



**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANA BİLİM DALI**

**ACİL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**Dr. MEHMET YILMAZ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

SAMSUN – 2019



**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ ACİL TIP ANA BİLİM DALI**

**ACİL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

Dr. Mehmet YILMAZ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Celal KATI

SAMSUN – 2019

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimi tamamladığım bu günlere dek eğitim-öğretim hayatım boyunca bana yol göstermiş tüm değerli öğretmenlerime, uzmanlık eğitimim boyunca derin ilminden faydalandığım ve ayrıca tecrübelerini benimle paylaşıp, yardımını esirgemeyen değerli hocam, Doç. Dr. Celal KATI'ya, bölümümüz öğretim üyelerinden Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Prof. Dr. Türker YARDAN, Doç. Dr. Latif DURAN ve Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR'e, beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve özellikle tezimin istatistiksel çalışmalarında yardımlarından dolayı asistan arkadaşım Dr. İskender AKSOY'a, acil servis hemşire, paramedik, ATT ve personeline, benim bu günlere gelmeme vesile olan değerli anne ve babama, sevgili kardeşlerime, asistanlığım ve tez çalışmam boyunca onlara yeteri kadar vakit ayıramadığım, buna rağmen sabırla yanımda olup beni hep destekleyen sevgili eşim Feyza YILMAZ'a ve canımdan değerli oğlum Mustafa Alp YILMAZ'a teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Mehmet YILMAZ

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 01.01.1985 - Konya

### Öğrenim Durumu:

Derece	Okul	Yıl
İlkokul	Mümtaz Kuru İlkokulu	1991-1996
Ortaokul	MEB Açık Öğretim Ortaokulu	1999-2002
Lise	Meram Anadolu Lisesi	2002-2006
Üniversite	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	2006-2013

### Görevler:

2013-2014	Dodurga Devlet Hastanesi
2014-2016	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2016-2019	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

## **BEYAN**

“ACİL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Servisi'nde hasta memnuniyet düzeyi ile memnuniyeti etkileyen faktörlerin araştırılması ve ileride bu konuda yapılması planlanan iyileştirmelere yardımcı olmak amaçlanmıştır.

**Hastalar ve Yöntem:** Bu çalışma 01.01.2018-30.03.2018 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Servisi'nde 2008 yılında yapılan çalışmada kullanılan anketin revize hali kullanılarak yapılmıştır (1). Revize hali ile anket hem ayaktan başvuran hastalara hem de gözlemde yatarak takip edilmiş hastalara uygulanabilecek hale getirildi.

Bu araştırma bir anket çalışması olup, toplam otuz sorudan oluşmuştur. İlk on soruda hastaların demografik bilgileri sorgulanmıştır. Sonraki onsekiz soruda memnuniyet araştırması için 5'li Likert, yöntemi kullanılarak hastaların acil servisteki deneyimlerini puanlamaları istenmiştir. Son iki soruda ise acil serviste iken hastaların yakınlarını yanlarında isteyip istemedikleri ve ileride tekrar acil servisimizi tercih etmek isteyip istemeyecekleri evet/hayır şeklinde sorulmuştur.

Elde edilen veriler, "SPSS v23.0" bilgisayar programına kaydedildi ve Ki-Kare testi kullanılarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmanın yapıldığı dönemde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Servisi'ne toplam 18034 hasta başvurdu ve 284 tanesi acil gözlemde yatışlı olarak takip edildi. Bu hastalardan randomize olarak, çalışma kriterlerine uygun olan 565'i ile çalışma gerçekleştirildi. Bu hastalardan 187 (%33,10)'si acil gözlemde, 378 (%66,90)'si ise acil poliklinikte tedavi edilmiştir.

Acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %80,4 (304)'ü aldığı hizmetten memnun olduğunu ifade ederken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %88,2 (1165)'si de memnuniyetini bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.008$ ). Hekim, hemşire ve personelin davranışları, hekim ve hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahaleleri, hastaları bilgilendirme, ekip çalışması, sekreteryaya işlemleri ve hasta mahremiyetine gösterilen hassasiyetin genel memnuniyet üzerine olumlu etkileri ortaya konuldu.

**Tartışma ve Sonuç:** Hasta memnuniyetini en çok etkileyen faktörler olarak hemşire ve hekim davranışları ile bakım ve müdahaleleri bulunmuştur. Ayrıca hasta eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında negatif bir ilişki olduğu ancak hasta yaşı ile hastaların yatışlı takiplerinin ise memnuniyet ile olumlu bir ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** acil servis, hasta memnuniyeti, anket



## İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

**Aim:** The aim of this study has been to investigate the factors affecting the satisfaction level of patient and patience satisfaction in Ondokuz Mayıs University Emergency Department and to contribute to the improvements planned on this subject in the future.

**Patients and Methods:** This study was carried out between 01.01.2018 and 30.03.2018 using the revised version of the questionnaire used in the study carried out in 2008 in Ondokuz Mayıs University Emergency Department. In the revised version, the questionnaire was applied to both outpatient and inpatient patients.

This research is a questionnaire and consists of thirty questions. Demographic information of the patients was questioned in the first ten questions. In the next 18 questions for satisfaction survey by using the 5-point Likert Method, the patients were asked to rate their experience in the emergency department. In the last two questions, while in the emergency department, the patients were asked yes-no questions whether they would want their relatives with them and whether they would like to choose our emergency service again in the future.

The data obtained has been saved to "SPSS v23.0" computer software and were analysed using Chi-square test.

**Results:** 18034 patients in total applied to the Ondokuz Mayıs University Emergency Department during the study period and 284 of the in-patients were followed up in emergency observation. This study was carried out with 565 randomly selected patients matching the research criteria. Of these, 187 (33,10%) were treated in emergency observation and 378 (66,90%) were treated in the emergency outpatient clinic.

80.4% (304) of the patients receiving treatment in the emergency outpatient clinic reported their satisfaction, while 88.2% (1165) of the patients receiving treatment in emergency observation reported their satisfaction and the difference has been significant ( $p = 0.008$ ). Positive effects of the tactful the attitudes of physicians, nurses and staff, medical care and interventions of physicians and nurses, patient information, team work, secretary procedures and patient confidentiality on general satisfaction rates has been revealed.



**Discussion and Conclusion:** Nursing and physician behaviours and care and interventions has been determined to be the most influencing factors affecting patient satisfaction. In addition, there has been a negative relationship between patient education level and satisfaction, but it has been revealed that the patient's age and the in-patientfollow-up has a positive relationship with satisfaction.

**Key Words:** emergency department, patient satisfaction, questionnaire



## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZGEÇMİŞ.....	ii
BEYAN.....	iii
ÖZET.....	iv
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
TABLO DİZİNİ.....	xii
ŞEKİL DİZİNİ.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Hasta Memnuniyeti.....	3
2.2. Hasta Memnuniyetinin Tarihiçesi.....	6
2.3. Hastalarla İletişim Yetenekleri.....	7
2.3.1. İletişimdeki engeller.....	8
2.3.2. Hastaları dinlemek.....	8
2.3.3. Hastayla görüşmeye başlamadan önce.....	9
2.3.4. Hasta ile tıbbi görüşme sırasında.....	10
2.3.5. Hasta yakını ile iletişim kurmak.....	11
2.3.6. Genç meslektaşlar ile birlikte iletişim kurmak.....	11
2.3.7. İletişimi zor hastaları yönetme.....	12
2.3.8. Kötü haber verme.....	14
2.4. Hasta Hekim İlişkileri.....	16
2.5. Hasta Şikayetleri.....	18
2.6. Hasta Bağlılığı.....	19
2.7. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	20
2.7.1. Hastaya ilişkin faktörler.....	21
2.7.2. Hizmet verene ilişkin faktörler.....	22
2.7.3. Kurumsal faktörler.....	23
2.7.4. Hasta memnuniyetini artıran faktörler.....	25
2.7.5. Hasta memnuniyetini azaltan faktörler.....	27

2.8.	Acil Serviste Hasta Memnuniyeti .....	28
2.9.	Etkin Bir Memnuniyet Ölçümü Yapmak Ve Günümüz Uygulamaları.....	30
2.9.1.	T.C. Sağlık bakanlığı memnuniyet ölçüm yöntemi .....	32
2.9.2.	ABD Sağlık hizmet sunucularının hastane tüketici değerlendirmesi .....	35
2.9.3.	İngiltere ulusal sağlık servisi ulusal hasta anketi programı .....	37
3.	HASTALAR VE YÖNTEM .....	41
3.1.	Araştırmanın Şekli .....	41
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih .....	41
3.3.	İstatistiksel Analizler.....	42
4.	BULGULAR .....	43
4.1.	Demografik Bulgular .....	43
4.2.	Hasta Memnuniyet Değerlendirme Bulguları .....	50
4.2.1.	Doktorların hastalara karşı davranışlarını değerlendirme.....	50
4.2.2.	Hekimlerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini değerlendirme .....	52
4.2.3.	Hekim tarafından hastaları bilgilendirmenin değerlendirilmesi .....	54
4.2.4.	Hemşirelerin hastalara karşı davranışlarını değerlendirme .....	56
4.2.5.	Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini değerlendirme.....	58
4.2.6.	Yardımcı personelin hastalara karşı davranışlarını değerlendirme.....	60
4.2.7.	Acil servis çalışanlarının ekip çalışmasını değerlendirme.....	62
4.2.8.	Acil servis teknik donanım ve ekipman yeterliliğini değerlendirme .....	64
4.2.9.	Acil serviste hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında alınan hizmeti değerlendirme .....	66
4.2.10.	Acil servis fiziksel mekanı ve konforunu değerlendirme .....	68
4.2.11.	Acil servisin genel temizliğini değerlendirme .....	70
4.2.12.	Kullanılan tuvalet ve banyoların temizlik değerlendirmesi .....	72
4.2.13.	Acil serviste mahremiyete gösterilen saygının değerlendirmesi.....	74
4.2.14.	Acil servis fiziksel ortam ve havalandırma durumu değerlendirmesi... 76	
4.2.15.	Acil servis yeme-içme imkanlarının değerlendirmesi.....	78
4.2.16.	Acil servis gürültü düzeyi değerlendirmesi.....	80
4.2.17.	Acil servis genel memnuniyet değerlendirmesi .....	82
4.2.18.	Acil serviste kaldığınız süre içerisinde yakınınızın yanınızda olmasını ister miydiniz .....	84
4.2.19.	İleride tekrar acil servisimizi tercih eder misiniz.....	85

5. TARTIŞMA.....	86
6. SONUÇLAR.....	93
7. KAYNAKLAR.....	94
8. EKLER .....	100
8.1. Ek 1. Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi .....	100
8.2. Ek 2 Tez Orjinallik Raporu .....	102



## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

- A & E : Kaza ve Acil durum bölümü
- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- AHRQ : Ulusal Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı
- APU : Yıllık Ödeme Güncelleştirmesi
- Ark. : Arkadaşları
- ATT : Acil Tıp Teknisyeni
- CMS : Medicare ve Medicaid Services Merkezi
- CQC : Bakım Kalite Konseyi
- HCAHPS: Sağlık Hizmet Sunucularının Hastane Tüketici Değerlendirmesi
- HQA : Hastane Kalite İttifakı
- IPPS : Yatarak Geçici Ödeme Sistemi
- KPG : Kilit performans göstergeleri
- Min-Maks : Minimum-Maksimum
- NHS : Ulusal Sağlık Servisi (İngiltere)
- NQF : Ulusal Kalite Forumu
- SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu
- SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
- T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

## TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Yaşa Göre Dağılımı .....	43
Tablo 2. Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı .....	43
Tablo 3. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı .....	44
Tablo 4. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı .....	44
Tablo 5. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı .....	46
Tablo 6. Hastaların Aylık Gelir Düzeyi Dağılımı.....	47
Tablo 7. Hastaların İkamet Yerleri Dağılımı .....	47
Tablo 8. Hastaların Hastaneye Geliş Şekilleri .....	48
Tablo 9. Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı .....	49
Tablo 10. Hastaların Acil Servise Başvuru Sıklığına Göre Dağılımı .....	49
Tablo 11. Hastaların Acil Serviste Kalma Süreleri.....	50
Tablo 12. Hekim Davranış Değerlendirme Sorusu.....	51
Tablo 13. Hekim Davranış Değerlendirme Sorusunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	51
Tablo 14. Hekim Davranış Değerlendirme Sorusunun Yaşa Göre Dağılımı .....	52
Tablo 15. Hekim Tıbbi Müdahaleleri Değerlendirmesi.....	53
Tablo 16. Hekim Tıbbi Müdahaleleri Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	53
Tablo 17. Hekim Tıbbi Müdahaleleri Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	53
Tablo 18. Hekimlerin, Hasta Ve Yakınlarını Bilgilendirmesi Değerlendirmesi .....	54
Tablo 19. Hekim Bilgilendirmesi Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	55
Tablo 20. Hekim Bilgilendirmesi Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	55
Tablo 21. Hemşire Davranışlarının Değerlendirmesi .....	56
Tablo 22. Hemşire Davranış Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	57
Tablo 23. Hemşire Davranış Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	57
Tablo 24. Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübelerinin Değerlendirmesi .....	58
Tablo 25. Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübelerinin Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	59
Tablo 26. Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübeleri Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	59

Tablo 27. Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesi .....	60
Tablo 28. Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	61
Tablo 29. Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı.....	61
Tablo 30. Acil Servis Çalışanlarının Ekip Çalışması Değerlendirmesi.....	62
Tablo 31. Acil Servis Çalışanları Ekip Çalışması Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	63
Tablo 32. Acil Servis Çalışanları Ekip Çalışması Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	63
Tablo 33. Acil Servis Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesi.....	64
Tablo 34. Acil Servis Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	65
Tablo 35. Acil Servis Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	65
Tablo 36. Acil Servis Hasta Kabul Ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesi.....	66
Tablo 37. Acil Servis Hasta Kabul Ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	67
Tablo 38. Acil Servis Hasta Kabul Ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	67
Tablo 39. Acil Servis Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesi .....	68
Tablo 40. Acil Servis Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	69
Tablo 41. Acil Servis Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	69
Tablo 42. Acil Servis Genel Temizlik Değerlendirmesi.....	71
Tablo 43. Acil Servis Genel Temizlik Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	71
Tablo 44. Acil Servis Genel Temizlik Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı .....	71
Tablo 45. Acil Servis Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesi.....	72
Tablo 46. Acil Servis Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	73

Tablo 47. Acil Servis Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesinin Yaşıa Göre Dağılımı .....	73
Tablo 48. Acil Servis Hasta Mahremiyet Değerlendirmesi .....	74
Tablo 49. Acil Servis Hasta Mahremiyet Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	75
Tablo 50. Acil Servis Hasta Mahremiyet Değerlendirmesinin Yaşıa Göre Dağılımı.....	75
Tablo 51. Acil Servis Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesi .....	76
Tablo 52. Acil Servis Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	77
Tablo 53. Acil Servis Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesinin Yaşıa Göre Dağılımı .....	77
Tablo 54. Acil Servis Yeme-İçme İmkanı Değerlendirmesi .....	78
Tablo 55. Acil Servis Yeme-İçme İmkanı Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	79
Tablo 56. Acil Servis Yeme-İçme İmkanı Değerlendirmesinin Yaşıa Göre Dağılımı ....	79
Tablo 57. Acil Servis Gürültü Düzeyi Değerlendirmesi.....	80
Tablo 58. Acil Servis Gürültü Düzeyi Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	81
Tablo 59. Acil Servis Gürültü Düzeyi Değerlendirmesinin Yaşıa Göre Dağılımı .....	81
Tablo 60. Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesi.....	82
Tablo 61. Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı .....	83
Tablo 62. Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesinin Yaşıa Göre Dağılımı ....	83
Tablo 63. Acil Servis Hastalarının Refakatçi İsteği Değerlendirmesi.....	84
Tablo 64. Acil Servis Hastalarının İleride Tekrar Servisimizi Tercih Değerlendirmesi	85



## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ....	45
Şekil 2. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı .....	46
Şekil 3. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların İkamet Yerleri Dağılımı .....	48
Şekil 4. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Acil Servis Başvuru Sıklığı.....	50
Şekil 5. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hekim Davranış Değerlendirme Sorusuna Cevabı .....	52
Şekil 6. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hekim Tıbbi Müdahalelerini Değerlendirmesi.....	54
Şekil 7. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hekim Bilgilendirmesi Değerlendirmesi .....	56
Şekil 8. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hemşire Davranış Değerlendirmesi....	58
Şekil 9. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübeleri Değerlendirmesi .....	60
Şekil 10. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesi.....	62
Şekil 11. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Acil Servis Çalışanları Ekip Çalışması Değerlendirmesi.....	64
Şekil 12. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesi .....	66
Şekil 13. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hasta Kabul ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesi .....	68
Şekil 14. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesi.....	70
Şekil 15. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Genel Temizlik Değerlendirmesi.....	72
Şekil 16. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesi.....	74
Şekil 17. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hasta Mahremiyet Değerlendirmesi .	76
Şekil 18. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesi.....	78
Şekil 19. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Yeme-İçme İmkânı Değerlendirmesi	80

Şekil 20. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Gürültü Düzeyi Değerlendirmesi.....	82
Şekil 21. Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesi.....	84



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm hastaneler için, hasta memnuniyeti, gittikçe önemli bir avantaj kaynağı haline gelmektedir. Çünkü günümüzde her sektörde karşımıza çıkan rekabet sağlık alanında da mevcuttur. Bununla birlikte birçok hastane, hasta deneyimini kapsamlı bir şekilde ölçemez. Aslında bu iyileştirmede önemli bir ilk adımdır. Bu ilk adımı atmış olanlar yola çoktan başlamış ve yaptıkları iyileştirmelerle, en iyilerle rekabet eder hale gelmişlerdir (2).

