, sd=2, p=0.05, p=0.05$$

“Sosyal Destek” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılanlardan özel sigorta sahibi olan hastalar en yüksek iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (şekil 6.7.10.20).



Şekil 6.7.10.20: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun sigorta durumuna göre dağılımı

Tablo 6.7.10.21: Kısa hikaye otonomi boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		Otonomi				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	165	42.9	220	57.1	385	100
	Özel Sigorta	2	25	6	75	8	100
	Yok	13	36.1	23	63.9	36	100
Toplam		180	42	249	58	429	100

$$\chi^2=1.578, sd=2, p=0.45, p>0.05$$

“Otonomi” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermemektedir (tablo 6.7.10.21).

Tablo 6.7.10.22: Kısa hikaye konfor boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		Konfor				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	340	88.3	45	11.7	385	100
	Özel Sigorta	5	62.5	3	37.5	8	100
	Yok	31	86.1	5	13.9	36	100
Toplam		376	87.6	53	12.4	429	100

$$\chi^2=4.908, sd=2, p=0.08, p>0.05$$

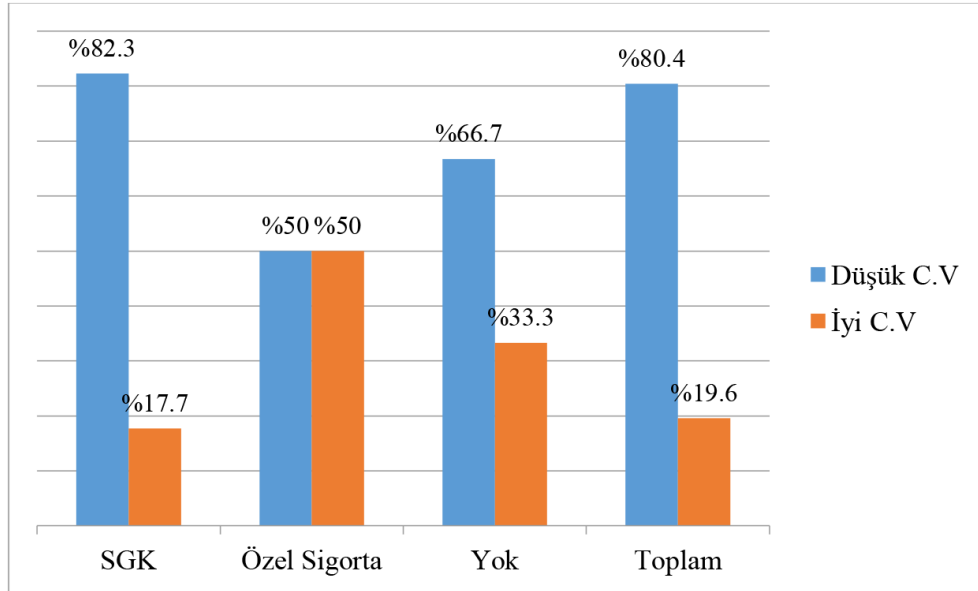
“Konfor” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermemektedir. Özel sigorta kapsamındaki hastalar daha iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.22).

Tablo 6.7.10.23: Kısa hikaye gizlilik boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		Gizlilik				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	317	82.3	68	17.7	385	100
	Özel Sigorta	4	50	4	50	8	100
	Yok	24	66.7	12	33.3	36	100
Toplam		345	80.4	84	19.6	429	100

$$\chi^2=9.925, sd=2, p=0.00, p<0.05$$

“Gizlilik ” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılan SGK lı hastalar daha düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (şekil 6.7.10.23).



Şekil 6.7.10.23: Kısa hikaye gizlilik boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

Tablo 6.7.10.24: Kısa hikaye seçim boyutunun sağlık güvencesine göre dağılımı

		Seçim				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Sağlık Güvencesi	SGK	158	41	227	59	385	100
	Özel Sigorta	4	50	4	50	8	100
	Yok	12	33.3	24	66.7	36	100
Toplam		174	40.6	255	59.4	429	100

$$\chi^2=1.112, sd=2, p=0.57, p>0.05$$

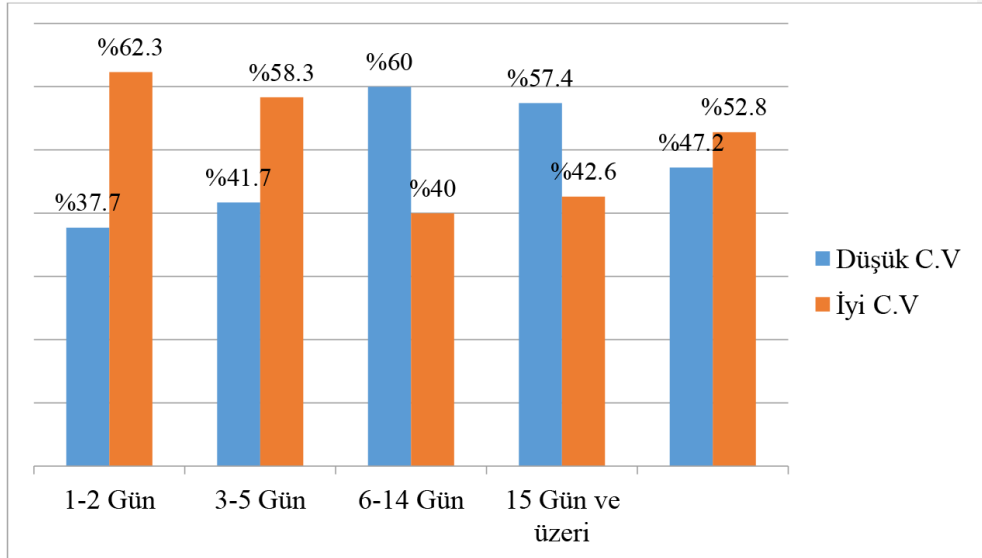
“Seçim” konusunda alınan yanıtlar sağlık güvencesine göre önemli farklılık göstermemektedir. Yeşil kartlı hastalar daha iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.24)

Tablo 6.7.10.25: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun yatış süresine göre dağılımı

		Zamanında ilgi				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Yatış süresi	1-2 gün	40	37.7	66	62.3	106	100
	3-5 gün	68	41.7	95	58.3	163	100
	6-14 gün	60	60.	40	40	100	100
	15 gün ve fazlası	35	57.4	26	42.6	61	100
Toplam		203	47.2	227	52.8	430	100

$$\chi^2=14.884, sd=3, p=0.00, p<0.05$$

“Zamanında İlgi” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermektedir. Yatış süresi uzayan hastalar düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Şekil 6.7.10.25).



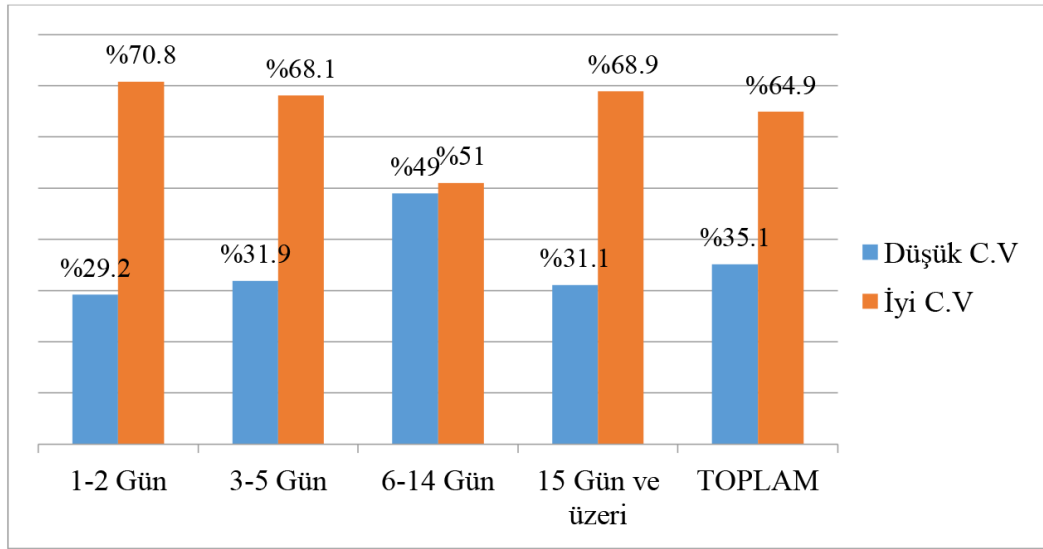
Şekil 6.7.10.25: Kısa hikaye zamanında ilgi boyutunun yatış süresine göre dağılımı

Tablo 6.7.10.26: Kısa hikaye saygılı tedavi alt boyutunun yatış süresine göre dağılımı

	Saygılı Tedavi				Toplam		
	Düşük		İyi				
	n	%	n	%	n	%	
Yatış süresi	1-2 gün	31	29.2	75	70.8	106	100
	3-5 gün	52	31.9	111	68.1	163	100
	6-14 gün	49	49	51	51	100	100
	15 gün ve fazlası	19	31.1	42	68.9	61	100
Toplam		151	35.1	279	64.9	430	100

$$\chi^2=11.224, sd=3, p=0.01, p<0.05$$

“Saygılı Tedavi” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermektedir. Yatış süresi 6-14 gün arasında olan hastalar düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Şekil 6.7.10. 26).



Şekil 6.7.10.26: Kısa hikaye saygılı tedavi boyutunun yatış süresine göre dağılımı

Tablo 6.7.10.27: Kısa hikaye iletişim boyutunun yatış süresine göre dağılımı

		İletişim				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Yatış süresi	1-2 gün	40	37.7	66	62.3	106	100
	3-5 gün	51	31.3	112	68.7	163	100
	6-14 gün	43	43	57	57	100	100
	15 gün ve fazlası	19	31.1	42	68.9	61	100
Toplam		153	35.6	277	64.4	430	100

$$\chi^2=4.450, sd=3, p=0.21, p>0.05$$

“İletişim” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermemektedir. 6-14 gün arası yatış süresine sahip hastalar daha düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.27).

Tablo 6.7.10.28: Kısa hikaye sosyal destek boyutunun yatış süresine göre dağılımı

		Sosyal Destek				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Yatış süresi	1-2 gün	38	35.8	68	64.2	106	100
	3-5 gün	78	47.9	85	52.1	163	100
	6-14 gün	40	40	60	60	100	100
	15 gün ve fazlası	22	36.1	39	63.9	61	100
Toplam		178	41.4	252	58.6	430	100

$$\chi^2=4.940, sd=3, p=0.17, p>0.05$$

“Sosyal Destek” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermemektedir. 3-5 gün yatış süresine sahip hastalar daha düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.28).

Tablo 6.7.10.29: Kısa hikaye otonomi boyutunun yatış süresine göre dağılımı

		Otonomi				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Yatış süresi	1-2 gün	42	39.6	64	60.4	106	100
	3-5 gün	77	47.2	86	52.8	163	100
	6-14 gün	39	39	61	61	100	100
	15 gün ve fazlası	23	37.7	38	62.3	61	100
Toplam		181	42.1	249	57.9	430	100

$$\chi^2=2.911, sd=3, p=0.40, p>0.05$$

“Otonomi” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermemektedir. 3-5 gün yatış süresine sahip hastalar daha düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.29).

Tablo 6.7.10.30: Kısa hikaye konfor boyutunun yatış süresine göre dağılımı

		Konfor				Toplam	
		Düşük		İyi		n	%
		n	%	n	%	n	%
Yatış süresi	1-2 gün	91	85.8	15	14.2	106	100
	3-5 gün	140	85.9	23	14.1	163	100
	6-14 gün	92	92	8	8	100	100
	15 gün ve fazlası	54	88.5	7	11.5	61	100
Toplam		377	87.7	53	12.8	430	100

$$\chi^2=2.580, sd=3, p=0.46, p>0.05$$

“Konfor” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermemektedir. 6-14 gün yatış süresine sahip hastalar daha düşük cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.30).

Tablo 6.7.10.31: Kısa hikaye gizlilik boyutunun yatış süresine göre dağılımı

		Gizlilik				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Yatış süresi	1-2 gün	88	83	18	17	106	100
	3-5 gün	127	77.9	36	22.1	163	100
	6-14 gün	81	81	19	19	100	100
	15 gün ve fazlası	50	82	11	18	61	100
Toplam		346	80.5	84	19.5	430	100

$$\chi^2=1.220, sd=3, p=0.74, p>0.05$$

“Gizlilik” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermemektedir. 3-5 gün yatış süresine sahip hastalar daha yüksek cevap verebilirlik tutumuna sahiptir.

Tablo 6.7.10.32: Kısa hikaye seçim boyutunun yatış süresine göre dağılımı

		Seçim				Toplam	
		Düşük		İyi			
		n	%	n	%	n	%
Yatış süresi	1-2 gün	43	40.6	63	59.4	106	100
	3-5 gün	63	38.7	100	61.3	163	100
	6-14 gün	48	48	52	52	100	100
	15 gün ve fazlası	21	34.4	40	65.6	61	100
Toplam		175	40.7	255	59.3	430	100

$$\chi^2=3.487, sd=3, p=0.322, p>0.05$$

“Seçim” konusunda alınan yanıtlar yatış süresine göre önemli farklılık göstermemektedir. 15 gün ve üzeri yatış süresine sahip hastalar daha iyi cevap verebilirlik tutumuna sahiptir (Tablo 6.7.10.32).