Hastaların bir hastaneyi tekrar tercih etmesi, geçmiş deneyimlerinde o hastanedeki memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren en objektif ve kaçınılmaz bir gerçektir. Hasta memnuniyetinin sağlanması, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda verilen hizmet kalitesinin önemli bir göstergesidir (3).

Memnuniyet, oldukça subjektif bir hasta ve hasta yakını algısı olmakla birlikte, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bugüne dek yapılan çalışmalar hasta memnuniyetini etkileyen birçok etmen olduğunu ortaya koymakla beraber bunlardan bazılarının daha ön planda ve etkili olduğunu da ortaya çıkarmıştır (4).

Acil servisler oldukça yoğun ve hastanenin vitrini olması yönüyle hasta memnuniyetinin bilhassa önemli olduğu birimlerdir. Üstelik acil servise başvuran hastalar diğer tüm sağlık birimlerine başvuran hastalara kıyasla daha ajite, daha telaşlı, daha korku ve panik içindedir. Bu nedenle hem hastalar hem hasta yakınları için anamnezde sorulan her soru, uygulanan her tetkik, yapılan her bilgilendirme, verilen her tedavi çok daha önemsenmekte ve dikkatlerini çekmektedir. Bu nedenle de iyi ya da kötü acil serviste karşılaştıkları her durum hasta memnuniyetine yansımaktadır.

Bu çalışmada, acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyini belirlemek ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemek, bu hastaların memnuniyetini artırmak için atılması gereken adımların saptanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Tüm dünyada gün geçtikçe önemi daha iyi anlaşılan acil servislere ihtiyaç, ülkemizde de yüksek sayılara ulaşan başvurular nedeniyle sağlık sektörünün en önemli konularından biri haline gelmiştir. Acil tıbbın gelişmesi, acil sağlık yardım sisteminin gün geçtikçe imkânlarının artması ve daha fazla hastaya ulaşılmasıyla, acil servislerin iş yükü ve önemi gün geçtikçe artmaktadır. Her iş ve işyerinde önemli olan kaliteli hizmet ve müşteri memnuniyeti; acil servislerde kurtarılan hayatlar ve yakınlarının mutluluğu ile karşımıza çıksa da, daha basit nedenlerden ötürü acil servisi tercih eden hastalar için de aynı durum söz konusudur (5).

Çoğu hastane halihazırda yatan hastaların memnuniyetini anlamaya yönelik, anket çalışmaları yapmaktadır. Ancak bu anketler hasta deneyimlerine dayalı bilgiler verirken, bu deneyimin tüm önemli yönlerini değerlendirmemektedir. Dahası hastaneler için, hasta memnuniyetini işletme performansı ile ilişkilendirmek için, gerekli ayrıntı seviyesini sağlamak üzere tasarlanmamıştır (6).

Hasta memnuniyetini iş performansını iyileştirmenin bir yolu olarak kullanmak isteyen sağlık birimleri için, ilave geri bildirim ve veriler gereklidir. Bu veriler ve bilgi ile donatılmış olan sağlık birimleri, iş hedeflerini belirlerken hastalarının deneyimini geliştirmede hangi yatırımların yardımcı olabileceğini bilerek hareket ederler (7).

Memnun kalmanın basit bir rekabet avantajı olmadığını; hasta memnuniyeti ve yüksek kalite arasındaki bağlantı, kapsamlı olarak incelenmiş ve iyileşen hasta memnuniyetinin; çalışanlarda daha fazla memnuniyet, daha düşük personel değişimi, daha iyi risk yönetimi ve gelişmiş finansal sağlık ile sonuçlanabileceği gösterilmiştir. Bütün bu faktörler, yüksek performans gösteren herhangi bir organizasyonun önemli bileşenleridir (8).

Tüm bu nedenler göz önüne alındığında hasta memnuniyetinin belirlenmesi, memnuniyete etki eden faktörlerin ortaya konması, sağlık kurumlarının dikkat çeken hizmet birimi olan acil servisleri için de ayrıca önem arz etmektedir.

## 2.1. Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet kelime olarak incelendiğinde isim olup, Arapça kökenlidir ve memnun olma, sevinç duyma, sevinme anlamları taşımaktadır (9). İngilizcesi “satisfaction” olup; istediğiniz bir şeyi aldığınızda veya yapmak istediğiniz bir şey yaptığınızda aldığınız hoş bir duygu şeklinde tanımlamaktadır (10).

Etimologlar, memnuniyetin İngilizce karşılığı satisfaction sözcüğünün, Latince satis (yeterli, کافی) ve facere (başarmak-sağlamak) köklerinden türetilmiş bir kelime olduğunu ifade etmektedir. Basit tanımıyla, kelimenin kökleri dikkate alındığında, ürün ya da hizmetten memnuniyet; temel tanımıyla, yeterliliğin istenilen düzeyde sağlanması olarak ifade edilmektedir (11).

Modern pazarlama sisteminin merkezinde olan ve en önemli sonuç olarak ifade edilen memnuniyet, satın alma sonrası oluşan beklentinin karşılanması, müşteri bağlılığı, tekrar satın alma istemi ve marka bağımlılığı olgularının, satın alma süreçleriyle ilişkilendirmesinde en önemli kavramdır (7).

Bu bağlamda, ilk olarak Oliver tarafından ortaya koyulan ve literatürde beklentilerin karşılanması şeklinde ifade edilen memnuniyet tanımı, tüketicinin beklentileri ile ürün-hizmet performansı arasında algıladığı farklılığı değerlendirmesi ve bunun sonucuna verdiği tepki olarak tanımlamaktadır. Oliver’ın ifade ettiği memnuniyet tanımında ürün ya da hizmet beklenen düzeyde ya da üzerinde bir performans gösterirse olumlu yönde, performans kriteri beklenen düzeyin daha altında bir seviyede algılanırsa olumsuz yönde onaylama gerçekleşmektedir. Memnuniyetsizlik ise tüketici negatif yönde bir onaylama yargısına vardığında ortaya çıkmaktadır (12).

Elli yıl önce hekimler hastalarının kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili olarak kendilerinden şüphe ettiler. Hasta memnuniyeti ve değerlendirmesi o zamanlardan günümüze gelişerek gelmiştir. Hastaların memnun edilmelerinin bazı avantajları vardır. Mesela hatalı bir uygulama sonrası şikayet edilmemek bunlardan biridir. Memnun hastaların hekimlerine tekrar tekrar başvurma olasılıkları da daha azdır. Hastaların sağlık bakım hizmetlerini daha iyi algılamaları, ortaya çıkabilecek başarısızlıkları tolere etme ve affetme olasılığını da yüksektir. Hastalar arasında konuşulan olumsuz yorumları azaltmak önemlidir. Çünkü hastadan hastaya aktarım yeni hastaları çekmek için önemli

bir anahtardır, bu anahtarı kaybetmemek ise elzemdir. Bütün bunlar bizim uygulamalarımızın gelişmesine yardımcı olur. Tıp mesleğimizi seçerken hedeflediğimiz şey; Hastalarımıza iyi bakmak ve tıp mesleğinde tatmin edici bir kariyere sahip olmak ise bu sayede başarılabilir (13).

Hekimler olarak, hastalarımızın sadece daha iyi sonuçlar elde etmesini değil aynı zamanda olumlu bir sağlık bakım hizmeti deneyimine sahip olmasını isteriz. Hastaların sağlık bakım hizmetlerine ilişkin algıları, hekim-hasta ilişkisinin yansımalarıdır ve iyileşmenin ve duygusal iyiliğin bütün yönlerini içerir. Hastalarımızın deneyimini önemseyerek, bunu ölçmenin önemini daha iyi kavrayıp, performansımızı iyileştirmeye gayret gösteririz. Bu yüzden memnuniyet ölçümleri klinisyenlerin hem kendileri hem de hastaları için önemli olan sonuçlar hakkında daha geniş çaplı düşüncelerine yardımcı olmak için yararlı bir adımdır (14).

Hasta deneyimi puanlarının daha objektif klinik kalite ölçüm skorları ile bir ilişkisi mevcuttur. Örneğin, daha iyi hasta deneyimi puanına sahip hastanelerin ulusal programlar haricinde akut miyokard enfarktüsü ve cerrahi bakım yönleri için bazı daha yüksek kalite ölçümleri vardır. Bu ilişki için iki olası açıklama var. İlk olarak, hastalarla daha iyi etkileşime giren hastaneler; klinik bakım ve takip standartlarına daha fazla bağlı kalmaktadırlar. Bir uygulamadan memnun kalan hastaların, tekrar muayene için aynı sağlık merkezine gelmeleri ve güvendikleri klinisyenlerin tavsiyelerini takip etme olasılıkları daha yüksektir. İkincisi, daha iyi hasta deneyimi puanına sahip olan hastaneler; bir hastanenin daha güçlü bir takım çalışmasına, örgütsel liderliğe ve iyileştirme taahhüdüne sahip olduğunu hastalara daha iyi yansıtır. Daha iyi kalite ölçümleri ve hasta deneyimi puanları bu hastaneleri daha cazip gösterecektir. Bu olası açıklamaların her ikisi de, genel sağlık bakım hizmeti kalitesini artırma potansiyeline sahip olduğu için, hastalara bakım deneyimini ölçme ve ödüllendirmede kaliteli ölçümler yapmanın yarar sağladığını göstermektedir (15).

Hastane ve diğer sağlık merkezlerinin iş hedeflerini iletirmek için sağlık bakım hizmeti deneyimini ölçmenin potansiyel faydaları da vardır. Hastaların bakımı için hastaneler ve klinikler finansal olarak sürdürülebilir olmalıdır. Gelirin önemli bir kısmı yeni ve tekrarlanan hasta ziyaretlerini içeren hacimle ilgilidir. Kamuya açık bazı kalite ölçümleri olmasına rağmen, hastalar genellikle hastaların ağız birliği ettiği ve itibarlı

gördükleri kurumları tercih ederler. Bu nedenle, hekimlerin hasta memnuniyeti sonuçlarını hastalarının dikkatine sunması gerekir çünkü bu etkileşim hasta hacmini tek başına ciddi manada etkileyebilir. Hekimlerin, hastaların bakım deneyimlerine odaklanmasının bir başka nedeni de, “hekimlerin dava edilme sıklığının, kısmen hastaların tıbbi bakımından ziyade tatmininden kaynaklandığını” gösteren kanıtlar olduğudur. Bunlar hekimlerin, hastaların bakım deneyimlerine odaklanmasının birincil nedenleri olmasa da, kaliteli hasta sağlık hizmetine ek olarak, gereksiz streslerden korunmasında faydalı olabilir (16).

Hasta deneyimi ölçümlerine ilişkin bir takım endişeler de mevcuttur. Birincisi, hasta deneyimi ölçümleri bazı kalite ölçütleriyle ilişkiliyken, bazen de hasta memnuniyeti ile çelişki gösterdiği durumlar vardır. Örneğin, Akılcı ilaç kullanımı girişimi ile üst solunum yolu enfeksiyonları için antibiyotiklerin hasta beklentisine göre hemen başlanmaması veya sırt ağrısı için erken görüntüleme yapılmaması gibi düşük maliyetli olarak düşünülebilecek bir dizi yaygın olarak kullanılan prosedürleri ve hizmetleri hastanın beklentisi doğrultusunda sunmamak memnuniyetsizlik yaratabilir. Ülkemizde olmasa da bazı gelişmiş ülkelerde verilen hasta memnuniyetine göre geri ödemeler düşünüldüğünde, ayrıca hekimlerin her hasta ziyaretinde harcayacak zamanlarının sınırlı olması da buna eklendiğinde, düşük değerli ancak akılcı olmayan tedavileri bekletip hastalara niçin böyle yapılması gerektiğini açıklamak zaman ve para kaybı gibi görülebilir. Bu düşük değerli uygulamaları gerçekleştirmek hekimlere daha cazip gelebilir. Üstelik bir de bir hekim düşük hasta deneyimi puanları nedeniyle cezalarla karşı karşıyaysa, bu tür istekleri kabul etmek için en az direnç yolunu seçmesi muhtemeldir. Hasta memnuniyetsizliği beklentisi bile bireysel vakalarda gereksiz veya farklı bakımlara yol açabilir. Yüksek hasta memnuniyeti; daha fazla yatılı sağlık hizmeti kullanımı, daha fazla genel sağlık harcamaları ve daha yüksek mortalite ile ilişkili de olabilir. Ayrıca daha fazla sağlık hizmeti tüketimi ve daha iyi bir sağlık hizmeti deneyimi arasındaki bağın dikkatle gözden geçirilmesi ihtiyacı da vardır (17).

İkincisi, nüfus yoğunluğu olan hastaneler için hasta deneyimine dayalı ödül/ceza programlarının istenmeyen sonuçları olabilir. Bu hastaneler, genellikle hasta deneyimi ölçümlerinde, yetersiz hizmet gören nüfuslara, daha az bakım sağlayan hastanelere göre daha kötü sonuçlar alırlar. Daha az hasta potansiyeline sahip olan kurumlar, daha düşük

hasta gruplarına ve düşük puanları iyileştirmek için daha az mali harcamalarına rağmen, mali teşvikler için daha önde yer alacaklardır. Düşük hasta memnuniyeti puanları için cezalarla karşılaşan hekimler, tedavi edilmesi daha zor olabilecek ve algılanması zor görülen hastalara (azınlıklar, düşük sosyoekonomik statüye sahip olanlar ve akıl sağlığı sorunları olan kişilere) bakım vermekten kaçınabilirler (17).