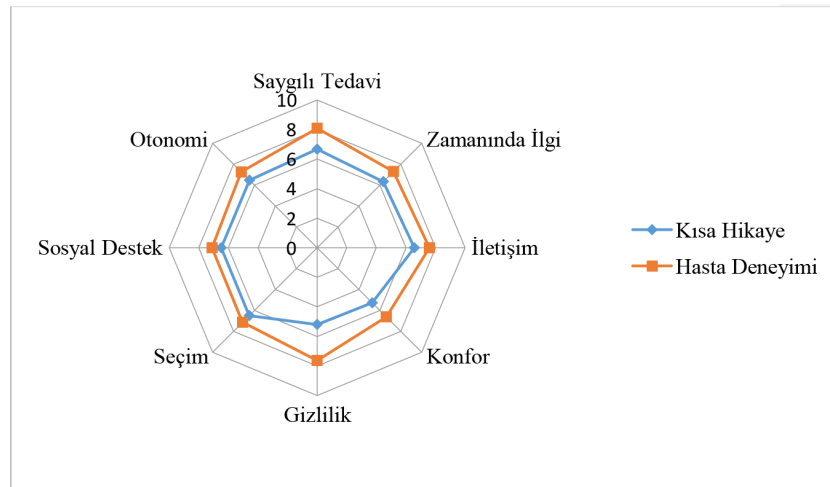
6.7.11. Cevap verebilirlik boyutlarının, hasta deneyim algıları ve kısa hikaye tutumlarındaki dağılımı

Araştırma grubunun hasta deneyimi algılarına göre kısa hikaye cevap verebilirlik tutum boyut puan ortalamaları Tablo 6.7.3' de sunulmuştur.

Tablo 6.7.11: Hasta deneyim algıları ile kısa hikaye tutumlarının c.v boyutlarındaki dağılımı

	r değeri	p değeri	n
Kısa hikaye Zamanında İlgi*Hasta deneyimi Zamanında İlgi	0.23	0.00	428
Kısa hikaye Saygılı Tedavi*Hasta deneyimi Saygılı Tedavi	0.10	0.02	429
Kısa hikaye İletişim*Hasta deneyimi İletişim	0.16	0.00	429
Kısa hikaye Otonomi*Hasta deneyimi Otonomi	0.16	0.00	429
Kısa hikaye Gizlilik*Hasta deneyimi Gizlilik	0.20	0.00	427
Kısa hikaye Seçim*Hasta deneyimi Seçim	0.16	0.00	428
Kısa hikaye Konfor*Hasta deneyimi Konfor	0.19	0.00	429
Kısa hikaye Sosyal Destek*Hasta deneyimi Sosyal Destek	0.20	0.00	429

Hastaların, hasta deneyimi cevap verebilirlik algıları ile kısa hikaye cevap verebilirlik boyut sorularına tutumları arasında tüm boyutlarda pozitif yönde ve zayıf bir ilişkiye rastlanmış olup, istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmamıştır.



Şekil 6.7.11: Hasta deneyimi algıları ile kısa hikaye tutumlarının c.v boyutlarındaki dağılımı

7. SONUÇ ve TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı, WHO' nun sağlıkta cevap verebilirlik ölçüm aracını kullanarak yataklı sağlık hizmeti veren bir hastane örneğinde sağlık sisteminin cevap verebilirliğini incelemektir. Cevap verebilirlik, sağlık sistemindeki sağlık hakkını içinde barındırarak, bireylerin meşru beklentilerini inceleyip sağlık sisteminin performansını artırmayı hedefler. Sağlık sistemlerinin kendilerini düzenlemeleri neticesinde de cevap verebilirliğin artması, sağlığın iyileşmesi olarak geri dönüş yapar.

Bu çalışmadan elde edilecek sonuç ile toplumun cevap verebilirlik tutumunu WHO'nun kısa hikaye'leri sayesinde tespit etmek, hasta deneyimleri vasıtasıyla da sistemin eksik ya da iyi cevap verebilirlik yönlerini belirleyerek sağlık sisteminin performansını yükseltmek için karar vericilere kaynak sağlamak hedeflenmektedir.

Cevap verebilirlik düzeyini ölçmek için yatan hastalar üzerinde yaptığımız bu çalışmada, anketin yapıldığı hasta grubunu daha iyi tanımak adına mevcut analizlere baktığımızda; çoğunluğu evli kadınlardan oluşan ve gene çoğunluğunu ilköğretim mezunu bireylerin oluşturduğu, üniversite ve okul bitirmemiş birey sayısının eşit çıktığı, yaklaşık % 99'unun devlet sigorta kapsamında olduğu bir hasta grubu ile bu araştırmanın yapıldığı saptanmıştır.

Hasta deneyimi cevap verebilirlik konusuyla ilgili olarak bu çalışmada cevap verebilirliğin Saygılı Tedavi, Zamanında İlgi, İletişim, Gizlilik, Otonomi, Seçim, Konfor, Sosyal Destek olan sekiz boyutu hasta deneyimleri ve kısa hikaye tutumları açısından incelenmiştir. Hasta deneyimi cevap verebilirlik en yüksek puan ortalamasına sahip olan 8.09 (± 1.43) Saygılı Tedavi boyutunu sırasıyla Gizlilik 7.63 (± 1.54), İletişim 7.59 (± 1.70), Zamanında İlgi 7.30 (± 1.65), Otonomi 7.25 (± 1.85), Seçim 7.13 (± 1.98), sosyal destek 7.10 (± 1.75) ve konfor 6.61 (± 1.85) takip etmekte olup Kısa hikaye tutum puan ortalamalarına bakıldığında en düşük puan ortalaması 2.59 (± 0.71) ile Gizlilik boyutu ve 2.63 (± 0.47) puan ortalaması ile Konfor boyutuna ait olduğu, en yüksek puan ortalaması ise 3.33 (± 0.52) ile Saygılı Tedavi boyutunda olduğu tespit edilmiştir. 2008 yılında 41 ülkede yapılan cevap verebilirlik alanlarının önemliliği çalışmasında Türkiye Zamanında ilgi, Saygılı Tedavi ve İletişim boyutlarında önemlilik sıralamasını yapmıştır. Sonuçlara bakılacak olursa alınan puanların önem gösterilen bu alanlarda en yüksek puan ortalamalarına sahip olması sevindiricidir (104).

Araştırmaya katılan hastaların %99'u devlet güvencesi kapsamında olup cepten ödeme oranı %1,4 oranlarında bulunmuştur. Genellikle devlet güvencesi altında

yatarak tedavi hizmeti alan bu hastaların gelir düzeylerini sorgulamak ve bu bağlamda cevap verebilirliği değerlendirmek doğru bulunmamıştır. Ancak sosyo-ekonomik farklılıkları bünyesinde bulunduran Hindistan'da gelir düzeyleri farklı heterojen gruplara yapılan cevap verebilirlik çalışmasında, hem düşük hem de yüksek gelir ve eğitim seviyesine sahip kişilerin özel hastanelerde aldıkları cevap verebilirlik puanları, kamu hastanelerinde daha düşük olarak bulunmuştur (50). Gelir grubu farklılıklarının cevap verebilirliği nasıl etkilediğini, özel ve kamu sektörünün cevap verebilirlik konusunda aynı gelir grubuna giren hastalarda nasıl farklılıklar gösterebileceğini anlamak için cevap verebilirlik çalışmalarının artırılması gerekmektedir.

Hastalar hastaneye yatış için ulaşım aracı olarak çoğunlukla özel araç ve toplu taşımayı kullanmışlar sadece %10'u ambulans hizmetinden yararlanmışlardır. Hastaların hastaneye ulaşma süreleri ortalama 46.91 dakika olarak bulunmuş ve hastaların %43'ü ulaşım süresini iyi bulduklarını belirtmişlerdir. Maksimum hastaneye ulaşım için geçirilen zaman altı saat ile farklı şehirden gelen bir hastanın tanımlanmış olmasıyla birlikte, dikkat edilmesi gereken bir husus kişilerin farklı şehirlerden tedavi ya da ameliyat için yatıştan belli bir süre önce İstanbul'a gelmeleri ve bu yol zamanının kayıt dışı bırakılması göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Hasta deneyimi cevap verebilirlik boyutu içerisinde Zamanında ilgi puanı 7.30 olarak bulunmuştur. Sağlık tesislerinin toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilmesi için gerekli olan zamanında ilgi boyutu iyi bir değer olarak bulunmuştur. Hastanenin konumunun herkesçe ulaşılabilir olması yani merkezi bir konumda olması, ulaşım için toplu taşımaya müsait oluşu cevap verebilirlik adına önemli bir değer olmakla birlikte, özel araçlarıyla geldiklerini beyan eden hastalar arasında oldukça şikayet edilen otopark ve trafik sıkıntısının şehir nüfus yoğunluğunun her geçen gün artması göz önünde bulundurulduğunda ileride cevap verebilirliği ne yönde etkileyeceği sorusunu doğuracak gibi görünmektedir. Elazığ ilinde faaliyet gösteren bazı yataklı tedavi kuruluşlarında yatan 483 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların istek ve ihtiyaçlarına paralel olarak istenilen düzeyde ve kalitede hizmet sunulabilmesi için; hastanelerin şehir merkezinden ve gürültüsünden uzak, ferah ve ulaşım sorunu olmayan bölgelere kurulması gerektiği saptanmıştır (5). İstanbul'da trafiğe kayıtlı 21 milyon aracın olduğu, bu oranın 2016 ya göre %15.9 oranında arttığı (95) ve bu araçlardan, her gün sağlık kuruluşuna gitmek için yola çıkanların trafikte oluşturdukları yük düşünülürse hastane lokasyonlarının durumu sorgulanır halde gelmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların hasta deneyimi cevap verebilirlik boyut puan ortalamaları ile hastanede kalış gün sayısı arasında zamanında ilgi ve sosyal destek boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuş olup. Zamanında İlgi (1-2 gün:7.18,

3-5 gün:7.23, 6-14 gün:7.18, 15 gün ve üzeri:7.88) puan ortalamaları ve Sosyal Destek (1-2 gün:6.97, 3-5 gün:6.82, 6-14 gün:7.45, 15 gün ve üzeri:7.54) puan ortalamalarına göre 15 gün ve üzeri yatan hastaların zamanında ilgi ve sosyal destek boyutlarını daha iyi cevap verebilirlik olarak algıladıkları bulunmuştur. Uzun süre yatışlarda memnuniyetin arttığını gösteren çalışmalar vardır. Kalp damar cerrahi servisinde yatan 102 hasta üzerinde yapılan bir hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet çalışmasında klinikte 8-14 gün arası yatan hastalarda 121.76 (ss= 25.55), bir ay ve daha fazla yatanlarda 149.00 (ss= 25.87) oranında giderek artan bir memnuniyet oranı saptanmıştır (65).

Hastalara çoğunlukla aynı gün yatış verilmiş, sadece % 10 luk kısım bekleme süresini kötü ve çok kötü olarak değerlendirmiştir. Hastalara yapılacak gerekli tedavi ve müdahaleler için yatış günü bekleme süresinde rastlanılan bu yüzde onluk kısmın sistem tarafından değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yatarak ya da ayaktan tedavi için bekleme sürelerinin uzunluğunun memnuniyet üzerine etkisini inceleyen çalışmalardan kapsamlı bir çalışma Afyon’da 1227 hasta üzerinde yapılmış, bekleme süresinin kısa olmasının hasta memnuniyetini etkilediği tespit edilmiştir. Keza aynı araştırmada erkek, 50 yaş üzeri ve eğitim seviyesi düşük hastalarda memnuniyet yüksek bulunmuştur (86). Bu da çalışmamızdaki hasta deneyimi cevap verebilirlik boyutları ile cinsiyet arasındaki ilişkide konfor (Kadın:6.46, Erkek:7.36) ve sosyal destek (Kadın:6.90, Erkek:7.65) boyutlarında erkek hastaların daha az rahatsızlık algısı hissetmeleri durumunu destekler bir çalışmadır.

Hastaların yaklaşık %95’i sağlık personelinin becerilerinden, hastane ekipmanı’nın ve ilaç desteğinin yeterliliğinden memnun kaldıklarını bildirmişlerdir. Sağlık çalışanlarından memnuniyet ile hasta deneyimi cevap verebilirlik boyutları arasında Saygılı Tedavi (Evet: 7.91, Hayır: 6.91), Gizlilik (Evet: 7.93, Hayır: 7.23)ve Sosyal Destek (Evet: 7.16, Hayır: 6.14) boyutlarında anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmıştır. Hastaların sağlık personelinin memnuniyetleri özellikle Sosyal Destek, Saygılı Tedavi ve Gizlilik alanların da olumlu bir cevap verebilirlik algısına yol açtığı görülmektedir. 2016 yılında İtalya’da kamu hastanelerinde tedavi edilen 38.700 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hemşire personelinin iş yükü ile cevap verebilirlik oranı arasında güçlü bir negatif ilişki bulunmuştur (33).