Üçüncüsü, hasta deneyimi ve anketlerinin geçerliliği ve uygulanması konusunda şöyle endişeler vardır. Hasta deneyimi ölçütleri, hastanın nesnel ölçütlere karşı beklentilerine dayanmaktadır. Hastaların algıları teknik kalite ile ilişkili olmayabilir. Buna ek olarak, gönüllü anketler nispeten uzun ve çoğu kez hastane ziyaretinden haftalar sonra cevaplanmaktadır. Çok olumlu veya olumsuz deneyimlere sahip olanların cevaplarında seçim ve hatırlama yanlılığı olabilir. Sınırlı örnek büyüklükleri, farklı hastane ve kliniklerdeki puanların geçerliliğini de etkileyebilir (17).

## **2.2. Hasta Memnuniyetinin Tarihçesi**

Hasta memnuniyetini açıklayamaya çalışan birçok teori mevcuttur. Hasta memnuniyeti; genel anlamda, verilen hizmetle hastanın beklentilerinin karşılanması ya da hastanın kendisine verilen hizmeti nasıl algıladığıyla ilgilidir. Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. O günden günümüze profesyonelleşerek yerel ve yaygın bir çok şekilde uygulamalarla devam etmektedir (18).

Hasta memnuniyet ölçümüne karşı duyulan ilgi, 1960'lı yıllarda tüketicileri, sağlık hizmetlerinin değerli tüketicileri olarak gören tüketici hareketine götürebilir. Bu evrim, tüketicilikten “hasta deneyimi” ne odaklanmaya ve hastanın tıbbi hizmetlerine katılımının teşvik edilmesine bir kayma ile devam etti. Bu süreç, en nihayetinde bireyin sağlık bakım ihtiyaçlarını tatmin edici bir şekilde yerine getirme ve kaliteli bakım sağlama yetkinlikleri ile sonuçlanmıştır. Bu sonuca ulaşılmasında hasta memnuniyeti etkili olmuştur ve mevcut sağlık hizmeti alanında iki genel amaç için kullanılmaktadır: Pazarlama ve Kalite Değerlendirmesi (18).

Günümüzde neredeyse her ülkenin kendine özgü hastane ve klinik ortamlarında hasta deneyimini ölçmek için çeşitli araştırma araçları vardır. Örneğin Türkiye’de Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmak



üzere “Memnuniyet Anketleri” geliştirilmiştir. Memnuniyet anketleri, kamu, üniversite ve özel hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile il ambulans servislerinde uygulanmak üzere belirlenen asgari soruları içermekte olup, verilen hizmetlere dair sorunların akut dönemde tespitine yönelik uygulanan bir soru setidir (19).

### **2.3. Hastalarla İletişim Yetenekleri**

Hekim-hasta iletişiminin önemi kanıta dayalı nice araştırma ile doğrulanmıştır. İletişimin geliştirilmesi daha yüksek hasta memnuniyeti, daha iyi tedavi uyumu ve sorunların çözümü gibi sonuçlarla, etkili hekim-hasta uyumu ile kendini göstermektedir. İletişimdeki eksiklikler; deneyimsizlik suçlamaları ya da malpraktis davaları ile sonuçlanmaktadır. Hekimlerin davranışlarıyla ilgili şikâyetlerin analizinde ortaya çıkan en yaygın sebebin iletişim ve kişilerarası becerilerle ilişkili olduğu göstermektedir. İletişim becerileri, bir diğerine etkili ve verimli bir şekilde bilgi aktarma yeteneğini içerir. İyi iletişim, sözel olmayan iletişim, özenli dinleme, güven ve saygı oluşturma, duygu işleme ve paylaşılan karar verme becerilerini içeren bir dizi beceriyi birleştirir. İletişim becerisi zamanla ya da tecrübe ile otomatik geliştiren bir beceri değildir, birçok çalışma iletişim becerilerinin öğrenilebilir olduğunu göstermiş ve bu konuya hakim olmanın yıllar içinde olabileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, iletişimin iş stresini azaltmak ve iş tatminini artırmak için de faydalı olduğu gösterilmiştir (20).

İletişimin artırılması hastaların memnuniyet düzeyini, hastalıklarını daha iyi anlamalarını ve mevcut tedavilerine uyumlarını iyileştirilir. Ayrıca doktor tarafından verilen tavsiyelere uyumu artırır. Hastanın psikolojisi, mental sağlığı, tolerans gücü ve yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkisi vardır (20).

Etkili iletişimin üç temel bileşeni vardır: Sözel, sözel olmayan ve paraverbal iletişim. Sözel bileşen, kelimelerin seçimini içeren mesajın içeriğiyle ilgilenir. Sözel olmayan bileşen, postür, jest, yüz ifadesi ve kişiler arası mesafe gibi vücut dilini içerir. Paraverbal bileşen ise sesin tonunu, konuşma hızını ve ses şiddetini içerir. Haberleşirken, çoğumuz verilen mesajın sadece küçük bir bölümünü oluşturan sözel bileşen üzerinde odaklanırken, sözel olmayan ve paraverbal bileşenler ise toplam mesajın asıl büyük bölümünün oluşumuna katkıda bulunur. Sözel bileşen (içerik) önemlidir ve hastalığın doğası, seyri ve prognozu hakkında bilgi içerir. Her ne kadar iletişimin sözel olmayan bileşeni sıklıkla daha az dikkate alınsa da literatür, hastanın

memnuniyeti, tavsiyeye bağıllığı ve hastanın prognozu gibi önemli sonuçları ciddi ölçüde etkilediğini düşündürmektedir (21).

### **2.3.1. İletişimdeki engeller**

Hastalar ve hekimler arasında etkili iletişimin önünde birkaç engel vardır. En önemlisi ise iletişim becerilerindeki yetersiz bilgi ve eğitim nedeniyle özgüven eksikliğidir. Bazen de, hekimler hastaları yeterince bilgilendirmenin önemine yeterince dikkat etmiyorlar ve iletişimin sözel olmayan bileşenlerini sıklıkla ihmal ediyorlar (22).

Dil engeli de önemlidir, yabancı hastalarla da eğer gerekirse bir tercüman aracılığı ile iletişime geçmek ve bilgilendirmek önemlidir. Nadiren rastlansa da yerel dillerinde konuşan ve hekimlere derdini tam anlatamadığı için zor zamanlar geçiren hastalar da yok değildir (20).

Bir başka önemli engel, hastalık veya tedavi seçenekleri hakkında günümüzde bile yeterli bilginin olmadığı durumlardır ki bazen bunu hasta ya da hasta yakınlarına açıklamak oldukça güçtür (23).

Son olarak da stres, yorgunluk ya da zaman eksikliği gibi insani faktörler aşırı yük altındaki bir ortamda hekimler için önemli etkenlerdir (23).

### **2.3.2. Hastaları dinlemek**

Dinlemenin önemi, akademik ve profesyonel ortamların çok ötesine uzanır ve tedaviye uyum ve başarılı sonuç için ön koşul olan güvenilir bir hekim-hasta ilişkisinin yaratılmasında son derece önemlidir. Hasta tarafından sözel veya sözel olmayan şekilde ifade edilen tüm bilgileri içselleştirmeyi içeren aktif bir süreçtir (24).

Dinlemek iletişim sürecinin önemli bir parçasıdır. Hastanın problemini daha iyi anlamada ve daha iyi kararlar vermede yardımcı olur. Hekimlere karşı dava açmanın nedenlerini araştıran çalışmalar, hekimlerin hastanın problemlerini tam olarak dinlemediği veya anlayamadığı için hastaların önemli bir kısmının tatminsiz olduğunu bildirmektedir (25).

Dinlemek sadece sözel bileşenin anlaşılmasını değil, aynı zamanda hastanın arka planda kalan özgeçmişini derinleştirmeyi, hikayenin ayrıntılarını ve hastanın

beklentilerini ortaya çıkarmayı da içerir. Dinlemenin amacı, aynı zamanda, bütünsel bir bakım ve tatmin sağlamak için bu problemlerin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki fiziksel, sosyal ve duygusal etkilerini ortaya çıkarmaktır. Hekimin dinleme becerilerini geliştirmesine yardımcı olabilecek bazı iletişim stratejileri aşağıda listelenmiştir (24):

1. Hasta ve refakatçinin rahat edebilecekleri bir ortamda görüşün. Koridorlarda yürürken asla tartışmalar yapmayın.
2. Hastalara tavrınızla, beden dilinizle ve bazen gerektiğinde hastaya dokunarak aktif katılım ile söylediklerine olan ilginizi gösterin.
3. Omzuna elinizi koyarak, el ele tutuşarak ya da başınızı sallama gibi davranışlar göstererek hastayı önemseyişinizi ve hastanın problemini anladığınıza onu ikna edebilirsiniz (Batı ülkelerinde önemli bir görgü kuralı olarak kabul edilmesine rağmen, dünyanın bazı bölgelerinde sosyal olarak kabul edilemeyebilir).
4. Bir şeyi ifade ettiğinde onun sözünü kesmemeye dikkat edin.
5. Sonuç verirken, hastaya daha fazla bir şey eklemek isteyip istemediğini sorun.

### **2.3.3. Hastayla görüşmeye başlamadan önce**

Resmi görüşmeye başlamadan önce bile ilk etkileşimde hastanın güvenini kazanabilirsiniz. İlk izlenim son derece önemlidir ve hekim-hasta ilişkisini kurmak için etkilidir. Bu ilk izlenim için en önemli belirleyici faktör, hekimin ne söylediği değil, nasıl söylediğidir. Bazı önemli bilgilendirme noktaları aşağıda listelenmiştir (26):

- a) Hastanın mahremiyetine saygı gösterin ve gizliliğini koruyun. Ortamda yabancı insanlar mevcut olduğunda hastaya ziyaretlerinin sebebini sormamalısınız.
- b) Hastayı selamlayan ilk kişi siz olun, ilk onun söze girmesini, beklemeyin. Çünkü bazı hastalar bu durumu kayıtsızlık olarak yorumlayacaktır. Uygun şekilde selamlaşın ve sosyal olarak kabul edilebilir her yerde kendinizi tanıttin.
- c) Hazırlanın ve hastanın adını bilin. Gerektiğinde bir hastayı ismiyle selamlayın. Hasta odaya girdikten sonra ismini öğrenmek için dışarı kaçmayın. Eski bir hastanız ise, onu karşılayın ve ona nasıl olduğunu sorun.

- d) Göz teması kurun ve aranızdaki makul mesafeyi muhafaza edin.
- e) Hastayı rahat edeceği yere yerleştirin. Bazı hastalar gergin olabilir, bu nedenle hasta ile daha rahat iletişim kurabilmek için genel tıbbi olmayan konular ile görüşmeye başlayın.

#### **2.3.4. Hasta ile tıbbi görüşme sırasında**

Tıbbi görüşme, hekimin hastanın sorunlarını anlaması ve psikososyal altyapısını öğrenmesi için bir fırsattır. Sadece bir reçete yazmanın değeri yoktur ve hastalar tarafından yeterince anlamlandırılmadıkça zaman ve enerji kaybıdır. Özellikle kronik hastalığı olan vakalarda, iyi iletişim becerisi kaygıyı yatıştırmakta oldukça yararlıdır ve iyi uyum için hastayı motive ettiği durumlarda son derece önemlidir (27).

Görüşme, hastalık merkezli olmaktan ziyade hasta merkezli olmalıdır. Hasta görüşmesi üç aşamadır. Bunlar; bilgi toplanması, sağlıklı bir hekim-hasta ilişkisi kurulması ve hastanın eğitimidir. Görüşmenin bu üç temel amacı gerçekleştirmek için yapılması hayati önem taşımaktadır. Çok önemli ve pratik tavsiyelerin bazıları aşağıda listelenmiştir (28):

- a) Hastadan gelen sözel ve sözel olmayan ipuçlarına dikkat edin ve ikisi arasında bir tutarsızlık olduğunda irdeleyin. Bu arada, doktor da beden dili, jestler, göz teması gibi sözel olmayan uyarılarda bulunmalıdır.
- b) Daima hastanın neyi bilmek istediğine göre ve hastanın tepkisine göre hemen yanıt verin.
- c) Hastalığın doğasını, seyrini ve prognozunu (hem kısa hem de uzun dönem), mevcut tedavi seçeneklerini ve araştırmanın gerekliliğini tartışın.
- d) Pahalı araştırmaların ve ilaçların gerekliliği, ulaşılabilirliği ve bunların hastalığın temel seyri ve sonuçları üzerine olan etkilerini detaylı olarak tartışın.
- e) Hastayı karar verme sürecine dahil edin. Tedavi planı hastanın anlayışına, inançlarına, kültürel değerlerine ve kaygılarına uygun olmalıdır.
- f) Yaşam tarzı değişikliklerine bağlılık konusunda hastaları motive etmek için ek çaba gösterin.
- g) Her zaman basit bir dille anlatın. Tıbbi jargonların ve kısaltmaların kullanımını olumsuz bir etki yaratabilir.

### **2.3.5. Hasta yakını ile iletişim kurmak**

Bu durum genellikle hekim iletişim kurulamayan bir hastayı kabul ettiğinde ortaya çıkar. Hasta yakınları endişeli, zaman zaman şüpheli ve sorularla doludur. Özellikle hasta ağır derecede hastalandığında veya yoğun bakıma kabul edildiğinde, yakınları ile iletişim kurmak büyük önem taşımaktadır. Hekimin iletişim yeteneğini kesinlikle artıracak bazı ipuçları şöyledir (29):

- a) Asla gayri resmi olmayın. Bilgilendirmeyi günde bir kez hatta mümkünse günde iki kez yapın.
- b) Hasta yakınlarının çabalarından bahsedip ve onları takdir edin.
- c) Artık insanların çoğu interneti dolaşır ve birçok bilgi toplar. Daha iyi referanslar vererek sorularını tatmin edici şekilde cevaplamaya çalışın.
- d) Her zaman hastalığın dinamik doğasını açıklayın. Bu özellikle kritik hastalar için önemlidir.
- e) İkinci bir görüş mümkün olduğunca aranmalıdır. Bu sadece bir kişinin şüpheli olduğu durumlarda değil, aynı zamanda refakatçilerin güveninin oluşturulmasında da yardımcı olması açısından önemlidir. Aynı olgu birden fazla danışman tarafından açıklanırsa, daha fazla ikna edicidir ve kötü sonucu kabul etmeye hazır olacaklardır.
- f) Siz de şok yaşasanız dahi bu durumu asla ifade etmeyin. Durumu kontrol altına almak için tüm çabaların sarf edildiğine veya kontrol altına alınacağına ikna etmeye çalışın.
- g) Onam alma hasta bilgilendirmenin çok önemli bir parçasıdır. Bunu asla ihmal etmeyin ve ikna edici bir şekilde açıklayamayacak olan paramedik personel veya stajyerlere vermeyin.

### **2.3.6. Genç meslektaşlar ile birlikte iletişim kurmak**

Yüksek lisans öğrencileri, stajyerler ile hemşirelik öğrencileri ve destek kadrosu dahil olmak üzere genç sağlıkçılar ekibin bir parçasıdır. Onları birleşik ve motive tutmak önemlidir. Aşağıdaki ilkeler onlarla verimli iletişim kurmak için yararlı olacaktır (30):

- a) Meslektaşlarınız, arkadaşlarınız veya öğrencilerle hasta veya refakatçilerin önünde konuşmayın. Stajyerler sorularında son derece dikkatli olmalıdır.
- b) Hasta her zaman ortamda mevcut olmayan kıdemli hekimlerin yokluğunda güvensiz hissedebilir. Bu durumda, stajyerler tarafından hastanın şikayetleri için tedavileri doğru ve eksiksiz düzenlense bile, hastaların zihninde şüphe yaratabilir.
- c) Hemşireler, paramedik personel ve diğer destekleyici personel dahil olmak üzere tüm personel için en iyi nezaket gösterilmelidir. Takımın ve çalıştıkları kurumun bir parçası olduklarını ve rolleri ile sorumluluklarının da önemli olduğunu fark etmelerini sağlayın. Etkili bir ekip çalışmasına sahip bir sistem, hasta bakımının kalitesini artırabilir ve sağlık çalışanları arasında iş yükünü azaltabilir.
- d) Örnek olun, yol gösterin. Destekleyici personel sizin çalışmanızı ve kabiliyetinizi takdir etmedikçe, asla içtenlikle çalışmayacaktır.
- e) Onlara kliniğinizde yaygın olarak karşılaşılan hastalıkların temellerini ve yönetim prensiplerini öğretmeye çalışın. Bu onları motive edecektir.
- f) Denetim ve düzenli geribildirim profesyonelce uygulamalardır ve klinik için olumlu gelişim sağlar. Takdir etmeye ve olumlu eleştiriler yapmaya gayret edin.

### **2.3.7. İletişimi zor hastaları yönetme**

Tıbbi uygulamalarda sağlıklı iletişim kurulamayan zamanlar nadir değildir ve bir çalışmada, hekim-hasta etkileşimlerinin yaklaşık %15'i “zor” karşılaşma olarak nitelendirilmiştir. Zor karşılaşmaların, hekim, hasta ve hatta durumla ilgili faktörlerin bir kombinasyonu sonucu ortaya çıktığını belirtmek gerekir. Beklentiler, algılar, hekim ve hastanın davranışı arasındaki dengesizlikle ortaya çıkar (31).

Bir hekim karmaşık sosyal sorunlarla şiddetlenen çok yönlü tıbbi rahatsızlıkları olan bir hasta ile ilgilenirse, zor karşılaşmalar ortaya çıkabilir. Zaman zaman, bir hasta internetten yanıltıcı bilgi sunabilir ve hekimin profesyonel tükenmişliğine yol açan zorlu bir durum ortaya çıkarabilir. Bazen de bu sunduğu bilgi yetersiz, güncel olmayan yahut hastanın rahatsızlığına yönelik olumsuz bir bakışı yansıtır olabilir, tüm bunlar da zor karşılaşmaya neden olabilir (32).

Ayrıca, zayıf iletişim becerileri ve psikososyal tutumlar, hekimler arasında daha az iş tatmini ile birlikte zor karşılaşmalara da katkıda bulunabilir. Hekimin bağımlı, tartışmacı ve manipülatif hastalar veya belirli davranışsal sorunları olan hastalarla başa çıkması oldukça zorlayıcı bir durum olabilir (31).

Zor karşılaşmalar dil, kültürel farklılık ve zaman gibi durumlardan kaynaklanabilir. Bir klinisyen her zaman bu zorluklarla başa çıkmaya hazır olmalıdır. Zor karşılaşmalardan sorumlu olan faktörler ne olursa olsun, hekim hastalarının hastalıklarını tedavi için hem etik hem de profesyonel yükümlülüklerine sahiptir. Aşağıdaki stratejilerin özel hasta profili ile sağlıklı bir terapötik ilişkide yararlı olduğu tespit edilmiştir (32).

- **Bağımlı hastalar;** Bu hastalar yalnızlık düşüncesi ile gelirler. Bu nedenle, hekimin ilgisini görmek için kişisel zamanından daha fazlasını talep ederler. Bu nedenle görüşmeyi, iyi belirlenmiş bir sınırla ve profesyonel bir tavırla sürdürmek esastır. Çoğu zaman, hastayı karar verme sürecine dahil etmek yararlıdır. Kendisinin terk edilmeyeceğini, ihmal edilmeyeceğini ve ilerideki ziyaretlerde de tam olarak dikkate alınacağını kendisine belirtin.
- **Zorlayıcı hastalar;** Genellikle saldırgan ve korkutucu olurlar. Aşamalı değerlendirme veya tedaviden geçmek istemezler. Böyle bir durumda, hekim ön yargılı yaklaşımdan kaçınılmalı ve hastaya en iyi tıbbi bakımı alacağını hissettirmelidir. Öfke göstermeye gerek yoktur.
- **Manipülatif hastalar;** Önceden tedaviyi reddeden, dikkat çekmeye çalışan hastalar genellikle hekimi tedaviye uyum sağlama, reddetme döngüsünde tekrar tekrar ziyaret ederler ve uygun tavsiyelere rağmen düzelmezler. Sağlığının iyileşemeyeceğine olan inançları, hekimi kendi tanı ve tedavisi hakkında şüpheye düşürmektedir. Ancak, bu tür durumlarda hekim, empati yapmalı ve kötü sonuçlardan ötürü hayal kırıklığını paylaşırken sorunlarını dikkatle dinlemelidir. Hekim, beklentiler üzerinde sınırlamalar belirledikten sonra tedavi planını hastayla yeniden gözden geçirmelidir.

- **Kendini tahrip eden hastalar;** Altta yatan kaygı ya da depresyona sahip bazı hastalar genellikle rahatsızlık ve korkuları hakkında umutsuzdur. Sağlık sorunu, yeterli danışmanlık ve yönetime rağmen devam etmektedir. Hasta kendini yıkıcı alışkanlıklara devam eder ve hekim de hastanın ilerleme eksikliğinden dolayı kendinin etkisiz ve sorumlu olduğunu düşünür. Hekim gerçekçi beklentiler belirlemeli ve tam çözümün sınırlı olduğu gerçeğini kabul etmelidir. Hekim hastanın tedavi ya da terapiye (para, zaman veya aile desteği) uymama nedenlerini araştırmaya ve psikolojik destek sunmaya veya düzenlemeye çalışmalıdır.

Zor karşılaşmalarla başa çıkmak için, hekim şefkatli olmalı, empati yapmalı, sabırlı olmalı ve hastanın endişelerini gidermek, beklentilerini karşılamak için aktif dinlemeyi kullanmalıdır. Hekim, tüm katkıda bulunan faktörleri tanımlamalı ve hastaya ön yargısız ve şefkatli bir tutumla yaklaşmalıdır. Altta yatan herhangi bir psikolojik durum tanımlanmalı ve uygun şekilde tedavi edilmelidir. Hastalara olası kötü sonuç ve olası çözümü sorarak onları tedaviye dahil etmek, terapötik başarıya yol açan daha işbirlikçi bir ilişki geliştirecektir (33).

### **2.3.8. Kötü haber verme**

Kötü haber, kişinin hayatında yıkıcı etkisi olan herhangi bir bilgi anlamına gelir. Bununla birlikte, bu etki, alıcının beklenti ve anlayışına büyük ölçüde bağlıdır. Kötü haber verme, yalnızca gerçek haberlerin duyulmasının sözel bileşenini içermeyen, aynı zamanda reaksiyonun üstesinden gelmek için hekimin empati yanıtını içeren karmaşık bir iletişim sanatıdır (34).

Deneyimsiz bir klinisyenin kötü iletişim becerileri, hastaya destek sağlama ve hastanın gelecekteki tedavi için işbirliği sağlamasını bertaraf edebilir. Çalışmalar, birçok hekimin, kötü haberleri açıklayabilme yeteneklerine olan özgüven eksikliği kadar, yetkinlikten de yoksun olduklarını ve didaktik eğitimi sağlamanın gerekliliğini ortaya koymuştur (34).

Bu beceriyi kazanmaları için hekimlere rehberlik edebilecek çeşitli protokoller geliştirilmiştir. Kötü haber verme; hastanın kendi bilgi ve beklentilerine göre bilgi sağlamaktır. Bunun yanı sıra bu duygusal kargaşa içinde hastayı etkili bir gelecek



yönetimi planına yoğunlaştırmak da gerekmektedir. Aşağıda açıklanan stratejik yaklaşımı takip etmek bu konuda faydalı olacaktır (35):

- **Görüşme için hazırlıklı olun;** Kötü haber verme zorlu bir iştir ve hekimin bilgilendirme ve hastanın duygularıyla tepki verme şeklini zihinsel olarak yeniden düzenlemesi gerekir. Gizliliğin korunması, hastanın rahatça oturması, sürekli göz teması ve zaman baskısından kaçınılması gibi önemli iletişim becerilerinin ardından, kesintisiz ve odaklanmış bir konuşmaya girilmelidir. Eğer hasta bir başkasının yanında olmasını isterse, hastanın akraba veya arkadaşları arasından seçim yapmasına izin verin.
- **Hastanın bilgisini ve tutumunu değerlendirin;** Açık uçlu sorular sorarak, doktor sadece hastanın tıbbi sorununu algılamaya yönelik bir anlayışa sahip olmakla kalmaz, aynı zamanda hastanın kötü habere hazırlıklı olma durumunu da değerlendirir.
- **Hastanın ayrıntılı bilgi alma isteğini değerlendirin;** Bazı hastalar hastalıklarının tanı, prognozu ve detayları hakkında tam bilgi alma arzusunu ifade edebilirken, bazıları sadece geniş bir fikir sahibi olmak isterler. Bu bilgiler hekimin bilgiyi hasta isteğine göre ortaya çıkarmasını gerektirir.
- **Kötü haberlerin verilmesi;** Tanı, tedavi, prognoz ve destek dahil olmak üzere hastalarla bundan sonrasını planlamak daha uygundur. İlk uyarı, kötü haberlerin ifşasını takip eden şoku azaltabilir. Basit ve teknik olmayan kelimelerin kullanımı, küçük parçalar halinde bilgi verilmesi ve etkinin periyodik olarak değerlendirilmesi son derece yararlı olabilecek iletişim bilgilerinden bazılarıdır.
- **Hastanın duygularını ele almak;** Hastanın duygusal tepkileri sessizlikten güvensizliğe, ağlamaya, inkara veya öfkeye değişebilir. Hastaya empati yaparak destek vermesi hekimin görevidir. Hastaya yakınlaşmak, ellerini tutmak ve empatik ifadeler kullanmakla, hekim sadece hastayı desteklemekle kalmaz, aynı zamanda kendi üzüntülerini ve duygularını da kabul etmesine yardımcı olur. Doğrulama yanıtları, hastanın gerçeği anlamasına ve kabul etmesine yardımcı olur. Bazen hasta sessiz ya da ağrılı

hale geldiğinde, ona zaman vermek gerekir. Keşfedici sorular hastanın reaksiyonu belirsiz olduğunda yardımcı olabilir.

- **Tedavi planı ve özetleme;** Karar verme sürecine hastaları dahil ederek ve varsa refakatçileriyle birlikte gelecekteki tedavi planını formüle etmek ve tartışmak önemlidir. Kesin bir eylem planına sahip olan hastaların endişeli veya panik olma olasılığı daha düşüktür. Son tartışmaları özellikle özetlemek çok faydalıdır ve hastanın doğruları doğru anlayıp anlamadığını değerlendirmede yardımcı olur.

Sonuç olarak, hekim için iyi iletişim becerileri, hastaya bütünsel bakım sağlayarak sadece tedavideki başarıya yardımcı olmakla kalmayıp, aynı zamanda hekim için iş tatminine yol açar, güvenilir bir hekim-hasta ilişkisinin kurulmasına da olanak sağlar. Hiçbir hekim, iyi iletişim becerilerine sahip olmak için doğal olarak kutsanmış değildir. Bu konuda resmi eğitimin gerekliliği vardır (36).

#### **2.4. Hasta Hekim İlişkileri**

Hekimler ve hastalar arasındaki ilişki tedavinin etkinliğinde önemli bir faktördür. 1927'de Peabody “en geniş anlamıyla tıp pratiğinin hekimin hastayla olan ilişkisini de içerdiğini” öne sürmüştür. Daha sonra, doktor-hasta ilişkisinin önemi Balint tarafından 1955'te “ilaç olarak doktor” ifadesi ile tanımlanmıştır. Psikoterapide, tedavi sürecindeki hekim-hasta ilişkisi kalitesinin, uygulanan spesifik tekniklerden daha güçlü olarak hasta sonuçlarını şekillendirdiği bulunmuştur (37).

Birinci basamakta, hastayı bilmek en az hastalığın bilinmesi kadar önemlidir. Hasta-hekim ilişkisi daha iyi olan hekimler, resmi tarzdaki hekimlerden daha etkilidir. Özellikle hasta memnuniyeti, tedaviye uyum ve tedavi sonucu hekim-hasta ilişkisiyle ilişkili bulunmuştur (37).

Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin tıbbi bakımdaki bir kavramsallaştırması henüz açıkça belirtilmemiştir. Bu konuda Psikoterapide sıklıkla kullanılan kavram terapötik çalışma ittifakıdır; terapist ile hasta arasındaki işbirlikçi ve duygusal bağlıdır. Bordin'e göre iyi bir terapötik çalışma ittifakı aşağıdaki üç unsurdan oluşur: hedefler üzerinde anlaşma, görevlerin atanması ve terapist ile hasta arasında duygusal

bir bağın geliştirilmesi. Üçüncü olarak, empati tüm ilişkilerde anahtar özellik olarak tanımlanmıştır (37).

Araştırmalar hastaların, hekim-hasta ilişkisi perspektifini, dört ana unsur olan bilgi, güven, sadakat ve saygı şeklinde analiz etmektedir. İletişim ve memnuniyet gibi hekim-hasta etkileşiminin diğer yönleri de literatürde giderek önem kazanmaktadır. Hekimlerin iletişim tarzının, hekim-hasta ilişkisinin belirlenmesinde güçlü bir etkisi olduğu bilinmektedir (38).

Bununla birlikte, hekim-hasta iletişimi ve ilişkisi kavramlarının nasıl ölçüldüğü farklıdır. İletişim anketleri, sağlık hizmetleri sağlayıcısının davranışları hakkında, yani hem sözel hem de sözel olmayan iletişim teknikleri hakkında rapor vermektedir. Memnuniyet anketleri ise, kişinin isteklerinin, beklentilerinin veya ihtiyaçlarının yerine getirilmesini bildirir, böylece geçmiş eylemler hakkında bir değerlendirme yapar. Buna karşılık, ilişki anketleri, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasındaki temastan kaynaklanan duyguları değerlendirir (38).

Hasta-Hekim ilişkisi, sağlık hizmetlerinde, özellikle birinci basamakta önemli bir kavramdır. Ancak, aynı zamanda farklı insanlara farklı şeyler anlamına gelen karmaşık bir konudur. Birçok çalışma, hekimleri iletişim ve kişilerarası becerileri açısından araştırmıştır (39).

Hasta-hekim ilişkisi, insani ilişkilerin özel bir biçimi olarak görülebilir. Hasta memnuniyeti, bakım kalitesi unsurlarının önemli olduğu düşünülmektedir, ancak hasta-hekim ilişkisi gibi kavramsal bir çerçevenin yokluğunda, diğerlerinin önemini ve nasıl etkilediklerini tespit etmemiz olası değildir. Bu nedenle hasta-hekim ilişkisi tüm bu kavramların kalbi niteliğindedir (39).