En düşük cevap verebilirlik puan ortalaması Konfor ve Sosyal Destek boyutunda saptanmıştır. Benzer bir sonuç göstermesi itibari ile Bursa’da 420 ayaktan 240 yatarak tedavi gören hasta üzerinde yapılan bir memnuniyet çalışmasın da yatan hastalar daha çok “oda sıcaklığı, gürültü ve odadaki eşyaların çalışmaması” ile ilgili olan fiziki koşullar hakkında en düşük düzeyde memnuniyet bildirmişlerdir (42). Başka bir

memnuniyet çalışmasında da yatarak tedavi gören 1005 hastanın, odaların ve koridorun gürültülü olması ve havalandırmanın yetersiz olmasından şikayet ettikleri, hemşirelik hizmetleri, tedavi ve bakımla ilgili konulardaki memnuniyet oranları yeterli seviyede bulunmuştur (113).

Bizim araştırmamıza benzer yöntemlerle yapılan farklı ülke cevap verebilirlik puanlarının karşılaştırılması gerekirse:

Çinde, Saygılı Tedavi 7.52, gizlilik 7.54 puan ortalaması ile bizden geride sosyal destek 8.34 puan ile ileride, 6.88 konfor puanı ile ise kısmen yakın değerlerde olduğu ancak bizim grubumuzun saygılı tedavide daha iyi puan aldığı görülmektedir(49).

İran'da akademik hastaneden alınan değerlere bakıldığında en yüksek puanın 8.14 ile sosyal destek yönünden ve 7.98 puanla konfor yönünden oldukça iyi bir cevap verebilirliğe sahip olduğu, en düşük puanın 4.72 ile seçim alt boyutunda olduğu görülmektedir (15).

Güney Afrika Cumhuriyetin de yaklaşık 2500 kişiye kamu ve özel hastanede, ayaktan ve yatarak yapılan cevap verebilirlik çalışmasında iletişim ve otonomi boyut puanının düşük olduğu ayrıca kamudaki puanların özel hastane puanlarından daha düşük olduğu anlaşılmaktadır (66).

Nijerya'da üç hastane kapsamında yapılan bir çalışmada da zamanında ilgi ve saygılı tedavi en yüksek cevap verebilirlik bulunurken, seçim ve otonomi en düşük cevap verebilirlik boyutları olarak bulunmuştur (97).

Ayrıca literatür taramasında ülkelerin cevap verebilirlik çalışmalarını farklı zamanlarda tekrarladıkları ve cevap verebilirlik alanlarından aldıkları geri dönüşüm üzerinden sağlık sistemi iyileştirme politikaları hedefledikleri görülmüştür. Ülkelerin cevap verebilirlik puan karşılaştırmalarında görülen ülkesel bazlı farklılıklar (kamu, özel, gelir düzeyi, hasta sayısı v.b) karşılaştırma yönünden çalışmanın bir kısıtlılığı olarak belirtilmelidir.

Bu çalışmada Saygılı Tedavi 8.09 ve Gizlilik, 7.90 ile en yüksek cevap verebilirlik puanını almıştır. Hasta bilgilerinin gizliliği ve mahremiyeti konusu yasa ve yönetmeliklerle güvence altına alınmıştır keza bu sonuç araştırma yapılan sağlık kuruluşunun konuya hassasiyetle yaklaştığını göstermektedir. Hasta verilerinin gizliliği korunması ve saklanması için kurumun bilgi ve bilişim güvenliğini sağladığı, kişisel verileri hasta rızası olmadan üçüncü kişiler ya da kurumlarca paylaşmadığı algısının

yüksek olduğu görülmektedir. Saygılı tedavinin iletişimden ayrı düşünülmediği, doktorlar ve hastalar arasındaki güçlü iletişimin ve hasta memnuniyetinin artırılarak bu iletişimin sürdürülmesi kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için önemli faktör (59) olup bu çalışmada en yüksek puanı alması sevindiricidir.

Hasta deneyimi cevap verebilirlik puan ortalamalarının sigortalılık durumuna göre saygılı tedavi, konfor, iletişim ve otonomi boyutları açısından anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Yeşil kart kapsamındaki hastaların bu boyutlarda SGK ve Özel Sigorta kapsamından daha iyi cevap verebilirlik algısına sahip oldukları görülmüştür. Farklı yöntemlerle ve farklı bir bölgede yapılmış olmakla birlikte Silvan Devlet hastanesinde 2008 yılında yapılan, bir çalışmada sosyal güvencesi olmayan veya yeşil kartlı olan hastalar muayene için ayrılan süreden %82.5, doktorun kendisini bilgilendirmesinden %78.2, doktorun saygı ve nezaketinden %90.9, hemşire ve sağlık personelinin %90.7 oranında memnun kaldıklarını bildirmişler (64).

Hastalara, yatışları sırasında herhangi bir sebeple kötü muameleye maruz kalıp kalmadıklarını sorduğumuz anket sorusunda, yalnızca 4 hasta sıralanan sebepler arasında cinsiyet, yaş, para ve sosyal sınıf nedeniyle kötü muameleye maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Anket formunda ifade edilen diğer kötü muameleye maruz kalma nedenlerinden (etnik köken,uyruk ,hastalık türü) hiç bahsedilmemiştir. WHO'nun 2003 yılında Türkiye'nin de içinde bulunduğu 41 ülke sonuçlarını içeren raporun da, birincil sosyo-ekonomik durum, kırsal-kentsel yaşam alanlarında ikincil olarak hastalık durumuyla ilgili ayrımcılık konusu raporlanmıştır (39). Güney Afrikada yapılan çalışmada ayrımcılık cevap verebilirliğin bütün alanlarını etkileyen bileşen olarak bulunmuştur (66). Bizim araştırmamızdaki oranın düşüklüğü, araştırmamızın halen yatmakta olan hastalar üzerinde yapılmış olmasına bağlı bir yanlılık nedeniyle olabilir.

Kısa hikaye cevap verebilirlik sorularına gösterilen tutumlarda en düşük değer Konfor ve Zamanında İlgi alanında, iyi cevap verebilirlik için en yüksek değer Saygılı Tedavi ve İletişim alanında bulunmuştur. Aynı kısa hikayelere gösterilen farklı tutumların bireysel nedenlerini ve bu nedenlerin en çok hangi cevap verebilirlik boyutlarını etkilediğine yönelik 2015 yılında 64 ülkede 150.000 katılımcı ile gerçekleştirilmiş kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda; Öğrenim düzeyi, hasta deneyimi (yatarak tedavi görüp görmediği ile sağlık düzeyi), kronik hastalığı olan bir yakınına bakma, cevap verebilirliğe gösterdiği önem gibi bireysel özelliklerin tutum farklılıklarına neden olduğu ve bunlarında en çok zamanında ilgi, konfor ve gizlilik alanlarını etkilediği bulunmuştur (108). Bizim çalışmamızda ise

bireysel özelliklerden öğrenim düzeyi, yatış süresi ve sosyal güvence şeklinin kısa hikayelerde tutum farklılıklarına neden olduğu ve bunlarında zamanında ilgi, sosyal destek, gizlilik ve seçim boyutu üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7: Bireysel özellikler ve etkilenen kısa hikaye cevap verebilirlik alanları

	Zamanında İlgi	Sosyal Destek	Gizlilik	Seçim
Eğitim				<input type="checkbox"/>
Sosyal Güvence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yatış Süresi	<input type="checkbox"/>			

Öğrenim düzeyi ile Seçim boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve üniversite mezunlarının bu hikayelere daha iyi cevap verebilirlik tutumu (okul bitirmemiş:%50, ilköğretim:%59, ortaokul-lise:%56.6, üniversite:%76) sergiledikleri görülmüştür.

Ayrıca Sağlık güvencesi ile Gizlilik ve Zamanında İlgi boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, Yeşil kart kapsamındaki hastaların (SGK:%50.6, Özel Sigorta.:62.5, Yeşil Kart:72.2) bu hikayelere daha iyi cevap verebilirlik tutumu sergiledikleri saptanmıştır. Bu sonuçlara ilaveten sağlık güvencesi ile Sosyal Destek boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup yabancı uyruklu 8 hastadan oluşan özel sigorta kapsamındaki bu hastaların (SGK:%56.9, Özel Sigorta.:87.5, Yeşil Kart:72.2) hikayelere daha iyi cevap verebilirlik tutumu sergiledikleri saptanmıştır ki bu da çok az bir kısmı temsil etmekle birlikte farklı toplumların küçük bir karşılaştırması olarak düşünülebilir.

Yaptığımız bu çalışmada, ayrıca Zamanında İlgi ile Yatış Süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur Ankete katılan hastaların yatış süresinin artmasıyla beraber iyi cevap verebilirlik tutum puanlarının düştüğü görülmüştür (1-2 gün: %62.3, 3-5 gün:%58.3, 6-14 gün: %40, 15 gün ve üzeri:%42.6).

Yatan hastaların, hasta deneyimi cevap verebilirlik algıları ile kısa hikaye cevap verebilirlik boyut sorularına tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

8. ÖNERİLER

Sağlık sisteminin performansını artırıcı önemli bir adım olan cevap verebilirlik bu çalışmada tek bir hastane genelinde yatan hastalar üzerinden değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışma ile sistemin cevap verebilirliği araştırılmaya çalışılmış, düşük ve iyi cevap verebilirlik alanlarının tespiti ile sistemin eksik ya da işleyen yönlerinin önceden belirlenmiş alanlarda değerlendirilerek bir sistem dahilinde karar vericilere sunulması hedeflenmiştir. Yatan hastalar üzerinde yapılan bu çalışmanın ayaktan hastalar üzerinde de uygulanmasının hastanenin cevap verebilirliğini algılama konusunda sistem yöneticilerine daha geniş bilgiler sunacağı düşünülmektedir. Ayrıca yapılan cevap verebilirlik çalışmalarının düzenli aralıklarla gerek aynı alanda gerekse farklı bölgesel sağlık alanları, farklı coğrafi alanlarda uygulanmasında sistemin performansının değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olacaktır.

Yapılan bu çalışmada genel olarak sağlık kurumunda gizlilik, iletişim, saygılı tedavi konularında cevap verilebilirlik beklenen düzeydedir ancak fiziki koşulların henüz yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hastane koşullarının iyileştirilmesi planlanmış olup ülke genelinde dönüşüm çalışmaları devam etmektedir. Bu konuda hastane yönetiminin Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışması ve ortak projeler yürütmesi gerekmektedir.

Hastaların, hastaneye yatış için katlandıkları ulaşım sürelerinin cevap verebilirlik puanı yüksek olmakla birlikte hastaların beraberinde belirttikleri otopark ve trafik sorununun hastanenin yerleşkesi açısından cevap verebilirliğinin ilerki dönemler de daha düşük değerlerde bulunabileceği öngörüldüğünden ya yeni otopark alanları oluşturulmalı yahut hastane binasının hasta yoğunluğu gözönüne alınarak lokasyonunun değiştirilmesi önerilmektedir.

Edilen sonuçlar dahilinde, cevap verebilirliği düşük olan alanların özellikle hastanenin temizlik, havalandırma, tuvalet, alan genişliği konularındaki konfor boyutunda ve hastaların yatış süreleri boyunca kendilerini soyutlanmış hissetmesine neden olan gerek internet erişimi, gerek televizyon eksikliği gerek ibadet alanlarının yetersizliği gerekse ziyaretçi durumunda görülen aksaklıklar gibi nedenlerle sosyal destek boyutunda olduğu saptanmıştır. Konfor boyutunda koşulların hasta ihtiyaçlarını karşılayacak doğrultuda olması; yatan hasta odalarının hijyenik olması, günlük temizlik ihtiyacını giderebileceği tuvalet ve duş alma yerlerinin bulunması, mobilyaların ergonomik ve kullanıma elverişli olması, yatakların ortopedik ve ayarlanabilir olması, refakatçi için yatan koltuk bulunması, çarşafın temiz ve hijyenik olması, sık

değiştirilmesi, tuvalet temizliğinin gün içerisinde belirli aralıklarla sürekli yenilenmesi, odanın aydınlatma ısıtma havalandırma yani iklimlendirme koşullarının uygun olması, hasta ve hasta yakını için iyi bir tıbbi tedavi almak kadar önemlidir.

Sosyal destek konusunda cevap verebilirliği artırmak için ziyaretçilerinin bekleme salonlarının hastane içerisinde ihtiyaçları karşılayacak biçimde olması, bebek emzirme alanlarının oluşturulması, ibadetleri için ibadethane alanlarının bulunması, kafeterya restoran türü yeme içme ihtiyacını karşılayabilecek mekanların varlığı, hastane içinde bazı temel ihtiyaçları karşılayabilecek kantinin bulunması, hastanede yatan çocuklar için motivasyonu artırıcı moral verici,oyun odaları, sosyal faaliyetler (müzik, oyun, tiyatro gösterimi, yüz boyama, duvar boyama, drama ve benzeri...) düzenlenmesi gerekmektedir. Eğitimlerini ve boş zamanlarını değerlendirme imkanı verecek kütüphane ya da kitaplıklar oluşturulması, yatan hastanın bilgi ihtiyacının karşılanması sosyalleşme ve kültürel deneyimi artırması açısından faydalıdır. Sosyal destek konusunda hastane yönetimi derneklerle, sivil toplum kuruluşları ve belediyelerle işbirliği içerisinde faaliyetler yürütmelidir. Hastaların ve yakınlarının internet bağlantısı, kablosuz ağlara bağlanabilme imkanı sağlanmalıdır. Hasta odalarında ve bekleme salonlarında TV gibi kitle iletişim araçları bulunmalıdır. Keza çoğu hasta odasında, hastalar kendi imkanlarıyla odalarına televizyon getirdiklerini belirterek televizyonsuzluktan şikayet etmektedirler. Bina şartlarının cevap verebilirliğin konfor ve sosyal destek alanlarını destekleyemediği görülmektedir.