Türkiye’de hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki ilişki gün geçtikçe daha fazla ilgi görmeye başlamıştır ve önem kazanmıştır. Hekim-hasta ilişkisinde olumsuz ifadeler, hasta algı ve tutumlarına olumsuz etki etmektedir. Hekimler ve hemşireler, hastalar veya yakınları tarafından sözel, fiziksel şiddete maruz kalmakta hatta öldürülmektedir. Bu bozulmanın nedenleri, bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, şunlarla ilişkilidir; insani nitelikte eksiklik, kültürel değerlerimizin yozlaşması,

eğitimsizlik, zayıf hekim-hasta iletişimi ve hekimlere yönelik aşırı performans baskısı (40).

Isparta-Burdur Tabip Odası'nın yaptığı çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %84' ü küfür, hakaret, tükürme, tehdit içeren şiddet olaylarına maruz kaldığını belirtmiştir. Bu şiddet olaylarının yanında sağlık çalışanları, tokat, yumruk, aletle saldırı, cinsel taciz gibi diğer şiddet içerikli olaylara da maruz kaldığını ifade etmiştir (40).

Ankara Tabip Odasının yayınlanan raporunda ise hekimler arası ilişkide dayanışmanın zayıfladığı, hekimlerin birbirlerini kötüleyen yorumlar yaptığı, hekimlerin yeterli mesleki donanıma sahip olmadığı, hasta ve hasta yakınlarına olumsuz tavır içinde bulunmalarının şiddeti körüklediğine vurgu yapılmaktadır. Yine raporda toplumda yaşanan kirlenmeden hekimlerin de nasibini aldığı belirtilmektedir. Ayrıca raporda, hekimlerin iletişim konusunda özel bir eğitimlerinin olmadığı, bu nedenle hastalara yaklaşımda yetersiz kalınmasına neden olabildiği gibi çok ciddi ithamlar da bulunmaktadır (41).

## **2.5. Hasta Şikayetleri**

Hastalardan veya refakatçilerinden gelen şikayetler sağlık sisteminde ki sorunların önemli göstergeleridir. Hasta perspektifi önemlidir, çünkü sağlık hizmeti alan kişiler, birçok ülkede şu anda rutin uygulama olan olumsuz vaka raporlama sistemlerinde sağlık profesyonelleri tarafından rapor edilenlere farklı bir bakış açısı getirebilir. Hastalardan gelen şikayetler genellikle bakımlarındaki güvenlik ve hizmet kalitesi sorunları ile ilgilidir, ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından yapılan tedavi ve onlarla olan kötü iletişim ile ilgili endişeleri içermektedir. Bu nedenle hastalar tarafından yapılan şikayetler farklı, geniş ve genişleyen bir veri havuzu sağlar (42).

Hastaların sağlık şikayetlerini yönetme ve bunlara yanıt verme mekanizmaları, çoğu ülkede düzenleyici ortamın bir parçası olmakla birlikte, şikayetler farklı sağlık sistemlerinde ve farklı ülkelerde farklı kategorilere ayrıldığından karşılaştırmalar yapmak ve sonuçlar çıkarmak zorlaşmaktadır. Şikayetlerin kategorize edilmesi ve analiz edilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde uygulanan kabul edilen bir taksonomi, sağlık hizmetlerinin hastalara karşı daha hesap verebilir olmasını sağlar ve aynı

zamanda sağlık hizmetlerinin güvenliğini ve kalitesini iyileştirmek için hasta merkezli bir strateji sunar (42).

Bir taksonomi, kavramların standartlaştırılması, kavramları kullanarak kararlaştırılmış tanımların kullanılmasını, tercih edilen terimleri ve aralarındaki ilişkileri açık bir alan ontolojisine dayanarak kategorize edilmesini sağlar. Bilgilerin tanımlanmasını, karşılaştırılmasını, ölçülmesini, izlenmesini, analizini ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için tasarlanır. Hasta Őikayetlerine standart bir taksonominin uygulanması, sağlık bakımında ortaya çıkan tutarlı sorunları belirleme potansiyeline sahiptir. Bu, sorunları ve eğilimleri araştırmak için yeterli istatistik gücü sunan ve böylece politika ve uygulamaları bilgilendiren toplu veri gerektirir. Bu analitik yaklaşım, sağlık hizmeti personeli tarafından yapılan raporlara dayanan kalite olay raporlama sistemlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır, ancak hastalar tarafından yapılan Şikayetleri analiz etmek için rutin olarak kullanılmamaktadır (2).

Çeşitli Şikayet taksonomileri mevcut olsa da, hasta Őikayetlerinin analizinde onaylanmamış ve rutin olarak kullanılmamıştır. Örneğin Reader ve ark. alışmaları bu konuda faydalıdır çünkü Şikayet literatürünün sistematik bir incelemesine dayanmaktadır. Bu taksonomi, hasta Şikayetlerini  kavramsal alana ayırır: klinik bakımın güvenliği ve kalitesi, sağlık kuruluşlarının yönetimi ve personel-hasta ilişkilerinde sorunlar. Her alan içinde belirli Şikayet türleri için kategoriler ve alt kategoriler; Toplamda 7 kategori ve 26 alt kategori bulunmaktadır (2).

## **2.6. Hasta Bağlılığı**

Aslında tüm bu hasta memnuniyeti, kalite yönetimi, hasta deneyimini artırma vb. pazarlama araçlarının altında yatan asıl neden hasta bağlılığını kazanabilmektir. Peki, hasta bağlılığı nedir?

Bir objeye (r: hastane, marka, mağaza) bağlılık, o objeye karşı olumlu eğilimler beslemek ile kendini gösterir. Bu eğilimler davranışsal ya da tutumsal olabilir. Endüstri ve hizmet pazarlamasında davranışsal bağlılık alınan markanın tutması olarak görülür. Oliver'e göre bağlılık, tercih edilmiş bir ürün ya da hizmeti devamlı olarak yeniden satın almak ya da o ürün ya da hizmetin yeniden müşterisi olmak için iten duyulan bir sadakattir. Ancak bir ürünü tekrar satın alan müşteri, sadece bağlılıktan dolayı değil

başka durumsal faktörlerden (alternatiflerin olmayışı, fiziksel yakınlık, ücret vb.) dolayı da yeniden satın alma davranışı göstermiş olabilir. Bu yüzden müşteri bağlılığının daha karmaşık bir davranış olduğu söylenebilir (43).

Müşteri bağlılığı dört aşamada gelişmektedir. Bilişsel bağlılık (cognitive loyalty), duygusal bağlılık (affective loyalty), davranışsal bağlılık (conative loyalty) ve eylemsel bağlılık (action loyalty) (44).

**Bilişsel bağlılık:** bir ürünün alternatiflerine göre tercih edilebileceğine dair müşteride bilgilerin oluşmasıdır. Bağlılığın ilk adımı bu aşamada atılmaktadır. Müşteri aldığı ürünün performansını, kullandığı hizmetin kalitesini değerlendirmektedir. Ancak herhangi bir ürünü özellikle tercih etme eğilimi yoktur.

**Duygusal bağlılık:** eğer bilişsel aşamada ürüne karşı olumlu bir değer elde edilmişse ikinci aşama olan duygusal bağlılık kendini gösterir. Bir ürün, işletme ya da markaya karşı burada olumlu bir tutum gelişmiştir. İlk izlenimler, üründen duyulan memnuniyet duygusal bağlılığı pekiştirir.

**Davranışsal bağlılık:** müşteri, ürüne ya da hizmete olumlu tavırlar takındığı için tekrar satın alma davranışı göstermektedir.

**Eylemsel bağlılık:** artık ürün ya da hizmet sürekli olarak satın alınmakta ve kullanılmaktadır. Arzulanan müşteri bağlılığı bu son aşamada ortaya çıkmaktadır

## 2.7. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyeti yaygın olarak kullanılan, sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kritik bir göstergedir. Böylece hastaların kalite güvencesinde katkı ve reformcu rolleri vardır (45).

Hasta memnuniyeti anketlerinin sonuçları, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iyileştirmeye ihtiyaç duyulan hizmet faktörlerini belirlemesine olanak tanır. Ayrıca, politikacıların hastaların ihtiyaçlarını anlamalarına ve sonuç olarak etkili ve daha kaliteli hizmet için stratejik plan yapmalarına olanak tanır (46).

Öte yandan, kaliteli sağlık hizmetleriyle daha yüksek hasta memnuniyeti, doktorun tavsiye ettiği tedaviye uyma ve takip randevularını aksatmama gibi hastanın

davranışsal niyetlerini olumlu yönde değiştirir, bu da daha iyi sağlık sonuçları ve hizmet sağlayıcıyı başkalarına önermeleri ile sonuçlanır (47).

Sağlık hizmetleri sadece sağlayıcılar tarafından üretilmez. Hem sağlayıcılar hem de hastalar ortaklaşa sağlık hizmetleri üretmeye çalışırlar. Sonuç olarak, sağlık hizmeti kalitesini değerlendirmek için sağlayıcıların performansını ölçmek yeterli değildir. Hastaların rolleri ve özellikleri, hizmet sağlayıcıların bakım kalitesini değerlendirmek için eşit derecede önemlidir (46).

Bu nedenle, hasta memnuniyeti temelinde kalite iyileştirme sürecidir. Sağlık hizmetlerinin spesifik yönleri, hastaların demografik değişkenleri ve kişisel özellikleri hakkında hasta tarafından tecrübe edilen hizmeti ölçmeyi, ihtiyaç duyulan hizmetlerin bölümlerini tanımlayarak iyileştirmeler yapmayı gerektirmektedir (47).

### **2.7.1. Hastaya ilişkin faktörler**

Demografik faktörlerin hasta memnuniyetine etkisi önceki çalışmalarda tutarlı bir şekilde gösterilmemiştir. Hasta demografik verileri, sağlık hizmeti sağlayıcıları için değiştirilebilir faktörlerden değildir. Ancak, farklılıkların yerel olarak mevcut olup olmadığını ve nedenini belirlemek kilit sorulardır. Ayrıca daha yaşlı hastaların ( $\geq 65$  yaşında) memnun olma ihtimalinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Geçmişte hasta memnuniyetinde bir faktör olarak hasta yaşını inceleyen çalışmalar karışık sonuçlar göstermiştir (48).

Bir çalışmada hastaların eğitim durumunun hasta memnuniyetinde etkili olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda düşük beklentisi olan anneler ve bilgisi az olan anne hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan veya beklentileri abartılı olan hastaların verilen hizmetlerden daha az memnun kaldıkları belirlenmiştir (49).

Artık bireylerin eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve sunulan hizmeti karşılaştıran hastalar oluşmaya başlamıştır. Ayrıca günümüzde hastalar kendilerine sunulan sağlık hizmetine ve kendileri hakkında karar verme sürecine katılmayı, tanı ve tedavileri hakkında yeterli bilgi edinmeyi istemektedirler (49).

Hasta memnuniyeti ile pozitif ilişki gösteren sosyodemografik değişkenler (45):

- a) Yaş
- b) Eğitim
- c) Sağlık durumu
- d) Irk
- e) Medeni hal
- f) Sosyal sınıf

Bununla birlikte, hasta memnuniyeti ile ilişkili olarak aşağıdakiler arasında net olmayan, çelişkili ve sonuçsuz ilişkilerin var olduğu belirtilmektedir (45):

- a) Cinsiyet
- b) Irk
- c) Medeni hal
- d) Sosyal sınıf

Hasta memnuniyeti ile pozitif ilişkili kişisel faktörler sağlık durumu ve eğitimidir. Daha genç, daha az eğitilmiş, düşük dereceli, evli, daha kötü sağlık ve yüksek hizmet kullanımı düşük memnuniyetle ilişkili bulunmuştur. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ortaya çıkmasıyla hastanın sağlık kalitesi değerlendirmesinin değiştiği görülmüştür. Tesisle ilgili kalitenin algısı ise yaşlılarda gençlere oranla daha yüksek bulunmuştur (50).

Daha önceki çalışmalar aynı zamanda hastanın beklenti ve önceliklerinin ülkeler arasında farklılık gösterdiğini ve kültürel arka planın sağlık sistemi ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (50).

### **2.7.2. Hizmet verene ilişkin faktörler**

Hekim ile hasta, aynı amaç için çalışan bir ekibin olmazsa olmazıdır. Bu ilişkide beklenen sonucun (hastanın şifa bulması, sorunların çözümünün sağlanması, hastanın sağlığının korunup, geliştirilebilmesi...) sağlanabilmesi için iki tarafın da tam bir uyum içerisinde olması gereklidir. Verilen tedavinin ve dolayısıyla da bu tedaviyi uygulayan hekimin başarılı olmasının yanı sıra, hastanın sağlığına kavuşabilmesi, hasta ve yakınlarının memnun edilebilmesi ancak bu şekilde mümkün olmaktadır (51).

Hasta ve yakınlarının tanı-tedavi süresince sorumluluk üstlenip, alınacak olan tıbbi kararlara katılmaları ise hekimin lehinedir. Bu yolla hekimin hukuki sorumluluğu



paylaşmış olmaktadır. Yine bu sayede sonrasında oluşabilecek komplikasyonları ve istenmeyen olayları azaltabilir ve böyle durumlar karşısında hasta ve yakınlarının verecekleri tepkileri en aza indirerek kontrol edebilir. Bu şekilde hekim uyguladığı tedaviden ve girişimlerden beklediği sonucu almış olur. Böylelikle başarı oranı yükseltilmiş olur (51).

Bekleme süresi ve hemşirelik hizmetleri acil servislerde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bursch ve ark. (52) yapmış oldukları bir çalışmada, acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün muayene olmak için uzun süre beklemek olduğunu ortaya koymuştur. Hastaların algıladıkları bekleme süresi kısaldığında memnuniyet düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Yapılmış olan birçok çalışmanın sonucunda, hastaların acil servislerdeki bekleme süresini kısaltmaktan daha çok hasta ve yakınlarına acil serviste neden beklediklerinin ve acil servisin işleyişinin nasıl olduğu hakkında bilgi verilmesinin hasta memnuniyetini önemli ölçüde artırdığı tespit edilmiştir (53).

Taylor ve Bengler ise çalışmalarında acil servisteki personelin hastalar ile aralarındaki iletişim yeteneklerinin artırılmasının, hastalara yapılan işlemler hakkında daha fazla bilgi verilmesinin, onlara karşı olan tavır ve davranışlarının iyileştirilmesinin ve bu sayede algılanan bekleme süresinin kısaltılmasının acil servislerdeki hasta memnuniyetinin artırılmasında oldukça etkili olduğu ortaya koymuşlardır (54).

Sağlık hizmet kalitesinin belirlenmesinde; hastaların acil serviste beklerken geçirdikleri süre, hizmete ulaşılabilirlik, sunulan hizmetin hızlı ve doğru olarak yapılabilmesi, acil servis personelinin nezaketi ve davranışlarındaki tutarlılık, beklenmedik bir durumda çalışanların gerekli çözümleri üretmesi ile sunulan hizmetin zamanında ve eksiksiz olarak yerine getirilmesi gibi faktörler de önemli rol almaktadır (53).