Yapılan bu çalışmada, yatış süresinin uzamasıyla beraber sosyal destek cevap verebilirlik puanlarının yükselmesi uzun süre yatan hastaların ya özel odalarda tedavi hizmeti almalarından ya da kendi imkanları dahilinde eksiklikleri tamamlayıp adapte olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yatış için uzun bekleme süresinden şikayet eden %10'luk hasta grubu için klinik bazında değerlendirmeler yapılmamıştır. Hastanın bekleme süresi, tedaviye başlama süresi hastalığın seyri ve iyileşmesi sürecinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bekleme süreleri verilen hizmete ve tedaviye göre değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda her kliniğin standartları belirlenmeli ve bu standartlar geçerliliği ve işlerliliği konusunda denetlenmelidir. Yürütülen bu çalışmalar cevap verebilirliği artıracak gibi zamandan, paradan ve hastane maliyet verimliliği açısından kurum yararına avantaj sağlayacağı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada destekleyici bir şekilde, hastaneler kurulmadan önce kapsamlı fizibilite çalışması yapılarak, hastanelerin büyüklüğü, servislerin sayısı ve çeşitliliği, servislere yatak ve personel dağılımının planlı bir şekilde yapılması, servisler arasında kapasite kullanma oranına bağlı olarak maliyetler açısından oldukça büyük farklar saptandığından, servislere yapılacak yatak tahsisinde bu durumun dikkate alınması

hastane olanaklarının akılcı ve verimli kullanılmasının sağlanması, en az maliyet ile en etkili sağlık hizmeti sunulmasına katkıda bulunacağı belirtilmiştir (115).

Sadece tek bir hastanede yapılması nedeniyle kısıtlı veri girişinin olması elbette Türkiyede'ki sağlık sisteminin cevap verebilirliğini tam olarak ölçmemize olanak sağlayamaz. Örnek teşkil etmesi ve yaygınlaşması için yol gösterici olacağı inancıyla ve daha sonra yapılacak olan cevap verebilirlik çalışmaları için kıyaslama imkanı sunacağından sistem değerlendirmesinde ve performansı artırmada katkı sağlayacağı inancındayım. Ülkenin farklı bölgelerinde özellikle kısa hikaye sorularından elde edilecek puanların bölgesel memnuniyet farklılıklarını açıklamada ve farklılıklara neden olan sosyokültürel, ekonomik, bireysel etkenlerin nedenleri tespit etmekte önemli bir araç olacaktır. İleride daha geniş, bölgesel sağlık alanlarını kapsayan, özel ve kamu hastanelerini karşılaştırabilen ileri çalışmalarının olması ayrıca ayaktan hastalar üzerine yapılacak olan cevap verebilirlik çalışmalarında sistemin işleyişi ve değerlendirilmesi yönünden daha kapsamlı veriler vereceği inancındayım.

9. KAYNAKLAR

1. Acar P. Cevap verebilirlik ve iyi yönetim. İyi yönetişimin temel unsurları, T.C Maliye Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı Yayını, Ayrıntı Basımevi, Ankara, 2003.
2. Akalın E, Durusu MT, Sayran F. Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü, Yayın No: TÜSİAD 06; 529, Haziran, 2012.
3. Akdağ R. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, Kasım, 2008.
4. Akdur R. Sağlık Sektörü temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin uyumu (genişletilmiş ve güncellenmiş ikinci baskı). ATAUM Araştırma Dizisi no:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 2006
5. Akkılıç ME. Sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve Elazığ'daki bazı yataklı tedavi kuruluşlarında bir uygulama. Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 12 (1); 203-218, Elazığ, 2002.
6. Aktan CC, Işık AK. Sağlıkın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirelerine toplu bir bakış. Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (ed), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Yayınları, Ankara, 2007.
7. Anhang PR, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. Medical Care Research and Review, 71 (5); 522-554, 2014.
8. Anell A, Rosen P, Hjortsberg C. Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents. Health Policy, 40 (2); 157-168, 1997.
9. Atilla G, Oksay A, Erdem R. Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma/a qualitative pre-study on the physician-patient communication. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 43; 23, 2012.
10. Avcı K, Çınaroğlu S. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nin örgütsel ve finansal performans göstergeleri bakımından kümelenmesi. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 33 (2), 2015.
11. Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç EM, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara Med J, 15 (1); 26-31, 2013.
12. Ayoğlu F, Sağlıkın belirleyicileri uyumluluk modu 1. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. <https://www.academia.edu/8484503/Sagligin-belirleyicileri-Uyumluluk-Modu1>, 2017.
13. Balcı E, Gün İ. Kayseri il merkezinde görev yapan öğretmenlerin aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi, 33; 129-140, 2011.

14. Bauhoff S, Hotchkiss DR, Smith O. Responsiveness and satisfaction with providers and carriers in a safety net insurance program: Evidence From Georgia's Medical Insurance For the Poor. *Health Policy*, 102 (2); 286-294, 2011.
15. Bazzaz MM, Taghvaei MR, Salehi M, Bakhtiari M, Shaye ZA. Health system's responsiveness of inpatients: hospitals of Iran. *Glob J Health Sci.*, 7 (7); 106-113, 2015.
16. Blendon RJ, Schoen C, Desroche CM, Osborn R, Scoles KL, Zapert K. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 21 (3); 182-191, 2002.
17. Bostan S. What has the health transformation program in Turkey changed for patients. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16 (2), 2013.
18. 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.
19. Bulakbaşı M. Sağlık tanımı, sağlık hizmetleri, Türk Sağlık Sistemi <https://Neu.Edu.Tr/Wp-Content/Uploads/2015>.
20. 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.
21. 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.
22. Çetin G, Çelik G, Fatih ÖK, Güneş ME, Keskin H. Toplam kalite yönetimi uygulamasının yatan hasta memnuniyetine etkisi: altı yıllık kamu hastanesi deneyimi. *İstanbul Medical Journal*, 13 (4); 2012.
23. Danacı B. Sağlık bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin yataklı birimlerinde görev yapan hemşirelerin iş tatminlerinin karşılaştırılması. Dumlupınar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı, 2010.
24. Darby C, Valentine N, Murray CJ, De Silva A. World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.
25. De Silva A, Valentine NA. Framework for measuring responsiveness, WHO GPE Discussion Paper Series, 32, 2000.
26. Demirer Ö, Bülbül H. Kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi, hasta tatmini ve tercihi arasındaki ilişki: karşılaştırmalı bir analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (2), 2014.
27. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi <http://www.unicankara.org.tr/doc/pdf/metin134.pdf>, 2017.
28. Er Ü. Sağlıkta dönüşümün aracı genel sağlık sigortası. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2011.

29. Eren D. Sağlık sektörü. [Http://Bys.Trakya.Edu.Tr/File/Download/23379059/](http://Bys.Trakya.Edu.Tr/File/Download/23379059/), 2017.
30. Ergenoğlu Sungur A, Tanrıtanır A. Genel hastanelerde kullanıcı memnuniyeti açısından hasta odalarında mimari mekân kalitesinin irdelenmesi: Gaziantep ilinde bir alan çalışması, *Megaron* 8(2); 61-75, 2013.
31. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91 (8); 546-546a, 2013.
32. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM, Reed GM. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15 (2); 160-170, 2015.
33. Fiorentini G, Robone S, Verzulli R. How do hospital-specialty characteristics influence health system responsiveness? An empirical evaluation of inpatient care in the Italian Region of Emilia-Romagna, 2016.
34. Goldwag R, Rosen B. Responsiveness of the health care system: findings from the Israeli component of the World Health Survey. JDC-Brookdale Institute, Smokler Center for Health Policy Research, 2007.
35. Gostin LO, Hodge JG, Valentine N, Nygren-Krug H. World Health Organization. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. *Health and Human Rights Working Paper Series 2*, 2003.
36. Gromulska L, Supranowicz P, Wysocki MJ. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 65 (2); 155-164, 2014.
37. 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.
38. Hayran O. Sağlık yönetimi yazıları. Yeditepe Üniversitesi. Sage Yayıncılık, 2. Baskı. Ankara, 2012.
39. Health System Responsiveness Survey Results: Equitable, Humane, Patient-Centered Treatment by Health Systems, or Not? Sample Report. Country Profile, November, 2003.
40. Health System Responsiveness Sample Report, <http://who.int/responsiveness/MCSS%20Sample%20Report.pdf>, 2001.
41. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html, 2017.
42. Hekimoğlu L. Kamuya Ait bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan ve yatan hasta memnuniyeti. *Konuralp Tıp Dergisi*, (1); 1-5, 2015.
43. Joachim M, Sinclair M. Reflections on ministerial leadership: health reform in Turkey. Harvard School of Public Health, Ministerial Leadership in Health, USA, 2011.

44. Johansen AS. Sağlıkta stratejik planlama: Türkiye örneği. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2015.
45. 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.
46. Kasapoğlu A. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. Journal of Sociological Research* 19 (2); 131-174, Ekim/October, 2016.
47. Lim HC, Tan CB, Goh LG, Ling SL. Why do patients complain? a primary health care study. *Singapore Medical Journal,* 39 (9); 390-395, 1998.
48. Lodenstein E, Dieleman M, Gerretsen B, Broerse JE. Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle-income countries: a realist review. *Health Policy Plan,* 32 (1); 125-140, 2017.
49. Luo Q, Wang Q, Lu Z, Liu J. Evaluation of responsiveness of community health services in urban China: A quantitative study in Wuhan city. *PLoS One.* 8 (5); e62923, 2013.
50. Malhotra C, Do YK. Socio-Economic Disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan.* 28 (2); 197-205, 2013.
51. Malhotra C, Do YK. Public health expenditure and health system responsiveness for low-income individuals: results from 63 countries. *Health Policy Plan.* 32 (3); 314-319, 2017.
52. Mohammadi A, Kamali K. Responsiveness in the healthcare settings: a survey of in patients. *International Journal of Hospital Research,* 3 (3); 123-132, 2014.
53. Mosallam RA, Aly MM, Moharram AM. Responsiveness of the health insurance and private systems in Alexandria, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc.* 88 (1); 46-51, 2013.
54. 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.
55. Murray CJ, Frenk JA. Framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization,* 78 (6); 717-731, 2000.
56. Murray CJ, Kawabata K, Valentine N. People’s experience versus people’s expectations. *Health Affairs,* 20 (3); 21-24, 2001.
57. 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.
58. Najafi F, Karami-Matin B, Rezaei S, Rajabi-Gilan N, Soofi M. Health system responsiveness after health sector evolution plan (HSEP): An inpatient survey in Kermanshah, 2016.

59. 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.
60. OECD. OECD sağlık sistemi incelemeleri Türkiye (OECD-World Bank), 2008. *Med J Islam Repub Iran*. 30; 387, 2016.
61. Öcek Z. Sağlık Bakanlığı'nın araştırmaları vesilesi ile hasta memnuniyeti. *Toplum ve Hekim*. 29 (2), Mart- Nisan, 2014.
62. Öner C. Sağlıkın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 5 (3), 2014.
63. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S. İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1); 33-49, 2008.
64. Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Silvan Devlet Hastanesi'ne başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 35 (2), 2008.
65. Özer N, Köçkar Ç, Yurttaş A. Kalp damar cerrahisi kliniğinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3); 12-9, 2009.
66. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res.*, 9; 117, 2009.
67. Rademakers J, Nijman J, Brabers AE, De Jong JD, Hendriks M. The Relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy*, 114 (2); 200-206, 2014.
68. Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, Mohammad K. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th district of Tehran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13 (5); 302, 2011.
69. Rice N, Robone S, Smith P. Analysis of the validity of the vignette approach to correct for heterogeneity in reporting health system responsiveness. *The European Journal of Health Economics*, 141-162, 2011.
70. Robone S, Rice N, Smith PC. Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross country comparative analysis. *Health Services Research*, 46; 2079-2100, 2011.
71. Röttger J, Blümel M, Fuchs S, Busse R. Assessing the responsiveness of chronic disease care-is The World Health Organization's Concept of health system responsiveness applicable. *Social Science & Medicine*, 113; 87-94, 2014.
72. Röttger J, Blümel M, Linder R, Busse R. Health system responsiveness and chronic disease care-what is the role of disease management programs? An analysis based on cross-sectional survey and administrative claims data. *Social Science & Medicine*, 185; 54-62, Jul, 2017.

73. Sağlık Bakanlığı. Birimlerimiz. Güncelleme tarihi: 2016. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11531/birimlerimiz.html>, 2017.
74. Sağlık Bakanlığı. Genel Sağlık İstatistikleri (2016-İlk yarıyılı) <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>, 2017.
75. Sağlık Bakanlığı. Gezici Sağlık Araçları ve Mobil Üniteler Hakkında Genelge. 2010/81 <Http://Saglik.Gov.Tr/Tr,11029/Gezici-Saglik-Araclari-Ve-Mobil-Uniteler-Hakkinda-.Html>, 2016.
76. Sağlık Bakanlığı. Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi. <Http://Www.Kalite.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/3620,Memankrehpdf.Pdf?0>, 2012.
77. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Hastane Yönetimi Eğitimi Referans Notları. [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/hasyonegt%20\(1\).pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/hasyonegt%20(1).pdf), 2017.
78. Sağlık Bakanlığı. Dünya Astım Günü Basın Bildirgesi. Mayıs 2015. <http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/haberler/1080-d%C3%BCnya-ast%C4%B1m-g%C3%BCn%C3%BC-bas%C4%B1n-bildirisi-5-may%C4%B1s2015.html>, 2017.
79. Sağlık Bakanlığı. OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/35c966a9f1d343909d4d0858be.pdf>, 2015.
80. Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları ile İlgili Temel Bilgiler. <http://www.saglikhakki.org/temelbilgi.htm>, 2008.
81. Savaş E, Bahar A. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi, 17 (1); 24-28, 2011.
82. Seçim H. Hastanelerini Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri. Management -Education-Research-Informatic for Health, <http://www.merih.net/ml/hastmod1.htm>, 2017.
83. Sirven N, Santos-Eggimann B, Spagnoli J. Comparability of health care responsiveness in Europe. Social Indicators Research, 105 (2); 255-271, 2012.
84. Salomon JA, Tandon A, Murray CJ. Comparability of self rated health: cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. BMJ, 328 (7434); 258, 2004.
85. Stepurko T, Pavlova M, Groot W. Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six central and Eastern European Countries. BMC Health Services Research, 16 (1); 342, 2016.
86. Şensoy N, Özmen A, Doğan N, Ercan A, Karabekir HS. Afyonkarahisar il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti araştırması. J Clin Anal Med, 5 (1); 29-34, 2014.
87. Taşlıyan M, Akyüz M. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde bir alan çalışması. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 12 (19); 61-66, 2010.

88. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, 2007.
89. Tekin B. Temel sağlık göstergeleri açısından Türkiye'deki illerin gruplandırılması: bir kümeleme analizi uygulaması. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 5 (2); 389-416, 2015.
90. Temür Y. İllerin gelişmişlik derecelerine göre hastanelerin etkinlik analizi. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari İlimler Fakültesi Dergisi, 29 (2); 1-22, 2010.
91. Temiz Ö. Türk Hukuku'nda bir temel hak olarak sağlık hakkı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 69 (01); 165-188, 2014.
92. Tremblay D, Roberge D, Berbiche D. Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. BMC Health Serv Res. 15; 425, 2015.
93. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015-2016. Sayı: 21522, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>.
94. TÜİK. Türkiye'de Obezite Oranı. 2015 Sayı: 58 http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf.
95. TÜİK. Sayı: 2459610 Motorlu Kara Taşıtları. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24596>.
96. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>.
97. 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.
98. Uğurluoğlu O, Çelik Y. How responsive Turkish Health Care System is to its citizens: the views of hospital managers. J Med Syst. 30 (6); 421-428, 2006.
99. Uğurluoğlu Ö, Çelik Y. Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8 (1); 3-26, 2005.
100. Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi. <https://burakgemalmaz.files.wordpress.com/2015/05/a-2-1966-dec-16-eskhs.pdf>, 2015.
101. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Çelik C, Sadana R, at al. WHO Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness. Geneva: World Health Organization, 2001.
102. Ünalı N. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda itibarın önemi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2 (2), 2015.
103. Vaizoğlu S. Sağlık hizmetlerinde memnu-niyet. Toplum ve Hekim. 29 (2), Mart- Nisan, 2014.

104. 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.
105. 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.
106. Valentine N, De Silva, A, Murray C. Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results. Geneva: World Health Organization, 2000.
107. Valentine NB, Ortiz JP, Tandon A, Kawabata K, Evans DB, Christopher JL, Murray CJ. Patient experiences with health services: population surveys from 16 OECD countries. In: Murray CJL, Evans DB, editors. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO, 643-652, 2003.
108. Valentine N, Verdes-Tennant E, Bonsel G. Health systems' responsiveness and reporting behaviour: Multilevel analysis of the influence of individual-level factors in 64 countries. *Social Science & Medicine*, 138; 152-160, 2015.
109. 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.
110. Yaş Zeyrekli S. Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nin Karşılaştırılması, Trakya Üni., 2009.
111. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, [Http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar](http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar), 2017.
112. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.5 (2), 2001,
113. Yılmaz ER. Beyin cerrahi servisinde hasta memnuniyeti anketleri ve hizmet kalitesine etkileri. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 3 (3); 126-12, 2011.
114. Yıldız Y. Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetimsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama, 2008.
115. Yiğit V, Ağırbaş İ. Hastane işletmelerinde kapasite kullanım oranının maliyetlere etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2); 141-162, 2004.
116. WHO, Hospitals. <http://www.who.int/hospitals/en/>, 2017.
117. WHO. The health systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study." W.H. Report, 2005.
118. WHO. Successful Health System Reforms: the Case of Turkey. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012.

119. WHO. The World Health Report 2000: Health Systems; Improving Performance. Geneva, 2000.
120. World Health Organization. <http://www.who.int/suggestions/faq/en>, 2017.
121. <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf>. Sağlıkta kalite standartları, 2017.
122. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/10b60745ac2a46c99643bb2a120674c0.pdf> OECD Sağlık İstatistikleri 2015.
123. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2017.



10. EKLER

EK. 1 İZİN BELGESİ



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-399. -E.3797
Konu : Betül AKALIN
Araştırma İzni

10/02/2017

İSTANBUL BEYOĞLU BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Betül AKALIN'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneğinde Yataklı Tedavi Kurum Hizmetlerinin Cevap Verebilirliği*" isimli tez çalışması kapsamındaki araştırmalarını, Genel Sekreterliğinize bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Yoğun Bakım, Acil Servis ve Psikiyatri Klinikleri hariç, Şubat 2017 – Haziran 2017 tarihleri arasında yatan tüm hastalar üzerinde yapabilmesi hususunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür

EK:
Etik Kurul Onayı (3 sayfa)

EK. 2 İZİN BELGESİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İstanbul İli Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ BEYOĞLU BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ BEYOĞLU KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI



ÇOK İVEDİ

Sayı : 97175836-771
Konu : Araştırma İzni (Betül AKALIN)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETİFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : İstanbul Medipol Üniversitesinin 10/02/2017 tarihli ve 31034136-399-E.3797 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Betül AKALIN'ın, Prof.Dr. Osman HAYRAN danışmanlığında "Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneğinde Yataklı Kurum Hizmetlerinin Cevap Verebilirliği" konulu doktora tez çalışmasının Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Kurumunuz Yoğun Bakım, Acil Servis ve Psikiyatri Klinikleri hariç, yatan tüm hastalar üzerinde uygulanabilmesi talep edilmektedir.

Söz konusu doktora tez çalışması talebinin Hastane Yöneticiliğiniz tarafından uygunluğunun değerlendirilerek Genel Sekreterliğimize bildirilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

Yazı sureti (17 sayfa)

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No:63 Şişli/İstanbul

Faks No:0212 386 13 31

e-Posta:emine.aydin15@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

<http://www.istanbulbeyoglu.khb.saglik.gov.tr/>

Bilgi için:Emine AYDIN

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:0212 386 13 30

Faturanın elektronik imzalı suretine <http://e-hesap.saglik.gov.tr> adresinden 03338080.2a35.d1aa.b01.a0b4285a3b66 kodu ile erişebilirsiniz.

EK. 3 İZİN BELGESİ

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Araştırma ve Uygulama Merkezi(SAUM)
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

Karar Tarihi: 20 / 03 /2017

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora programı öğrencisi Betül AKALIN'ın Prof.Dr.Osman HAYRAN danışmanlığında hazırlanmış olduğu "Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneğinde Yataklı Kurum Hizmetlerinin Cevap Verilebilirliği " isimli tezinin Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Yoğun Bakım, Acil Servis ve Psikiyatri klinikleri hariç yatan tüm hastalar üzerinde uygulanabilmesi talebi kurumumuzca da uygun bulunmuştur.

Prof.Dr.Mehmet MİHMANLI
Genel Cerrahi Eğitim Görevlisi

Prof.Dr.İlyas DÖKMETAŞ
Enfeksiyon Hastalıkları ABD Öğretim Üyesi

Prof.Dr.Semra KARŞIDAĞ
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD
Öğretim Üyesi

Doç.Dr.Muzaffer BAŞAK
Radyoloji Kliniği Eğitim Görevlisi

Doç.Dr.A.Murat MÜSLÜMAN
Beyin Cerrahisi Eğitim Görevlisi

Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ
İç Hastalıkları ABD Öğretim Üyesi
Eğitim Koordinatörü

Prof.Dr.Abdulkadir ÜNSAL
Başhekim
Kurul Başkanı

EK. 4 ANKET FORMU

SAĞLIK ANKETİ SAĞLIK SİSTEMİNDE CEVAP VEREBİLİRLİK

Bu çalışmadaki soru formu İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Programı'nda hazırlanmakta olan “Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneğinde Yataklı Tedavi Kurumu Hizmetlerinin Cevap Verebilirliği” isimli doktora tez araştırması için hazırlanmıştır. Araştırma tamamıyla bilimsel amaçlı olup, şahsınıza ait bilgiler hiçbir kişi ya da kuruma verilmeyecektir. Ayırdığınız zaman ve katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederim.

Betül Akalın

1	Hasta Kodu					
2	Cinsiyet	Kadın ()	Erkek ()			
3	Yaşınız					
4	Medeni Durumu	Bekar ()	Evli ()	Boşanmış ()	Dul ()	Ayrı ()
5	Öğrenim Durumu	Okul Bitirmemiş ()	İlköğretim ()	Ortaokul ve Lise ()		Üniversite ()
6	Sağlık Güvencesi	SGK ()	Özel Sigorta ()		Yok ()	
7	Yatış Sebebiniz	Yüksek Ateş, Şiddetli İshal veya Öksürük ()				
		Doğum ()				
		Artrit ()				
		Astım ()				
		Kalp Hastalığı ()				
		Bedensel Yaralanma ()				
		Ufak Ameliyat ()				
		Diğer ()				
8	Kaç gündür yatıyorsunuz?	1-2 gün ()	3-5gün ()	6-14gün ()	15gün ve fazlası ()	
9	Sizce, sağlık personelinin becerileri tedaviniz için yeterli miydi?	Evet () Hayır ()				
10	Sizce, hastane ekipma' nı sizin tedaviniz için yeterli mi?	Evet () Hayır ()				
11	Sizce, hastanenin ilaç desteği sizin tedaviniz için yeterli mi?	Evet () Hayır ()				
12	Evinizden bu hastaneye ulaşımınız aşağı yukarı kaç dakika zamanınızı aldı?					

13	Hastaneye hangi ulaşım aracıyla geldiniz? Özel Araba veya Motosiklet () Toplu Taşıma () Ambulans () Bisiklet () Yaya () Diğer ()		
14	Bu yatışınız için, yatış tanısı konduktan sonra ne kadar süreyle hastaneye yatmayı beklediniz? Aynı gün () 1hafta'dan az () 1ay'dan az () 3ay'dan az () 3ay'dan fazla ()		
15	Bu yatışınızın masraflarını nasıl karşıladınız? SGK () Özel sigorta () Cepten ()		
16	Cepten ödeme yaptı iseniz ne için ne kadar yaptınız?	1. Muayene ücreti	TL
		2. İlaçlar	TL
		3. Tetkikler	TL
		4. Ulaşım	TL
		5. Diğer	TL
17	Bu yatışınız için, Sosyal sağlık güvenceniz'den dolayı normal sağlık bakım ücretlerinden daha düşük bir ödeme yaptığımızı düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()		
18	Bu yatışınız için, aynı odada kaç kişi kalıyorsunuz?		

		Çok İyi	İyi	Makul	Kötü	Çok Kötü
19.	Bu yatışınız için, hastaneye ulaşım sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?					
20.	Bu yatışınız için, hastaneye başvurmadan önceki bekleme sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?					
21.	Bu yatışınız için, hastaneye geldiğinizde gördüğünüz ilgi, saygı ve karşılama biçimini nasıl değerlendirirsiniz?					
22.	Bu yatışınız için, fiziksel muayene ve tedaviler sırasında gizliliğinize gösterilen özeni nasıl değerlendirirsiniz?					
23.	Bu yatışınız için, hastalığınızla ilgili sağlık personelinin size yaptıkları açıklamaları nasıl değerlendirirsiniz?					