### **2.7.3. Kurumsal faktörler**

Hasta memnuniyeti; sunulan sağlık hizmetlerinde kalitenin temel basamaklarından birini oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaneler de diğer kurum ya da kuruluşlar gibi kalite ölçümü konusuna önem vermektedirler. Kaliteyi ölçmenin yollarından biri ise müşteri memnuniyetinin ölçülmesidir (44).

Hastaneler de, diğ er kurum ve kuruluş lar gibi hizmet alan kiş ilerin ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermek için geliştirilmiş tesislerdir. Tesis binasının yapısı da hasta memnuniyeti üzerinde bir etkiye sahiptir. Amaca uygun hastane olarak tasarlanmış binalarda, hasta memnuniyeti kiralanan hizmet binalarından daha yüksektir (55).

Kayıt iş lemi genellikle insanlar için sıkıcı ve gereksiz bir iş lem gibi görünür ancak hastaneye başvurularda olmazsa olmaz bir basamaktır. Hasta ya da yakınları için hastanın sağlık durumu ile değil sadece parayla ilgili gibi görölmektedir, hastanın tedavisine katkı sağlayacak bir iş değildir. Bu iş lemi yapan personelin bu konuda tecrübeli ve anlayış lı olması oldukça önemlidir. Kayıtlar mümkün olduğunca kısa süre zarfında ve insanları sıkmadan yapılmalıdır (55).

Hastaların acil servis iç ine alınma şek li de genel memnuniyeti etkilemektedir. Haydarpaş a Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir tez çalışmasında hastaların acil servis iç ine alınma şek li önemli olarak saptanmış ve sedye ile alınan hastaların memnuniyet oranında yükseklik olduğu gözlenmiştir. Bu durum, hastaların daha yardıma muhtaç durumda olduğundan ya da sedye verilmesinin 'önemsenmek' olarak algılanmasından kaynaklanabilir (56).

Yapılan çalışmalarda erişilebilirliğin de hasta memnuniyeti üzerine etkisi sıkça çalışılmış ve önemli ölçüde memnuniyeti olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur. Sağlık kurumlarının elverişli konumu, kısa bekleme süresi, hızlı ve kolay giriş, taburculuk iş lemleri ve randevu almak için daha kısa zaman harcama ve çaba gösterme gerekliliği ölçölmüş ve hasta memnuniyetini olumlu etkilediği görölmüş; sağlık hizmetlerinin rahatlığıyla açıklanmıştır (57).

Çekici odalarda bulunan hastalar, hekimlerin duygusal davranış larını, hekimlerin yetkinliklerini ve onlar için zaman harcamasını daha olumlu değerlendirmiştir. Ayrıca, hastanenin genel notunu belirlerken de aynı hastaneyi büyük ihtimalle gelecekte yine tercih edeceklerini ve hastaneyi başkalarına da tavsiye edeceklerini bildirmişlerdir. Buna ek olarak, ailelerinin yanlarında kalabilmesi için fiziksel yeterliliğin de hasta memnuniyeti üzerinde ciddi bir etkisi olduğu ortaya konulmuştur (55).

Hastanelerin itibarı ve imajı da hasta memnuniyetinin önemli belirleyicilerindedir. Ayrıca, hastanenin üniversite hastanesi gibi bir öğretim hastanesi

olması ya da vakıf hastanesi gibi ön planda hizmet sunumu amacıyla olması hastaların güven duygusunu artırmış ve hasta deneyimleri ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (58).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta memnuniyetinin önemi şu şekilde özetlenebilir (59);

- a) Hasta memnuniyet sonuçları sağlık kurumuna ayna görevi yaparak hizmetleri hakkında değerlendirme ve kendilerini geliştirme imkanı verir.
- b) Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının hem üstün yönlerini hem de eksikliklerini ortaya koyma olanağı sağlar.
- c) Sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesi ile maliyet azaltılabilir ve rekabet avantajı sağlanabilir.
- d) Sunulan hizmetten memnun olan hastalar kendilerine önerilen tedaviye daha dikkatli bir şekilde uyar.
- e) Sağlık kuruluşundan memnun kalan hasta ve yakınları daha sonra tekrar ihtiyaçları olduğunda yine aynı sağlık kuruluşunu tercih edebileceklerdir.
- f) Verilen hizmetten memnun kalmayan hastalar düşünce ve görüşlerini memnun kalan hastalara göre daha fazla kişiyle paylaşmaktadırlar.

#### **2.7.4. Hasta memnuniyetini artıran faktörler**

Yapılan bir çalışmada, acil servisi en çok tercih sebebi; daha önceden yüksek kaliteli bakım alan hastalar tarafından tavsiye edilmesi ve sosyal güvence olarak bulunmuştur (60). Başka bir çalışmaya göre ise tercih nedenleri arasında sevk, tıbbi olanakların fazlalığı ve sosyal güvence ilk sıralardadır (61).

Hasta memnuniyetinin belirleyicileri: sistematik bir derleme başlığıyla Enkhjargal Batbaatar ve ark. 2016 da yaptıkları geniş kapsamlı ve ayrıntılı derleme konuya ışık tutması bakımından oldukça kapsamlı ve yararlıdır. Literatürde 1980 ve 2014 yılları arasında hasta memnuniyetinin belirleyicileri ile ilgili kanıtları sistematik olarak tanımlamak, gözden geçirmek ve hasta memnuniyeti için daha sağlam bir ölçüm sistemi tasarlamak için, bu konudaki derlemelerini yapmışlardır. Bu derlemeye göre hasta memnuniyetini arttıran faktörler aşağıdaki şekilde sunulmuştur (62):

- 1) Daha iyi teknik bakımın, hasta memnuniyeti düzeyinin artmasında önemli rol oynadığına dair ciddi sonuçlar mevcuttur.
- 2) Sağlık çalışanlarına bağlı nedenlerin hasta memnuniyetindeki farklılıklar üzerinde en önemli etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Hekim ve hemşirelerin bakımı incelemelerde ana hasta memnuniyeti belirleyicilerinin ilk ikisidir.
- 3) Daha iyi ağrı yönetimi, profesyonel yönetim ve hastaların hastalıklarını öz-yönetimine destek (hastalığın nasıl izleneceği, hangi diyetin alınacağı bilgisi, ve sağlayıcılar tarafından hangi egzersizin yapılması gerekliliğinin hastayla paylaşılması) genel hasta memnuniyeti ile pozitif olarak ilişkilidir.
- 4) Hastaların kendileri ile ilgili tıbbi kararlara katılımları memnuniyetlerini artırmaktadır.
- 5) Hastaların, hekimlerini, kendilerinden ziyade, duygusal davranışlarıyla ilgili olarak tavsiye ettikleri görülmüştür.
- 6) Hastaların sağlık hizmetlerini değerlendirirken sağlık profesyonelleri tarafından mahremiyetlerine nasıl saygı gösterildiğine dikkat ettikleri de dikkat çekmektedir.
- 7) Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve dinleme becerileri, hasta memnuniyeti düzeyi ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, doktorların sözel olmayan iletişim becerisi, tıbbi bakımın önemli bir unsuru olmuş ve hasta memnuniyeti ile ilişkili bulunmuştur.
- 8) Fiziksel ortamın hasta memnuniyeti üzerinde potansiyel etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu düşünülen fiziki ortam özellikleri; atmosferin hoşluğu, oda konforu, yatak, temizlik, gürültü seviyesi, sıcaklık, aydınlatma kolaylığı, yemek servisi, banyo konforu, işaret ve yön açıklığı, ekipman ve tesislerin düzenlenmesi ve park etmedir.
- 9) Yemek kalitesi, genel memnuniyetle kuvvetle ilişkilidir.
- 10) Hasta yaşının memnuniyeti etkilediğine dair kanıtlar da vardır. Yaş, arka plan değişkenleri arasında hasta memnuniyetinin en önemli ve tutarlı belirleyici değişkenidir. Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda, yaşlı hastaların sağlık hizmetlerinden daha memnun oldukları görülmüştür.

- 11) Cinsiyet ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkilerin sonuçları, çalışmalarda büyük ölçüde farklılık göstermiş ve erkek ve kadın hasta tecrübeleri arasında ticari sağlık planlarını etkileyecek tatmin edici bir fark bulunmamıştır. Ayrıca, bir çalışmanın sonuçları, hastaların genel olarak aynı cinsiyetten doktorları tercih etmelerini önermiştir.
- 12) Eğitim seviyesinin, hemşirelik bakımının memnuniyet düzeyi ile ters ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca okuryazar hastaların cahil insanlardan farklı olarak birinci basamak sağlık hizmetleri ile daha memnun kaldıkları ortaya konmuştur.
- 13) Daha yüksek gelir grubundaki hastalar genel sağlık hizmetleri veya erişim ve teknik kalite ile daha fazla ilgili olma eğilimindedir. Düşük gelirli hastaların hemşirelik bakımından daha fazla memnun oldukları sonucuna varılmıştır.
- 14) Dinin genel hasta memnuniyetini etkileyip etkilemediğine dair de küçük bir kanıt vardır. Bir çalışmada, hastalarla hastanede kaldıkları süre boyunca din ve manevi kaygılarıyla ilgili görüşüldüklerinde daha yüksek düzeyde memnuniyet bildirdikleri sonucuna varılmıştır.
- 15) Hastaların beklentileri sağlık hizmeti performansı ile eşleştiginde, hastalar genel sağlık hizmetlerinden memnun kaldılar.
- 16) Irk ve memnuniyet arasındaki ilişkiler açık değildir.

#### **2.7.5. Hasta memnuniyetini azaltan faktörler**

Hasta memnuniyetsizliğinin en temel nedeni yanlış tedavi edildiğini düşünen hastalardır. Bu ise iki şekilde ortaya çıkmaktadır; birincisi malpraktis ve komplikasyonlar ikincisi ise yetersiz bilgilendirmelerdir (62).

Hastanede kalma sürecini uzatan her etken de hastalar üzerinde memnuniyetsizliğe yol açmıştır. Neden beklediğini bilmeden uzayan bekleme süresi ve tedaviler, testler, ilaç ve taburculuk sonrası olası komplikasyonlar ister hekim tarafından ve ister hemşireler tarafından olsun kuvvetle genel hasta memnuniyeti ile ilişkilidir (63). Ancak sağlanan aşırı bilgilendirme ile hasta memnuniyeti arasında negatif bir bağlantı da mevcuttur. Diğer bir deyişle, hastalara sağlanan daha fazla bilgi, hastaların daha az memnun olmasına neden olmaktadır (64).

Hasta ziyareti sırasında hekimlerin hastaları ile daha uzun süre harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ancak hastalar, özellikle herhangi bir bildirimde bulunulmadan uzun bir süre beklemek zorunda kaldıklarında, doktor hizmetleri ve genel servislerden daha az memnun olma eğilimindedirler (62).

Zaman zaman ortaya çıkan idari sorunlar, hastanelerin kuralları ve yönetmelikleri de hasta memnuniyeti ile ilişkilidir. Öte yandan, bürokrasi hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilir (64).

## **2.8. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti**

Bir acil servis ziyareti sıklıkla hastanın bir hastane sistemiyle ilk deneyimini ve dolayısıyla olumlu bir ilk izlenim oluşturmak için eşsiz bir fırsatı temsil eder. Bununla birlikte, bu ziyaretler sıklıkla hasta için stres ve belirsizlik zamanlarında ve sayısız zorluklarla karşılaşan bir acil servis ortamında gerçekleşir. Aşırı kalabalık, yetersiz iletişim, hasta mahremiyeti eksikliği, zayıf ağrı kontrolü ve rahatsız edici acil servis ortamları, hastaların bakım deneyimlerini etkileyen konulardır ve sonuçta acil servis hastane yöneticilerinin odak alanlarıdır (65).

Acil servisler, insan hayatını ve sağlığını tehdit altına alan çevresel ve biyolojik duruma müdahale etmektedirler. Acil sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetleri içindeki önemi giderek artmakta ve bu artışla beraber sağlık hizmetlerinde kaliteye daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti sağlanması ve verilen sağlık hizmetinin ölçülmesi açısından hasta memnuniyet anketleri önem taşımaktadır (66).

Önceden hastaneler yalnızca hastaların tedavi göreceği bir yer olarak görülüyordu ve küçük bir acil servis odası vardı. Gerçek acil durum hakkında çok fazla bilgiye sahip olmayan en genç insanların çalıştığı bir yerdi. Acil servisler hasta resüsitasyonunda etkin bir rol üstlenmediler. Sadece hastayı tetik ettiler ve hastaların yoğun bakım veya servise ihtiyaç duyup duymadıklarına rehberlik ettiler. Ancak zamanla, insanların hastanelerle ilgili beklentileri değişmiştir. Bilgi düzeyleri internet erişilebilirliği ile artmıştır. Tutum ve beklentideki bu değişim; medya ve sağlık hizmetlerinde ticarileşme ve tesislerdeki iyileşmeden kaynaklanmıştır (67).

Hasta memnuniyeti, acil serviste sunulan sağlık hizmeti hizmetlerinin kalitesinin bir ölçüsüdür. Servisle ilgili hastanın düşünceleri gelecekteki acil servis seçimine veya

belirli bir acil servisi diğer potansiyel hastalara önermesine neden olacaktır. Ayrıca, memnuniyet, acil servis önerilerine uyumu artırır, böylece acil servis ziyaretinin sona ermesinden sonra hasta sonuçları daha da iyileşir. Sık başvuruları olan hasta ile iyileştirilmiş hasta memnuniyeti, doktor ve acil servis personeli için de iş memnuniyetini artırır. Olumlu bir çalışma ortamı oluşturur (68).

Memnuniyet, doktor ya da acil servis personeli ve hasta ya da hasta yakını arasında gerçekleşen iletişim kalitesi ve etkileşimler ile ilişkilidir. Hastanın aldığı bakımı anlaması anlayışını ve genel tatminini artırır. Algılanan ve beklenen bekleme süreleri, gerçek bekleme süreleri değildir, hasta memnuniyeti ile ters ilişkilidir. Hastalığın büyüklüğü veya triyaj seviyesi de hasta memnuniyeti ile ilişkilidir (68).

Acil servis memnuniyetini etkileyen parametreler; hekim-hemşire, hasta ve hastaya eşlik edenlerle iletişim, hastane altyapısının özellikleri ve triyaj alanındaki bekleme süresi gibi sağlık özellikleri olarak sıralanabilir. Hastanın yaşı, başvuru sırasındaki aciliyet derecesi, hastanın eğitim durumu ve tıbbi konulardaki bilgisi, hastaların hasta bakımı konusundaki beklentilerini etkileyebilir. Hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer önemli faktör, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki bakım algısındaki farktır. Sosyal gelenek ve görenekler de beklentileri etkileyebilir. Sevilen birinin hastalığı veya ölümü gibi başa çıkılması zor durumlarda, şikayette bulunmak kültürel geleneklerimizden biridir. Hastaya başvuru sırasında eşlik eden birden fazla akraba hem hastalarıyla ilgili endişelerinden hem de bu varlığın hasta bakım kalitesini artırabileceği varsayımlarından kaynaklanabilir. Acil serviste hastaların kaldığı süre boyunca akraba sayısındaki (azalan/artan) değişiklikler, zaman zaman klinik uygulamalarımızda karşılaştığımız bir durumdur (69).

Hasta memnuniyeti, gelişmiş ülkelerde “hasta koruma ve uygun fiyatlı bakım yasası” kapsamında oluşturulan geri ödeme planlarının ortaya çıkmasıyla birlikte hastanelerde kaliteli bakım için bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Bu çerçevede hastaların acil servise girişinden başlayıp, taburcu olana dek aldıkları hizmetleri değerlendirmeleri istenmektedir. Doktor tazminatı ve teşvikler sıklıkla hasta memnuniyeti puanlarıyla ilişkilendirilir (70).