24.	Bu yatışınız için, sağlık probleminiz veya tedaviniz hakkında soru sormak için yeterli zaman deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz?					
25.	Bu yatışınız için, alternatif tedavi veya test türleri hakkında bilgi alma deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz?					
26.	Bu yatışınız için, sizinle ilgili yapılacak işler kararlaştırılırken sizin fikirlerinizin sorulmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
27.	Bu yatışınız için, sağlık personeli ile özel konularınızı rahatlıkla konuşabilme durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?					
28.	Bu yatışınız için, kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimini nasıl değerlendirirsiniz?					
29.	Bu yatışınız için, size hizmet eden sağlık personelini seçme özgürlüğünüzü nasıl değerlendirirsiniz?					
30.	Bu yatışınız için, hastanenin odalarının içini ve tuvaletlerin temizliğini nasıl değerlendirirsiniz?					
31.	Bu yatışınız için, bulunduğunuz alanın genişliğini nasıl değerlendirirsiniz?					
32.	Bu yatışınız için, aile ve arkadaşlarınızın ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
33.	Bu yatışınız için, hastanede olduğunuzda dış dünyayla temas halinde kalma deneyiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?					
34.	Bu yatışınızda, hastanedeki sağlık personeli tarafından aşağıdaki nedenlerden dolayı kötü muameleye maruz kaldınız mı?	Cinsiyet () Yaş () Para () Sosyal Sınıf () Etnik Köken () Hastalık türünüz () Uyruk ()				

SAĞLIK SİSTEMİNDE CEVAP VEREBİLİRLİK İÇİN KISA HİKAYELER

Şimdi size kişilerin sağlık bakım hizmetleri ile ilgili tecrübelerini okuyacağım. Burada kişilerin yaşadıklarını tecrübeler hakkında düşünerek kendinizi onun yerine koyun. Her bir hikayeyi bitirdiğimde size okuduğum hikaye çok iyi, iyi, makul, kötü ve çok kötü olarak değerlendirmenizi istiyorum.

	Saygılı Tedavi ve Zamanında İlgi- A	Çok İyi	İyi	Makul	Kötü	Çok Kötü
1.	Ahmet sırt ağrısı ile uyanıyor ve kliniğe gitmesi 30 dakikasını alıyor ve 5 dakika içerisinde görülüyor. Ahmet'in bekleme zamanını nasıl değerlendirirsiniz?					
2.	Ayşe bebeğini aşıya götürüyor. Hemşire “merhaba” diyor ama bebeğinin ismini sormuyor. Hemşire bebeği değerlendiriyor ve bebeğin tişörtünü bekleme odasının da çıkartıyor. Ayşe'nin karşılanmasını ve saygıyla konuşulmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
3.	Mehmet bacağını kırdı. En yakın hastaneye araba ile gitmesi 1 saatini aldı. Ağrısı vardı fakat cerrah için 1 saat beklemek zorunda kaldı ve ertesi gün ameliyat edildi. Mehmet'in bekleme zamanını nasıl değerlendirirsiniz?					
4.	Hasan kötü grip olmuştu. Hemşire Hasan'ın öksürüğü hakkında endişesini açıkladı ve doktoru aradı, Hasan'a büyük bir ekran arkasında tam göğüs muayenesi yaptı ve onu diğer hastalardan sakladı. Hasan'ın karşılanmasını ve saygıyla konuşulmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
5.	Ali elini kırdı. Kliniğe yürüyerek gitti çünkü ulaşım aracı yoktu ve ulaşması birkaç saat aldı. Doktora gözükmeyen önce 2 gün boyunca klinik yakınlarında kaldı. Ali'nin bekleme zamanını nasıl değerlendirirsiniz?					
6.	Fatma hamile ve kan kusması nedeni ile hastaneye gitti. Bir hemşire nazikçe onu karşıladı ve özel bir oda da yardım etti. Bayan doktor geldi, onu muayene etti ve kanlı elbisesini değiştirmesi için ona temiz önlük verdi. Fatma'nın karşılanmasını ve saygıyla konuşulmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
7.	Zehra'nın çocuğu çok ağır hasta oldu. Zehra ambulansı aradı, ambulans 10 dakika sonra geldi ve 5 dakika içinde hastanede idiler ve doktorlar çocuğu tedavi etti. Zehra'nın bekleme zamanını nasıl değerlendirirsiniz?					

8.	Zeynep kalabalık bir kliniğe gitti. Önce kimse onunla ilgilenmedi fakat 5 dakika sonra bir hemşire onu diğer hastalardan gizlendiği küçük bir ekran arkasında muayene etti. Zeynep'in karşılanmasını ve saygıyla konuşulmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
9.	Kazım'ın kan testine ihtiyacı vardı. Kliniğe otobüsle gitmesi 45 dakikasını aldı ve hemşireye görünmek için 30 dakika bekledi. Kazım'ın bekleme zamanını nasıl değerlendirirsiniz?					
10.	Kerem'in AIDS'i vardı. Sağlık merkezine gittiğinde hemşireler onunla konuşmadı ve kasten onu gözardı ettiler. Muayene sırasında, elbiseleri çıkarıldı ve yarı çıplak bekleme odasında bekletildi. Kerem'in karşılanmasını ve saygıyla konuşulmasını nasıl değerlendirirsiniz?					

	İletişim ve Konfor -B	Çok İyi	İyi	Makul	Kötü	Çok Kötü
1.	Tarık çok iyi göremiyordu. Bu nedenle doktora gitti ve problemini açıkladı. Doktora sorular sordu ve doktor Tarık'a herşeyi anlayana kadar tüm sorularına cevap verdi. Sağlık çalışanının Tarık'a herşeyi açıkça anlatma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
2.	Leyla hastanede tek odada kalıyordu ve banyoyu diğer iki kişi ile paylaşmakta idi. Odası ve banyo sıklıkla temizlendi ve havalandırıldı. Oda hizmetlerini tuvaletler de dahil temizliği nasıl değerlendirirsiniz?					
3.	Nazlı karın ağrısı ile acil kliniğe gitti. Doktor Nazlı'ya onun durumunu ve tedavisini açıkladı. Nazlı ona bazı sorular sordu ve doktor onun durumuna benzer örnekler kullanarak o herşeyi anlayana kadar açıkladı. Sağlık çalışanı'nın Nazlı'ya herşeyi açıkça anlatma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
4.	Arzu kalça operasyonu için geçen yıl hastaneye kaldırıldı. Rahat ve ferah özel bir odada kaldı ve odanın banyosu vardı. Oda hastane personeli tarafından günlük olarak temizlendi. Yatak rahattı ve çarşaf lar günlük olarak değiştirildi. Oda hizmetlerini tuvaletler de dahil temizliği nasıl değerlendirirsiniz?					

5.	Burçin bir araba kazasından sonra hastane yatırılmıştır. Onun vücudunda çok fazla çizdiği, çürüğü ile beraber, bazı kırık kemikleri vardı. Doktor onu gördüğünde ona sağlık kayıtlarını sordu. Hemşireye de bazı sorular sordu ve sonrasında iyi olacağını söyleyerek odadan ayrıldı. Burçin emin olmakla birlikte hastanede diğer hafta da kalacağını tahmin etti. Sağlık bakım sağlayıcısının Burçin'e herşeyi açıkça anlatma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
6.	Hediye sinir krizi hastasıdır ve geçen yıl 3 ayını hastalığından dolayı hastanede geçirdi. Çarşafı olmayan rahatsız bir yatak üzerinde uyumak zorunda kaldı. Orada yurt tazındaki hastane koğuşunda 30 kişi vardı. Koğuşta tuvaletler kokuyordu, çünkü temizlenmiyordu. Hediye cilt enfeksiyonu ile taburcu oldu çünkü yıkanamamıştı ve yatağında böcekler vardı. Oda hizmetlerini tuvaletlerde dahil temizliği nasıl değerlendirirsiniz?					
7.	Süleyman okuyup yazamıyordu. Başı döndüğü için doktora gitti. Doktorun Süleyman'ın sorularına cevap verecek zamanı yoktu ve ona birşey açıklamadı. Onu hiçbirşey söylemeden bir kağıt parçası ile gönderdi. Sağlık bakım sağlayıcısının Süleyman'a herşeyi açıkça anlatma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
8.	Okan küçük hastane odasını 5 hasta ile paylaşıyordu ve yataklar arasında bölme yoktu. 5 hasta ile iki günde bir temizlenen ve bazen kokan bir tuvaleti paylaşıyordu. Oda hizmetlerini tuvaletler de dahil temizliği nasıl değerlendirirsiniz?					
9.	Banu'ya epilepsi hastalığı olduğu ve ilaç alma zorunda olduğunu söylendi. Doktor Banu'ya hastalığı ile ilgili durumu çok kısaca açıkladı. Doktor çok meşguldü ve görünmeyi bekleyen çok hastası vardı. Doktor Banu'ya 'hoşçakalın' dedi ve Banu ofisi terketti. Sağlık bakım sağlayıcısının ona herşeyi açıkça anlatma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
10.	Nalan hastane odasını 4 kişi ile paylaşıyordu. Onun koğuşunun dış koridorunda bulunan bir tuvalet vardı. Oda tozlu idi, sıcaktı ve havalandırması yoktu. Oda hizmetlerini tuvaletler de dahil temizliği nasıl değerlendirirsiniz?					

	Gizlilik ve Seçim-C	Çok İyi	İyi	Makul	Kötü	Çok Kötü
1.	Fikri utanç verici bir problem hakkında doktoru ile konuşuyordu. Kalabalık bekleme salonunda onun bir arkadaşı ve komşusu da vardı. Gürültü yüzünden doktor Fikri'nin ihtiyacı olduğu tedaviyi söylerken bağırarak zorunda kaldı. Sağlık çalışanının Fikri'yle sağlığı konusunda özel olarak konuşma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?					
2.	Kliniğin yoğun olmadığı zamanlarda, Mine hangi doktora görünebileceğini seçebilmektedir. Fakat klinik çoğunlukla yoğundur ve kim uygunsu ona görünmektedir. Mine' nin sağlık çalışanını seçme özgürlüğünü nasıl değerlendirirsiniz?					
3.	Neva doktoru ile hastalığı hakkında tam gizlilik içinde konuştu. Bir keresinde Neva doktorunun kendi arkadaşı ile onun hastalığını konuştuğunu duydu. Doktoruna bir daha konuşmamasını söyledi. Doktoru bir daha onun hastalığı ile ilgili başkaları ile konuşmadı. Sağlık çalışanının Neva ile sağlığı konusunda özel olarak konuşma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?					
4.	Mahir'in kasabasında çok sayıda hemşire ve doktorun bulunduğu büyük bir klinik vardı. Mahir hassas bir sağlık problemi olduğunda kadın doktor veya hemşirenin yerine erkek doktor ve hemşireye görünebilmektedir. Mahir'in sağlık çalışanını seçme özgürlüğünü nasıl değerlendirirsiniz?					
5.	Elif'den bekleme odasının tam ortasında ciddi bir sağlık problemini doktora anlatması istendi. Doktor herşeyi hemşireye tekrarlattı ve tüm diğer hastalar ve ailesinin birçoğu onunla ilgili herşeyi duydu. Sağlık çalışanının Elif ile sağlığı konusunda özel olarak konuşma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?					
6.	Belma'nın üreme problemi vardı ve köyünden sadece bir erkek doktorun olduğu en yakın kasabaya tedavi için gitti. Kadın doktora görünmek istedi fakat başka seçeneği yoktu. Belma'nın sağlık çalışanını seçme özgürlüğünü nasıl değerlendirirsiniz?					
7.	Ali'yi küçük özel bir odada doktor muayene ediyordu. Muayene sırasında hemşire arasına içeri girdi ve konuşmaları dinledi. Bazen kapıyı kapatmayı unuttu bu nedenle bekleme odasındaki insanlar konuşmaların bir kısmını duydular. Sağlık çalışanının Ali ile sağlığı konusunda özel olarak konuşma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?					

8.	Devlet, İbrahim'in yaşadığı yerdeki herkesi belli bir yerel kliniğe yönlendirmektedir. Klinikte 3 doktor vardır. Eğer klinik değiştirmek isterlerse izin almak zorundalar. İbrahim'in sağlık bakım sağlayıcısını seçme özgürlüğünü nasıl değerlendirirsiniz?					
9.	Can düzenli olarak doktora gidiyordu. Doktoru hastalığını konuşmadan önce Can'ı her zaman özel bir odaya götürürdü. Can'ın sağlık durumuyla ilgili çok hassas davranıp onun sağlığı hakkında hiçbir zaman Can'ın izni olmadan başka kimselere veya herhangi birinin önünde konuşmayacağını farkında idi. Sağlık çalışanının Can ile sağlığı konusunda özel olarak konuşma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?					
10.	Nihat çok sayıda doktor ve klinik bulunduran bir kasabada yaşıyor. Bir doktor denedi ancak ondan hoşlanmadığı için doktoru değiştirdi. Bunu yapması kolaydı, çünkü istediği yere gidebiliyordu. Nihat'ın sağlık çalışanını seçme özgürlüğünü nasıl değerlendirirsiniz?					