Bunun yanı sıra acil servislere teşvikin gerekli olmadığı aşırı yoğun acil servisler de günümüzde uluslararası büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Böyle aşırı kalabalık acil servislerde ise hasta memnuniyeti ölçümleri hastaların yakınlarına önermeleri için değil de ihtiyaç duydukları hizmetleri en yüksek seviyede alabilmesi için gereklidir.

Acil servislere talep, makul bir zaman dilimi içerisinde bakım sağlama kapasitesini aştığında acil servis kalabalığı meydana gelir. Bu sorun uluslararası kapsamdadır ve hükümetleri, hastaneleri, servis sağlayıcıları ve servis kullanıcılarını etkiler. Bu genellikle hasta güvenliğine yönelik risklere ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olur. Aşırı kalabalık, hastaların kötü sonuçlarına ve kalış süresinin artmasına neden olabilir. Birçok uluslararası çalışma, acil servis hastalarının bakım bekleyen zararlarını belgelemektedir. Bunlar advers olaylar, artmış morbidite ve mortalite, kalış süresinin artması ve genel olarak yetersiz bir sağlık bakımındır. Sorunu çözmek için çeşitli stratejiler önerilmiştir, ancak gerçekte konuyu kesinlikle gideremezler (71).

Acil servis hastalarının memnuniyetsizliği sadece acil servis kısmı ile değil, tüm hastane yatışı ile hasta memnuniyetini azaltmaktadır. Acil servisin aşırı kalabalığı aynı zamanda tıbbi hataların artmasına da yol açar. Doğal bir sonuç olarak, acil servis aşırı kalabalığında ölüm oranı da artmaktadır. Acil serviste uzun bekleme süreleri yalnızca aşırı kalabalıklaşma sorununa katkıda bulunmaz, aynı zamanda artmış hasta morbidite ve mortalitesi ile de ilişkilidir (72).

Acil servisin aşırı kalabalığı hekim ve tüm acil servis personeli için de yüksek aktivite anlamına gelir ki bu, önemli bir insan hatası riski ile ilişkilidir ve "hata araştırması için doğal laboratuvarlar" olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle, acil tıp, özellikle dava ve taleplere yatkın "yüksek riskli" bir uzmanlık olarak kabul edilir. Arttırılan hasta memnuniyetinin ise bunun önüne geçmesi veya azaltması beklenir (73).

## **2.9. Etkin Bir Memnuniyet Ölçümü Yapmak Ve Günümüz Uygulamaları**

Hasta memnuniyetini etkileyebilecek faktörleri belirlemek için hastanın hastane içindeki yolculuğunun her adımını ayrı ayrı bölümlenmelidir. Örneğin; kayıt işlemleri, muayene öncesi ve sonrası bekleme salonu, muayene odası, laboratuvar testleri ve diğer



tetkiklerin alınması, sonuçlar hakkında bilgilendirme, tedavi, takip vb... ve tabii ki bu sırada bu işlemleri gerçekleştiren personeller ve tutumları. Yani hem klinik hem de klinik dışı faktörler dahil edilmelidir. Hasta memnuniyeti üzerine yapılan kapsamlı araştırmalarda ortaya konulmuş en etkili olan faktörlerin sorgulandığı sorulardan oluşan anketler ile hastaların memnuniyeti ve çalışan performansı düzenli aralıklarla takip edilmelidir (61).

Örneğin Medicare ve Medicaid Services Merkezi (CMS), anket aracını yönetirken, aynı zamanda organizasyon içindeki farklı hasta popülasyonları için hasta memnuniyet anketi araçları sunmaktadır. Tamamlandıktan sonra, bu anketler verilen hizmetin bulunduğu yere göre raporlanır. Anketler ayrıca, yatarak tedavi, ayakta tedavi, acil servis bakımı, ayaktan ameliyat bakımı ve tıbbi pratik bakım gibi bakım alanlarına bölünür. Bu bilgilerin ayrılması raporlama amaçları için gereklidir. Bu sayede, yöneticiler, memnuniyetsizliğin nereden geldiğine bakılmaksızın verilen hizmetin bütün kesimini iyileştirmek için büyük ve maliyetli müdahaleler oluşturmaktan çok, daha spesifik müdahaleler yaratma eğiliminde olabilirler (57).

Bu dikkatli niteliksel ve niceliksel araştırma, sağlık birimlerinin pahalı hataları önlemesine yardımcı olabilir. Birçok hastane hastalarının memnuniyetini arttırmak için büyük yatırımlar yapıyor ancak istedikleri hedefleri gerçekleştirmede başarısız olabiliyorlar. Çünkü gerçekten hastalar için daha önemli olanı gözden kaçırebiliyorlar. Müşteri odaklı lider şirketler ise bu hatayı nadiren yapmaktadırlar (57).

Hasta memnuniyeti için en önemli faktörlerin belirlenmesi de yeterli değildir. Bu faktörler, kurucu kısımlarına ayrılmalıdır. İdeal olarak, düzenli olarak izlenebilen faktörler. Örneğin, hemşire bakımı, hasta memnuniyeti üzerinde güçlü bir etkiye sahipse, sağlık birimleri, her hasta ile birlikte geçirilen toplam hemşirelik zamanı ve çağrı düğmelerine zamanında yanıt gibi şeyleri izlemelidir. Benzer şekilde, Acil Serviste memnuniyeti etkileyen en önemli faktör hastaların bir sağlıkçıya (paramedik, ATT vb.) ne kadar çabuk ulaşabildiği ise, sağlık birimleri ortalama "kapı-sağlıkçı" zamanını rutin olarak ölçmelidir (56).

Bunlar gibi ölçütler, hastanın memnuniyetini arttırmak için kullanılacak kilit performans göstergeleri (KPG) haline gelir. KPG'leri ideal olarak; günlük olarak

değerlendirilmeli ve sonuçlar hastanenin ilgili birimine bildirilmelidir. Bulgular, çalışan personelde değişiklik gerekip gerekmediğine, nerede yapılması gerektiğinin belirlenmesine ve elde ettikleri etkiyi anlamak için değişikliklerin tekrar test edilmesinden sonra değerlendirilmesinde yardımcı olur. KPG'leri aylık hasta geribildirim anket skorlarının önemli bir tamamlayıcısıdır. Bu anketler hasta memnuniyetinin en önemli göstergesi olmasına rağmen, yanıtların işlenip bildirilmesi birkaç hafta sürebilir. KPG'leri personelin kendi faaliyetleri için anlamlı ve gerçek manada ayarlamalar yapmasını ve günlük operasyonlarda sürekli kendilerini geliştirmelerini sağlar (56).

Sonuç olarak, önde gelen müşteri hizmetleri şirketleri bu yaklaşımı uzun zamandır kullanılmaktadır. Günümüzde benzer yaklaşım sağlık sektöründe de kullanılmaya başlanmıştır. Hastaların memnuniyet düzeyini belirlemek, onları doğru anlamak, sağlık birimlerinin iş hedeflerini gerçekleştirmesine ve gelirini arttırmasına yardımcı olabilir. Ve tabii ki daha iyi klinik bakım sunumu ve hasta uyumu gibi asıl istenen etkileri olacaktır. Yukarıda özetlenen adımlar, sağlık birimlerinin hasta deneyimi hakkındaki anlayışlarını derinleştirmelerinde ve hasta memnuniyetini arttırmalarında en etkili yolları belirlemelerinde yardımcı olabilir (61).

### **2.9.1. T.C. Sağlık bakanlığı memnuniyet ölçüm yöntemi**

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmak üzere “Memnuniyet Anketleri” geliştirilmiştir. Memnuniyet anketleri, kamu, üniversite ve özel hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile il ambulans servislerinde uygulanmak üzere belirlenen asgari soruları içermekte olup, verilen hizmetlere dair sorunların akut dönemde tespitine yönelik uygulanan bir soru setidir, hipotez sınaması ya da tutum ölçme amacı taşımamaktadır. Bu anketler aynı zamanda kurumda verilen hizmetlerin farklı bir göz tarafından değerlendirilmesine de olanak sağlamaktadır (19).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta memnuniyeti, hizmet kalitesinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin başarı düzeyini ortaya koymak için hasta görüş ve deneyimlerine başvurmak ve beklentilerini doğru algılamak gerekmektedir. Hazırlanan memnuniyet anketlerinin sağlık kurum ve kuruluşları tarafından doğru anlaşılıp doğru yorumlanması, kullanıcıların bilgi

düzeylerinin artırılması hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi amacı ile Sağlık Bakanlığı “Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi” hazırlanmıştır (19).

Bakanlık yayınladığı rehberle;

- Anketlerin uygulanmasını sağlar
- Takibiyle sorumlu kişileri belirler
- Anketlerin bir merkezde toplanmasını sağlar
- Anketlerin gizliliğini vurgular
- Anköterlerin nasıl seçildiğini anket raporunda ayrıntılı olarak anlatır
- Anket bulguları doğrultusunda mevcut sorun alanlarını tarif eder
- Elde edilen sonuçlara göre iyileştirici düzenlemeler hususunda yönetime önerilerde bulunur
- Verileri “Kurumsal Kalite Sistemi” ne aktarır

Bakanlık bu çalışmayla; memnuniyet anketleri, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan kişilerin önerilerinin dikkate alınması, şikâyetlerinin giderilmesi, en iyi hizmeti sunma hedeflerinin ortaya konulması noktasında kalite geliştirme faaliyetlerini yürütmeyi amaçlamıştır (19).

2.9.1.1. T.C. sağlık bakanlığı acil servis hasta memnuniyet anketi;

Anket 13 maddeden oluşmaktadır. İlk 3 madde hastaların demografik özelliklerini inceler. Daha sonra gelen 12 soruda ise; Evet, Biraz/Kısmen ve Hayır olmak üzere 3 cevap kategorisi bulunmaktadır (19).

Buradaki 12 sorudan ilk 3 soru hastaneye giriş anından muayene olana kadar geçen sürede karşılaşılan hastane birimleri ve danışmanlık hizmetleri ile ilgilidir. Sonraki soruda ise tüm hastane personelinin genel değerlendirilmesi ve derecelendirilmesi istenmektedir. Sonraki sorularda sırasıyla hasta mahremiyetine özen ve hekim iletişimi üzerine eğilmiştir. Onları takip eden tek soru ise ihtiyaç halinde sağlık personeline kolay ulaşımı sorgulamaktadır. Sondan önceki iki soru ise genel hastane temizliği ve genel değerlendirmeyi içerir. Son soruda ise taburculuk bilgilendirmesi sorgulamaktadır. Bu anket asgari bir anket olarak veya hastanenin mevcut hasta anketiyle entegre olarak uygulanabilir (19).

Hasta memnuniyet anketi uygulama şartları;

- 16 yaşından büyük hastalara
- 16 yaşından küçük hastalar için hasta yakınlarına
- Psikiyatri hastaları, diyaliz hastaları ve terminal dönem hastaları ankete tabi tutulmamaktadır.
- Ayrıca anketi cevaplamak istemeyen hasta ve hasta yakınlarına gerekli anlayış gösterilmelidir.

Hasta Memnuniyet Anketlerinin Uygulanışı;

- Hasta memnuniyet anketleri, asgari Bakanlık tarafından yayımlanan anket sorularını içermelidir.
- Kurumlar, tercih ettikleri anket uygulama yöntemini ve çalışmada yer alacak anketörleri belirlemelidir.
- Anketler mümkünse hastaya verilmemeli ve bir anketör tarafından yüz yüze görüşme şeklinde yapılmalıdır (sorular anketör tarafından okunmalı ve hastanın verdiği cevaplar forma işlenmelidir).
- Kurumlar, yüz yüze görüşmenin mümkün olmadığı durumlarda internet ve telefon gibi iletişim kanallarını kullanarak anket uygulayabilirler.
- Sorular anlaşılmadığı takdirde anketi uygulayan anketör, örnekler vererek soruyu açabilir.
- Anketörlere mutlaka kısa süreli bir eğitim verilmelidir. Anketin özellikleri ve uygulama esasları hakkında verilen bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Anketör, ankete başlamadan önce kendini tanıtmalı ve hastayı yönlendirecek davranışlardan kaçınmalıdır.
- Anketör, anketin önemini anlatarak, gizlilik konusunda güvence vermelidir.
- Anketör, soruların cevaplanma süresi üzerinde kontrolü sağlamalıdır.
- Anketör, boş bırakılmış soru bulunmamasına dikkat etmelidir.

Hasta memnuniyet anketleri her ay yapılmalı ve takip eden ayın 15. gününe kadar Kurumsal Kalite Sistemi'ne ([www.kks.saglik.gov.tr](http://www.kks.saglik.gov.tr)) veri girişi tamamlanmalıdır. Her bir memnuniyet anketi için “Kategori Bazında Karşılanma Oranları” ve “Soru Bazında Karşılanma Oranları” elde edilecektir. Kurumsal Kalite Sistemine veri girişi yapılırken “hastane yatak sayısı” ve “ay içerisinde anket uygulanan kişi sayısı” mutlaka belirtilmelidir (19).

### 2.9.2. ABD Sağlık hizmet sunucularının hastane tüketici değerlendirmesi

Bu amaçla Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Sağlık Hizmet Sunucularının Hastane Tüketici Değerlendirmesi (HCAHPS) araştırma ve testi ilk 2002'de başlamıştır. HCAHPS, Ekim 2006'da Ulusal Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) ve CMS tarafından ortak bir gelişim çabası sonrasında hayata geçirildi. Katılımcı hastaneler tarafından gönüllü olarak uygulanan HCAHPS, Hastane Kalite İttifakı (HQA) tarafından desteklendi ve Ulusal Kalite Forumu (NQF) tarafından onaylandı. Büyük ölçekli girişimlerin uygulanması sıklıkla yavaş ilerlemesine rağmen, HCAHPS hızlı bir şekilde destek aldı ve 2008 mali yılı için Geçici Ödeme Sistemi (IPPS) yataklı hastanelerin Yıllık Ödeme Güncelleştirmesi (APU) ile bağlantılı hale geldi (74).

Yaygın olarak kamuoyuna duyurulan amaç, tek tip bir ölçüm oluşturmak ve hastaların bakımına ilişkin hastaların görüşlerini kamuya açıklamaktır. Halen HCAHPS ölçümleri, CMS tarafından toplanmaktadır. HCAHPS'in hedefleri; bakım kalitesini iyileştirmek, devletin kamuya hesap verebilirliğini arttırmak, ABD'deki hastane bakımı kalitesinin şeffaflığını arttırmak, hastaneler için teşvikler oluşturmak ya da cezai yaptırım uygulamak, olarak ana hatlarıyla belirtilmiştir (75).

HCAHPS'den başka hastaların memnuniyetini arttırmak, hastaneler arasında rekabet avantajı yaratmak gibi hastanelerin kullandığı daha farklı taktikleri de olabilir. Bununla birlikte, HCAHPS modeli altında bu anketlerin hasta tarafından algılanışı, rekabetçi bir ayrımcılıktan ziyade hasta bakımının artırılması anlamını taşımaktadır. Hasta memnuniyeti artık her hastane yöneticisinin görmezden gelemeyeceği finansal bir bileşendir. Öyleki HCAHPS önlemleri de dahil olmak üzere gerekli kalite önlemlerini bildirmeyen IPPS hastaneleri APU'larında %2 oranında bir azalmaya tabii tutulabilir. Birçok yönetici için, kuruluşlarının başarısı veya başarısızlığı kısmen HCAHPS puanlarının sonuçlarına göre ölçülebilir (75).