	Sosyal Destek ve Otonomi-D	Çok İyi	İyi	Makul	Kötü	Çok Kötü
1.	Sabriye'nin kocası, ziyaret saatleri yüzünden ve çocuklarına bakmak zorunda olduğundan sadece akşamları onu hastanede ziyaret edebiliyordu. Bir keresinde çocukları yanına getirdiğinde hemşire, onları getirmemesini söyledi. Bu, Sabriye'nin kocası tarafından daha az ziyaret edileceği anlamına geliyordu. Sabriye'nin, ailesinin ve arkadaşlarının ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
2.	Yasemin kısırlık için tedavi olduğu zaman, doktor ona bazı ilaçlar verdi ve iki hafta sonra gelmesini istedi. Ona ne sağlık durumuyla ilgili bir şey bilmek isteyip istemediğini sordu, ne de ona uygun olan farklı alternatifler önerdi. Yasemin'in tedavisi hakkındaki kararlara katılma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
3.	Yusuf hastanede olduğunda hiç ziyaretçisi yoktu ve de arkadaşlarından ve akrabalarından hiç hediye almadı. Hastanenin telefonları yoktu ve dışarıdan hiç haber alamadı. Yusuf'un, ailesinin ve arkadaşlarının ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?					

4.	Mete'nin ciddi bir sağlık problemi vardı. Doktor Mete için en iyi tedaviyi reçete etti ama ona bu tedavinin yaşam kalitesini veya maliyetini nasıl etkileyeceğini söylemedi. Mete kendini güçsüz hissetti ve ona duygularını kontrol etmeye yardımcı olacak herhangi bir bilgi verilmedi. Mete'nin, tedavisi hakkındaki kararlara katılma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
5.	Tülay iki hafta için hastanede yattı, ailesi akşam ziyaret saatlerinde birkaç gün için ziyaret etti ama günün geri kalanında yalnızdı. Hastanede okuyacak ve yapacak az şeyi vardı. Birkaç günde bir hemşireler ona birkaç saat dinlemek için taşınabilir bir radyo getirdi. Tülay'ın, ailesinin ve arkadaşlarının ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
6.	Bahri kolunu kırdı. Doktor bunu düzeltmenin farklı yollarını açıkladı ve sonra bazı kan testleri yaptırmasını istedi. Bahri neden kan testleri yaptırması gerektiğini bilmiyordu ve doktor ne için olduğunu açıklayana kadar endişelendi. Bahri'nin tedavisi hakkındaki kararlara katılma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
7.	Kübra hastanede olduğunda, günün herhangi bir saatinde ziyaretçilerine izin verildi. Ailesi, iş veya arkadaşları ile iletişime ihtiyacı olduğunda mesajlarını iletmesi kolaydı. Kübra'nın ailesinin ve arkadaşlarının ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
8.	Serap şişmiş bacakları için tedavi istediğinde, klinikteki hemşireler tedavi için tüm olasılıkları onunla tartıştılar, her tedavinin fayda ve zararlarını onunla değerlendirdiler. Sonra ona bir tanesini önerdiler. Serap'ın tedavisi hakkındaki kararlara katılma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					
9.	Hediye hastanede doğum yaptı. Onun kocasına her sabah ve akşam ziyaret etmesi için izin verildi. Hediye günde bir kez ailesi ve arkadaşları ile iletişim kurabildi. Hediye'nin, ailesinin ve arkadaşlarının ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?					
10.	Cemile mutsuzdu ve enerjisi yoktu. İki ay önce bir bebek doğurdu ve doktor ona depresyondan dolayı bu sıkıntıyı çektiğini söyledi. Doktor onunla durumunu değerlendirdi ve daha sonra bazı ilaçlar denemelerini ya da isterse bir danışmanla konuşmasını önerdi. Cemile'nin tedavisi hakkındaki kararlara katılma deneyimini nasıl değerlendirirsiniz?					

EK. 5 DEĞİŞKENLERİN TANIMLANMASI

Değişkenler ve Puanlamaları

Hasta Kodu (S_1)

1= Pediatri	12=Göz
2=Cildiye	13=Kadın Doğum
3=Enfeksiyon	14=Kalp Cerrahisi
4=FTR	15=KBB
5=Dahiliye	16=Ortopedi
6=Kardiyoloji	17=Plastik Cerrahi
7=Nöroloji	18=Üroloji
8=RadyasyonOnkolojisi	19=Çocuk Enfeksiyon
9=Nöroşirurji	20=Endokrin
10=Çocuk Cerrahi	21=Gastroenteroloji
11=Genel Cerrahi	22=Nefroloji

Cinsiyet (S2)

- 0=Kadın
- 1=Erkek

Yaşınız (S3yas) (açık uçlu)

Medeni Durum (S4_medeni)

- 1=Bekar
- 2=Evli
- 3=Boşanmış
- 4=Dul
- 5=Ayrı

Öğrenim Durumu(S5ogren_durum)

- 1=Okul Bitirmemiş
- 2=İlköğretim
- 3=Ortaokul ve Lise
- 4=Üniversite

Sağlık Güvencesi (S6saglik_guv)

- 1=SGK
- 2=Özel Sigorta
- 3=Yok

Yatış Sebebiniz (S7yatis_sebebi)

- 1=Yüksek Ateş, Şiddetli İshal veya Öksürük ()
- 2=Doğum ()
- 3=Artrit ()
- 4=Astım ()
- 5=Kalp Hastalığı ()
- 6=Bedensel Yaralanma ()
- 7=Ufak Ameliyat ()
- 8=Diğer ()

Kaç gündür yatıyorsunuz? (S8yatis_gun)

- 1=1-2 gün
- 2=3-5gün
- 3=6-14gün
- 4=15gün ve fazlası

*Size, sağlık personelinin becerileri tedaviniz için yeterli miydi?
(S9person_beceri)*

1=Hayır

2=Evet

Size, hastane ekipmanı sizin tedaviniz için yeterli mi? (S10hstn_ekipman)

1=Hayır

2=Evet

Size, hastanenin ilaç desteği sizin tedaviniz için yeterli mi? (S11ilac_destegi)

1=Hayır

2=Evet

*Evinizden bu hastaneye ulaşımınız aşağı yukarı kaç dakika zamanınızı aldı?
(S12hstn_ulasim_zamani)(açık uçlu)*

Hastaneye hangi ulaşım aracıyla geldiniz? (S13hastane_ulasim_araci)

1=Özel Araba veya Motosiklet

2=Toplu Taşıma

3=Ambulans

4=Bisiklet

5=Yaya

6=Diğer

Bu yatışınız için, yatış tanısı konduktan sonra ne kadar süreyle hastaneye yatmayı beklediniz? (S14yatis_bek_suresi)

1=Aynı gün

2=1haftadan az

3=1aydan az

4=3aydan az

5=3aydan fazla

Bu yatışınızın masraflarını nasıl karşıladınız? (S15yatis_masraf)

1=SGK (1)

2=Özel Sigorta (2)

3=Cepten (3)

Cepten ödeme yaptı iseniz ne için ne kadar yaptınız?(S16cepten_odeme)

1=Hayır

2=Evet

Cepten Ödeme Muayene (s16_muayene_tl)

Cepten Ödeme İlac (s16_ilaclar_tl)

Cepten Ödeme Tetkik (s16_tetkikler_tl)

Cepten Ödeme Ulaşım (s16_ulasim_tl)

Cepten Ödeme Diğer (s16_diger_tl)

Bu yatışınız için, Sosyal sağlık güvencenizden dolayı normal sağlık bakım ücretlerinden daha düşük bir ödeme yaptığınızı düşünüyor musunuz?(S17)

1=Hayır

2=Evet

Bu yatışınız için , aynı odada kaç kişi kalıyorsunuz? (S18odada_kisi)

Hasta Deneyimleri

Bu yatışınız için, hastaneye ulaşım sürenizi nasıl değerlendirirsiniz? (S19_Vzi)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, hastaneye başvurmadan önceki bekleme sürenizi nasıl değerlendirirsiniz? (S20_Vzi)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, hastaneye geldiğinizde gördüğünüz ilgi, saygı ve karşılama biçimini nasıl değerlendirirsiniz? (S21_Vst)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, fiziksel muayene ve tedaviler sırasında gizliliğinize gösterilen özeni nasıl değerlendirirsiniz? (S22_Vst)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, hastalığınızla ilgili sağlık personelinin size yaptıkları açıklamaları nasıl değerlendirirsiniz? (S23_Vi)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, sağlık probleminiz veya tedaviniz hakkında soru sormak için yeterli zaman deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz? (S24_Vi)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, alternatif tedavi veya test türleri hakkında bilgi alma deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz? (S25_Vo)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, sizinle ilgili yapılacak işler kararlaştırılırken sizin fikirlerinizin sorulmasını nasıl değerlendirirsiniz? (S26_Vo)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, sağlık personeli ile özel konularınızı rahatlıkla konuşabilme durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? (S27_Vg)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, kişisel bilgilerinizin gizli tutulma biçimini nasıl değerlendirirsiniz?(S28_Vg)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, size hizmet eden sağlık personelini seçme özgürlüğünüzü nasıl değerlendirirsiniz? (S29_Vs)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, hastanenin odalarının içini ve tuvaletlerin temizliğini nasıl değerlendirirsiniz?(S30_Vk)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, bulunduğunuz alanın genişliğini nasıl değerlendirirsiniz? (S31_Vk)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, aile ve arkadaşlarınızın ziyaret kolaylığına sahip olmasını nasıl değerlendirirsiniz?(S32_Vsd)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınız için, hastanede olduğunuzda dış dünyayla temas halinde kalma deneyiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz? (S33_Vsd)

Çok İyi (5), İyi (4), Makul (3), Kötü (2), Çok Kötü (1)

Bu yatışınızda, hastanedeki sağlık personeli tarafından aşağıdaki nedenlerden dolayı kötü muameleye maruz kaldınız mı? (S34)

1=Cinsiyet

2= Yaş

3=Para

4= Sosyal Sınıf

5=Etnik Köken

6=Hastalık Türünüz

7=Uyruk

Kısa Hikayeler

Saygılı Tedavi ve Zamanında İlgi-A

(S1Vzi1,S2Vst1,S3Vzi2,S4Vst2,S5Vzi3,S6Vst3,S7Vzi4,S8Vst4,S9Vzi5,S10Vst5)

1 (Çok Kötü), 2 (Kötü), 3 (Makul), 4 (İyi), 5 (Çok İyi)

İletişim ve Konfor-B

(S1Vi1,S2Vk1,S3Vi2,S4Vk2,S5Vi3,S6Vk3,S7Vi4,S8Vk4,S9Vi5,S10Vk5)

1 (Çok Kötü), 2 (Kötü), 3 (Makul), 4 (İyi), 5 (Çok İyi)

Gizlilik ve Seçim-C

(S1Vg1,S2Vs1,S3Vg2,S4Vs2,S5Vg3,S6Vs3,S7Vg4,S8Vs4,S9Vg5,S10Vs5)

1 (Çok Kötü), 2 (Kötü), 3 (Makul), 4 (İyi), 5 (Çok İyi)

Sosyal Destek ve Otonomi-D

(S1Vsd1,S2Vo1,S3Vsd2,S4Vo2,S5Vsd3,S6Vo3,S7Vsd4,S8Vo4,S9Vsd5,S10Vo)

1 (Çok Kötü), 2 (Kötü), 3 (Makul), 4 (İyi), 5 (Çok İyi)

Sonradan oluşturulan değişkenler

Kısa Hikaye sorularından oluşturulan boyut değişkenleri

$$vzi=(S1Vzi1 + S3Vzi2 + S5Vzi3 + S7Vzi4 + S9Vzi5) / 5.$$

$$vst=(S2Vst1 + S4Vst2 + S6Vst3 + S8Vst4 + S10Vst5) / 5.$$

$$vi=(S1Vi1 + S3Vi2 + S5Vi3 + S7Vi4 + S9Vi5) / 5.$$

$$vk=(S2Vk1 + S4Vk2 + S6Vk3 + S8Vk4 + S10Vk5) / 5.$$

$$vg=(S1Vg1 + S3Vg2 + S5Vg3 + S7Vg4 + S9Vg5) / 5.$$

$$vs=(S2Vs1 + S4Vs2 + S6Vs3 + S8Vs4 + S10Vs5) / 5.$$

$$\text{COMPUTE vsd}=(S1Vsd1 + S3Vsd2 + S5Vsd3 + S7Vsd4 + S9Vsd5) / 5.$$

$$\text{COMPUTE vo}=(S2Vo1 + S4Vo2 + S6Vo3 + S8Vo4 + S10Vo5) / 5.$$

EK.6 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] last hospital stay, how many people slept in the same room as you [your child]?					
Q7418	For your [child's] last hospital stay, 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] 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
Q7420	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
Q7421	For your [child's] last hospital stay, how would you rate the way your [child's] privacy was respected during physical examinations and treatments?	1. Very Good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Q7422	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
Q7423	For your [child's] last hospital stay, how would you rate your experience of getting enough time to ask questions 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] last hospital stay, 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] 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

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	6. 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.7 WHO Cevap Verebilirlik Kısa Form/(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] <u>last hospital stay</u> , how many people slept in the same room as you [your child]?					
S7313	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
S7314	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
S7315	For your [child's] <u>last hospital stay</u> , 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] <u>last hospital stay</u> , how would you rate your experience of being involved in making <u>decisions</u> 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] <u>last hospital stay</u> , 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] <u>last hospital stay</u> , 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] <u>last hospital stay</u> , how would you rate the <u>cleanliness</u> 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] <u>last hospital stay</u> , 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

VIGNETTES FOR HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS

S7400	RECORD SET (A, B, C, D):	
-------	--------------------------	--

I am now going to read you stories about people's experiences with health care services. I want you to think about these people's experiences as if they were your own. Once I have finished reading each story, I will ask you to rate what happened in the story as very good, good, moderate, bad or very bad.

Vignette 1						
S7401	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 2						
S7402	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 3						
S7403	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 4						
S7404	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 5						
S7405	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 6						
S7406	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 7						
S7407	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 8						
S7408	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 9						
S7409	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad
Vignette 10						
S7410	Question 1	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very Bad

Time End: _____ :

VIGNETTES FOR HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS: Set A

I am now going to read you stories about people's experiences with health care services. I want you to think about these people's experiences as if they were your own. Once I have finished reading each story, I will ask you to rate what happened in the story as very good, good, moderate, bad or very bad.

Respectful Treatment and Prompt Attention

[Niels] woke up with a sore back so he decided to go to the clinic. It took 30 minutes to travel to the clinic and he was seen within 5 minutes.

S7401	How would you rate the amount of time he waited before being attended to?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Anya] took her baby for a vaccination. The nurse said hello and but did not ask for [Anya's] or the baby's name. The nurse also examined [Anya] and made her remove her shirt in the waiting room.

S7402	How would you rate her experience of being greeted and talked to respectfully?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Stan] broke his leg. It took an hour to be driven to the nearest hospital. He was in pain but had to wait an hour for the surgeon and was only operated on the next day.

S7403	How would you rate the amount of time he waited before being attended to?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Conrad] had bad flu. He went to the clinic. The nurse expressed concern about [Conrad]'s cough and called the doctor, who gave [Conrad] a full chest examination behind a large screen that hid him from the view of other patients.

S7404	How would you rate his experience of being greeted and talked to respectfully?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Aitor] broke his hand. He walked to the clinic because there was no transport and the journey took him several hours. He had to sleep near the clinic for two days before seeing the doctor.

S7405	How would you rate the amount of time he waited before being attended to?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Julia] was pregnant and went to the hospital coughing blood. A nurse welcomed her gently and helped her to a private room. A female doctor came to examine her and gave her a clean gown to replace her blood-stained clothes.

S7406	How would you rate her experience of being greeted and talked to respectfully?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Carla]'s child became seriously sick. [Carla] called an ambulance that arrived after 10 minutes and within 5 minutes they were at the hospital and the doctors were treating the child.

S7407	How would you rate the amount of time she waited before being attended to?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Patricia] went to a crowded clinic. At first, no-one greeted her but after waiting for 5 minutes a nurse called her to the examination area where she was examined behind a small screen that mostly hid her from the other patients.

S7408	How would you rate her experience of being greeted and talked to respectfully?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Karen] needed a blood test. It took her 45 minutes by bus to get to the clinic and she waited for 30 minutes to see the nurse.

S7409	How would you rate the amount of time she waited before being attended to?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Said] has AIDS. When he goes to his health centre the nurses do not talk to him and deliberately ignore him. During examinations, his clothes are removed and he is made to wait, half-naked in the waiting room.

S7410	How would you rate his experience of being greeted and talked to respectfully?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

VIGNETTES FOR HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS: Set B

I am now going to read you stories about people's experiences with health care services. I want you to think about these people's experiences as if they were your own. Once I have finished reading each story, I will ask you to rate what happened in the story as very good, good, moderate, bad or very bad.

Communication and Quality of Basic Amenities

[Thomas] couldn't see well so he went to the doctor and explained the problem. [Thomas] had time to ask the doctor some questions, which the doctor answered until [Thomas] understood almost everything.

S7401	How would you rate his experience of how clearly health care providers explained things to him?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Wing] had his own room in the hospital and shared a bathroom with two others. The room and bathroom were cleaned frequently and had fresh air.

S7402	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
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Pia] went to the emergency clinic with a stomach pain. The doctor explained to [Pia] her condition and the treatment. [Pia] asked him some questions and the doctor explained things using examples that were familiar to her until she understood everything.

S7403	How would you rate her experience of how clearly health care providers explained things to her?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Shedra] was hospitalized last year for a hip operation. Her private room had its own bathroom and was comfortable and spacious. It was cleaned by the hospital staff daily. The bed was comfortable and the sheets were changed daily.

S7404	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
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Akiko] is in hospital after a car accident. She has lots of scratches, bruises and some broken bones. When the doctor visited her he asked to see her medical records. He asked the nurse some questions and then he said that [Akiko] was making good progress. [Akiko] supposes that she will still stay there for another week but is unsure.

S7405	How would you rate her experience of how clearly health care providers explained things to her?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Kamal] has a nervous breakdown and had to spend 3 months in the past year in the local hospital. He had to sleep on an uncomfortable mattress with no sheets. There were 30 other patients in the same dormitory style ward and the toilets would smell, because they were not cleaned. He came back with a skin infection, because he couldn't wash regularly and there were insects in the bed.

\$7406	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
--------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Rose] cannot write or read. She went to the doctor because she was feeling dizzy. The doctor didn't have time to answer her questions or to explain anything. He sent her away with a piece of paper without telling her what it said.

\$7407	How would you rate her experience of how clearly health care providers explained things to her?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
--------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Hans] shared his small hospital room with five other patients with no partitions between beds. The five patients shared a toilet, which was cleaned every second day and sometimes smelt.

\$7408	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
--------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Mario] has been told that he has epilepsy and that he needs to take medication. The doctor has very briefly explained what the condition is. He is very busy and there is a queue of patients waiting to see him. Mario would like to know more about what he has, but feels that there is no time to ask questions. The doctor says goodbye to Mario, and Mario leaves the office.

\$7409	How would you rate his experience of how clearly health care providers explained things to him?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
--------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[José] shared a hospital room with four other persons. There was a toilet for his ward located along the outside corridor. The room was only occasionally dusty and hot, but without any fan.

\$7410	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
--------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

VIGNETTES FOR HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS: Set C

I am now going to read you stories about people's experiences with health care services. I want you to think about these people's experiences as if they were your own. Once I have finished reading each story, I will ask you to rate what happened in the story as very good, good, moderate, bad or very bad.

Confidentiality and Choice

[Simon] was speaking to his doctor about an embarrassing problem. There was a friend and a neighbour of his in the crowded waiting room and because of the noise the doctor had to shout when telling [Simon] the treatment he needed.

S7401	How would you rate the way the health services ensured [Simon] could talk privately to health care providers?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

When the clinic is not busy, [Mamadou] can choose which doctor he sees. But most often it is busy and then he gets sent to whoever is free.

S7402	How would you rate [Mamadou's] freedom to choose her health care provider?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Rebecca] usually spoke to her doctor about her illness in complete privacy. Once [Rebecca] heard that the doctor spoke to [Rebecca's] friend about her illness. She asked her doctor not to do it again. He did not do it again.

S7403	How would you rate the way the health services ensured [Rebecca] could talk privately to health care providers?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

In [William]'s town there is a large day clinic where there are several doctors and nurses. When [William] has a sensitive health problem he can see a male rather than a female doctor or nurse.

S7404	How would you rate [William's] freedom to choose his health care provider?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Elma] was asked to describe a serious health problem to the doctor in the middle of the waiting room. The doctor repeated everything to the nurse and all the other patients, many of whom knew her family, could overhear everything.

S7405	How would you rate the way the health services ensured [Elma] could talk privately to health care providers?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

When [Penelope] had fertility problems, she had to travel from her small village to the closest town where they only had one male doctor. [Penelope] wanted to see a female doctor but she had no choice.

S7406	How would you rate [Penelope's] freedom to choose her health care provider?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Alouine] had his consultation in a small private room. During the consultation, a nurse occasionally walked in and listened to the conversation. Sometimes she forgot to close the door so people in the waiting room could overhear parts of their conversation.

S7407	How would you rate the way the health services ensured [Alouine] could talk privately to health care providers?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

The national health service assigns all the people in [Ibrahim's] community to the local clinic. At the clinic they have a choice of 3 doctors. If they want to change clinics, they need to get permission.

S7408	How would you rate [Ibrahim's] freedom to choose his health care provider?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Ken] visited the doctor regularly. His doctor always took [Ken] to a private room before discussing his illness. The doctor was aware that [Ken] was very sensitive about his health condition and would never talk about it to anyone or in front of anyone without Ken's permission.

S7409	How would you rate the way the health services ensured [Ken] could talk privately to health care providers?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Nathan] lives in a town where there are lots of doctors and clinics. He tried one doctor but he didn't like him so he changed doctors. This was easy to do because he could go where he wanted.

S7410	How would you rate [Nathan's] freedom to choose his health care provider?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

VIGNETTES FOR HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS: Set D

I am now going to read you stories about people's experiences with health care services. I want you to think about these people's experiences as if they were your own. Once I have finished reading each story, I will ask you to rate what happened in the story as very good, good, moderate, bad or very bad.

Social Support to Patient and Autonomy

[Sally]'s husband could only visit her in hospital in the evenings because of the visiting hours and because he had to look after their children. Once he brought the children with him and the nurse, who was reading a newspaper, said she could not watch them for him. This meant [Sally] had fewer visits from her husband.

S7401	For [Sally's] last hospital stay, how would you rate the ease of having family and friends visit her?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

When [Jasmina] had treatment for infertility, the doctor gave her some pills and asked her to return in two weeks. He didn't ask her whether she wanted to know anything about her health condition nor suggest different alternatives that might have suited her better.

S7402	How would you rate [Jasmina's] experience of being involved in making decisions about her health care or treatment?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

When [Joseph] was in hospital he could have no visitors nor could he receive any presents from friends or relatives. The hospital had no telephones and he could not get any news from outside.

S7403	For [Joseph's] last hospital stay, how would you rate the ease of having family and friends visit him?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Mark] had a serious health problem. The doctor prescribed the best treatment for Mark but without telling him the implications on his quality of life or the cost. [Mark] felt powerless and was not given any information to help him to feel more in control.

S7404	How would you rate [Mark's] experience of being involved in making decisions about his health care or treatment?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

When [Tamara] was in hospital for two weeks, her family visited her every few days during the evening visiting hours, but she was alone the rest of the day. There was little to read or do in the hospital. Every few days, the nurses brought her a portable radio to listen to for a few hours.

S7405	For [Tamara's] last hospital stay, how would you rate the ease of having family and friends visit her?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Bob] had a broken arm. The doctor explained different ways of fixing it and then ordered some blood tests. [Bob] didn't know why he needed blood tests and was worried until the doctor explained what they were for.

S7406	How would you rate [Bob's] experience of being involved in making decisions about his health care or treatment?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

When [Carol] was in hospital, she was allowed visitors at any time of the day. Whenever she needed to contact her family, work or friends, she could easily get a message delivered to them.

S7407	For [Carol's] last hospital stay, how would you rate the ease of having family and friends visit her?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

When [Sarah] wanted treatment for her swollen limbs, the nurses at her clinic discussed many possible treatments with her. They discussed all the pros and cons of each treatment with her and then recommended one to her.

S7408	How would you rate [Sarah's] experience of being involved in making decisions about her health care or treatment?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	---	--------------	---------	-------------	--------	-------------

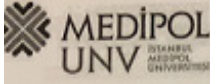
[Jane] gave birth in hospital. Her husband was permitted to visit her every morning and evening. [Jane] was able to contact her family and friends once a day.


S7409	For [Jane's] last hospital stay, how would you rate the ease of having family and friends visit her?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

[Tara] is unhappy and has no energy. She gave birth to a baby girl two months ago and the doctor has told her that she may be suffering from depression. The doctor discussed her condition with her and then suggested that she could either try some medication or, if she prefers, talk to a counsellor.

S7410	How would you rate [Tara's] experience of being involved in making decisions about her health care or treatment?	1. Very good	2. Good	3. Moderate	4. Bad	5. Very bad
-------	--	--------------	---------	-------------	--------	-------------

11. ETİK KURUL ONAYI

 **MEDİPOL**
UNV
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ



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

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.3075
Konu : Etik Kurulu Kararı

06/02/2017

Sayın Betül AKALIN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneğinde Yataklı Tedavi Kurum Hizmetlerinin Cevap Verebilirliği” isimli başvurunuz 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.
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 82D70E33XC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

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

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Eğitim Araştırma Hastanesi örneğinde Yataklı Tedavi Kurum Hizmetlerinin Cevap Verebilirliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Betül AKALIN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input 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	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	31.01.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	31.01.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 49		Tarih: 03/02/2017			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, 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. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	BETÜL	Soyadı	AKALIN
E-mail	betulakalin@yahoo.com		

Öğrenim düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ	2017
Yüksek Lisans	FATİH ÜNİVERSİTESİ	2012
Lisans	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ	1995
Lise	İSKENDERUN LİSESİ	1991

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.FİZYOTERAPİST	ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL E.A.H	2008-
2.SOLUNUM FİZYOTERAPİSTİ	V.K.V AMERİKAN HASTANESİ	1997-2008
3.FİZYOTERAPİST	INTERNATIONAL HOSPITAL	1996-1997

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ZAYIF

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	55.00							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	63	64	61

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows-95 EXCEL	ORTA
Windows-95 WORD	ORTA