Ulusal uygulaması ve ilk katılımı ilgili bazı hastanelerin endişeleri, zamanla kuruluşlar arasında HCAHPS'i en iyi şekilde kullanmaya yöneldi; çünkü HCAHPS sonuçlarının herkese açıldı, bu da HCAHPS puanlarına göre kendilerini iyileştirmek adına bir takım değişikliklere gitme ihtiyacı doğurmuştur (76).

### 2.9.2.1. HCAHPS Anketi;

HCAHPS anketi 27 maddeden oluşmaktadır. 1'den 22'ye kadar olan maddeler, halka açıklanan 18 madde ve sonraki 4 madde hastaların uygunluğunu belirlemek için kullanılan maddelerdir. 23 ila 27. Maddeler ise hastaların demografik özelliklerini inceler. HCAHPS, "tek başına" bir anket olarak veya hastanenin mevcut hasta anketiyle entegre olarak uygulanabilir (76).

18 maddenin, 14'ü; her biri 2-3 maddelik 6 konu üzerine eğilen sorular içermektedir. Bunlar, hemşirelerle iletişim, hekimlerle iletişim, hastane personeli ile iletişim, ağrı yönetimi, ilaçlar hakkında iletişim ve taburculuk bilgileri; 2 ayrı madde hastane ortamının temizliği ve hastane ortamının sessizliği; son 2 madde ise genel derecelendirme için hastane genel değerlendirmesi ve bu hastaneyi tavsiye etme isteğini içermektedir (76).

Anket uygulama şartları:

- 18 yaşında veya daha büyük olmak,
- Taburculuk teşhisi tıbbi, cerrahi veya doğum olan, psikiyatrik olmayan hastalar
- Yatılı olarak bir gece (veya daha uzun süre) hastanede geçirmiş olmak;
- Taburcu olduklarında hayatta olan kimseler

HCAHPS anketini almaya hak kazanırlar.

2006 ve 2007 yıllarında gerçekleştirilen toplantılar sonrası güncelleştirmelerde ek bazı istisnalar eklenmiştir (Taburcu olamayan hastalar, tutukluluk hali devam eden hastalar, yabancı ev adresi olan hastalar ve tanıtım yapılmayan hastalar artık hariç tutulmuştur).

Hastaneler, kendi bölgelerinde onaylı bir anket firması ile anlaşarak, anketi kendi kendine yönetebilir ya da çok bölge onaylı bir anket firması ile anlaşarak da HCAHPS'e katılabilir. HCAHPS dört onaylı yöntemden biriyle uygulanabilir (75);

- Yalnızca posta,
- Sadece telefon
- Telefonla takip edilen posta
- Etkileşimli sesli yanıt

ABD’de Hastanelerin yaklaşık %80’i yalnızca posta, %19’u yalnızca telefon ve %1’den azı karışık modeli veya etkileşimli sesli yanıt sistemini kullanılmaktadır (74). Rastgele seçilen ve uygun olan hastalarla, taburcu olduktan sonra 48 saat ile 42 gün arasında temasa geçilir ve anketi tamamlamak için ilk temastan sonra 42 güne kadar süre verilir. Raporlanan tüm anketlerle 0.8 veya daha yüksek bir güvenilirlik elde etmek üzere tasarlanmış olan sistem, yılda dört çeyrek raporlama dönemine ayrılmış ve her dönem boyunca en az 300 hasta kabul edilebilir araştırma hedefi olarak belirlenmiştir. Hastaneler ve anket sağlayıcıları, uygun 300 hasta ile anket hedefine çeyrek yıl tamamlanmadan önce ulaşmış olsa dahi, yılın her ayı boyunca sürekli örneklemelemlerle anketlere devam etmeleri gerekmektedir (75).

### **2.9.3. İngiltere ulusal sağlık servisi ulusal hasta anketi programı**

İngiltere’de ise Ulusal Sağlık Servisi (NHS) Ulusal Hasta Anketi Programı, hastaların yakın geçmişte aldığı bakımla ilgili deneyimlerini sistematik bir şekilde toplar. Kaza ve acil durum bölümünde (A & E) kalite geliştirme faaliyetlerine öncelik verilmesi, anket sonuçlarının anlamlı ve güvenilir olmasını gerektirir. A & E bölümü anketi için özet puanlar elde etmenin en uygun yolunu belirlemeye çalışmaktadır (77).

Tüm bu işlemleri Bakım Kalitesi Komisyonu (CQC) yürütmekte ve kendilerini: “İngiltere’deki sağlık ve sosyal bakımın bağımsız düzenleyicisiyiz” şeklinde tanıtmaktadırlar (78).

#### **2.9.3.1. CQC’nin belirlediği bakım hizmeti temel standartları;**

Temel standartlar, bakımın hiçbir zaman düşmemesi gereken standartlarıdır. Herkes aşağıdaki standartları bekleme hakkına sahiptir(79):

- Kişi merkezli bakım

İhtiyaçlarınıza ve tercihinize uygun bakıma veya tedaviye sahip olmalısınız.

- Saygınlık ve saygı

Bakım ve tedavi görürken onur ve saygı ile tedavi edilmelisiniz. Bu aşağıdakilerden emin olmayı da içermektedir:

- ✓ İhtiyacınız olduğunda ve istediğiniz zaman gizliliğinize önem verilmeli.
- ✓ Herkes eşit olarak değerlendirilmeli.

- ✓ Bağımsız kalmanıza ve yerel topluluğa katılmanıza yardımcı olmak için ihtiyacınız olan destek verilmeli.

- Rızalı olmak

Siz (veya sizin adınıza yasal olarak sorumlu herhangi biri) size herhangi bir bakım veya tedavi yapılmadan önce onay vermelisiniz.

- Emniyet

Güvenli olmayan bakım veya tedavi verilmemeli veya engellenebilecek bir zarara maruz kalmamalısınız. Sağlık hizmetini sunanlar, herhangi bir bakım veya tedavi sırasında sağlığınız ve güvenliğiniz için riskleri değerlendirmeli ve personelinin sizi güvence altına alacak niteliklere, yeterliliğe, becerilere ve deneyime sahip olmasına dikkat etmelidir.

- Kötüye kullanımdan korunma

Bakım sırasında herhangi bir istismar veya yanlış tedavi uygulanmamalıdır.

Bunlar:

- ✓ İhmal
- ✓ Onur kırıcı tedavi
- ✓ Gereksiz veya orantısız kısıtlama
- ✓ Hastanın özgürlüğü konusunda uygun olmayan sınırlar.

- Yiyecek ve içecek

Bakım ve tedavi alan hasta kendi sağlığını korumak için, yemek yiyebileceği yeterli mekan ve zamana sahip olmalıdır.

- Mekan ve ekipmanlar

Bakım ve tedavi verilen yerler ve kullanılan teçhizat temiz, hastaya uygun ve doğru bir şekilde bakımları yapılmış olmalıdır. Bakımda ve tedavide kullanılan ekipman da güvenli ve düzgün kullanılmalıdır.

- Şikayetler

Tedavi gören hastaların bakımdan ve tedaviden şikayet edilebilmesi gerekir. Bakım sağlayıcı, şikayeti çözebilecek ve bunlara cevap verebilecek bir sisteme sahip olmalıdır. Sorunu iyice araştırmalı ve sorun tespit edildiğinde çözüm için harekete geçmelidir.



- İyi yönetim

Bakım sağlayıcıların bu standartları karşılayabilmelerini sağlayacak planları olmalıdır. Bakımın kalitesini ve güvenliğini kontrol etmek için etkin bir yönetim ve sisteme sahip olmalıdır. Bunlar, verilen hizmetin iyileştirilmesine, hastanın sağlık, güvenlik ve refahı için herhangi bir riski azaltmasına yardımcı olmalıdır.

- Personel

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, bu standartları karşılayabilmeleri için yeterli derecede nitelikli, uzman ve tecrübeli personele sahip olmalıdır. Çalışanlara, işlerini yapmalarında onlara yardım etmek için ihtiyaç duyduğu destek, eğitim ve gözetim hizmetini de vermelidir.

- Uygun personel ve Profesyonel personel

Bakım sağlayıcı yalnızca rollerine uygun bakım ve tedavi sağlayabilecek kişileri çalıştırmalıdır. Güçlü işe alım protokollerine sahip olmalı ve başvuruların ceza kayıtları ve çalışma geçmişi gibi ilgili kontrolleri yapmalıdırlar.

- Merhamet ve Görev

Bakım sağlayıcı verdiği bakım ve tedavi konusunda hastaya açık ve şeffaf olmalıdır. Bir şeyler yanlış giderse, hastaya neler olduğunu söylemeli, destek sağlamalı ve özür dilemelidir.

- Derecelendirmelerin görüntülenmesi

Bakım sağlayıcı, CQC derecesini, görebilecek bir yerde sergilemelidir. Ayrıca, bu bilgileri kendi web sitelerine dahil etmeleri ve hizmetlerine ilişkin en yeni raporları hazır bulundurmaları gerekir.

#### 2.9.3.2. NHS CQC Anketi;

A & E bölümü anketi 11 farklı bölüme ayrılan 50 sorudan oluşmaktadır: Acil servise varış, bekleme, doktorlar ve hemşireler, hastanın bakım ve tedavisi, laboratuvar testleri, ağrı, hastane ortamı ve tesisleri, acil servisten ayrılma, genel, hasta hakkında, başkaca yorum bölümü (78).

Bu yapı, anketin mantiken düzenlenmiş görünmesini sağlamak amacıyla, A & E departmanına yapılan bir ziyaretin sıralı dizisine karşılık gelecek şekilde tasarlanmıştır. Bunun nedeni ise yanıt oranlarının artmasını sağlamaktır. Orijinal araştırmanın

protokolü gözden geçirilmiş ve NHS Kuzey Batı Araştırma Etik Kurulu tarafından olumlu bir görüş verilmiştir (77).

Tüm bu çalışmalar sonucu birçok rapor ve bülten düzenli olarak hazırlanır ve yayınlanır. Bazıları:

- Bülten: Ağrı Yönetimi
- Bülten: Acil Servis Departmanında Bilgi ve İletişimin Geliştirilmesi
- Bülten: Acil Departman Tecrübesinin Geliştirilmesi



### 3. HASTALAR VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma bir anket çalışması olup, toplam otuz sorudan oluşmuştur. İlk on soruda hastaların demografik bilgileri sorgulanmıştır. Sonraki onsekiz soruda memnuniyet araştırması için 5'li Likert yöntemi kullanılarak hastaların acil servisteki deneyimlerini puanlamaları istenmiştir. Son iki soruda ise acil serviste iken hastaların yakınlarını yanlarında isteyip istemedikleri ve ileride tekrar acil servisimizi tercih etmek isteyip istemeyecekleri evet/hayır şeklinde sorulmuştur. Çalışmaya ayakta ya da kara/hava ambulansı ile acil servisimize başvuran hastalar dahil edilmiştir.

Çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde 2008 yılında yapılan bir çalışmada kullanılan anketin revize hali kullanılmıştır (1). Revize edilen anket, hem ayakta tedavi edilmiş hastalara hem de acil serviste yatırılarak takip edilmiş hastalara uygulanabilecek hale getirildi.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Çalışmamızda ekte sunduğumuz anketimizi, 01.03.2018 - 31.05.2018 tarihleri ve 08:00 ve 24:00 saatleri arası Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde poliklinik ve gözlemede takip edilen hastalarımıza uyguladık. Anket beyaz önlük giymeyen ve hastanın tedavi sürecine katılmayan bir araştırma görevlisi tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır.

İki grup halinde değerlendirilen hastalardan birinci grup; **acil poliklinik** (sarı alan) alanına başvuran hastalardır. Tanısı burada konulup eğer taburcu olacaksa medikal tedavisi düzenlenip taburculuk aşamasına geldiğinde, hastaların kendileri ile görüşülmüştür. Yatış verilen hastalarla ise servislerine çıkmadan ya da sevk olmadan hemen önce acil servisle ilgili görüşleri alınmıştır. İkinci grup ise **acil gözlem** (yataklı müşahade) kısmında yatmakta olan hastalardan oluşmuştur. Bu kısım tanısı konulmuş, ilgili bölüm adına yatışı verilmiş ancak servis yeri olmadığı için acil servisin yataklı kısmına alınıp burada tedavileri başlayan yer açılması durumunda servise devredilen ya da tedavileri tamamlanması durumunda buradan taburcu olan hastalardan oluşmaktadır. Bu hastalarla da servis devri durumunda hastalar servise çıkmadan hemen önce ya da taburcu olacaklar ise taburculuktan hemen önce acil servisle ilgili görüşleri alınmıştır.

Bu çalışma için ulaşılması hedeflenen hasta sayısı; acil gözlem kısmında 187, acil poliklinikte 378, toplam 565'ti. 01.01.2018-30.03.2018 tarihleri arasında, toplam 565 hasta hedeflenmişti. Örneklem seçme: Bir aylık ortalama acil polikliniğimize başvuran 7000 ve acil servise yatışı yapılan 120 hastanın 3 aylık sayılarının %5 precision yöntemi ile hesaplanmıştır. Çalışmanın üç aylık bir süreyi kapsaması düşünöldü ve buna göre örneklem hesabı yapıldı.

**Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak;**

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- Acil serviste tedavi almış olmak
- Türkçe bilmek
- Erişkin olmak (18 yaş ve üzeri) kriterleri kullanıldı.

**Dışlama kriterleri içinse ;**

- Bilinç düzeyinde bozulma olan hastalar
- İletişimi engelleyecek bir hastalık durumu
- Hastanın acil transport veya müdahale ihtiyacı
- Hastadan anket çalışması için onay alınamaması
- Erişkin olmamak (18 yaş altı) kriterleri kullanıldı.

Çalışmamızın etik kurul onayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulundan B.30.2.ODM.0.20.08/1455 sayı numarası, 2018 / 83 karar numarası ile alınmıştır.

**3.3. İstatistiksel Analizler**

Bu çalışma SPSS 23.0 ile yapılmıştır. Ölçülebilen değerlerin normallik analizleri Kolmogorov-Smirnov ile yapılmıştır. Normal dağılıma gösteren parametreler için bağımsız gruplarda t-testi uygulandı. Parametrik olmayan verilerin istatistikleri için Ki-Kare testi uygulandı. Tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama değerleri  $\pm$  standart sapma ile ifade edildi. Niteliksel veriler ilişkin sayı ve yüzdeler hesaplandı. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı olarak  $p < 0.05$  değeri seçildi.

## 4. BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı dönemde (01.01.2018-30.03.2018) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Servisi'ne toplam 18034 hasta başvurdu ve 284 tanesi acil gözlemde yatışlı olarak takip edildi. Bu hastalardan randomize olarak, çalışma kriterlerine uygun olan 565'i ile çalışma gerçekleştirildi. Bu hastalardan 187 (%33,10)'si acil gözlemde, 378 (%66,90)'si ise acil poliklinikte tedavi edilmiştir.

### 4.1. Demografik Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların yaşları acil poliklinikte 18-95 arasında değişmekte, yaş ortalamaları:  $49,6 \pm 20,8$  idi. Acil gözlemde ise 18-90 yaşları arasında ve ortalamaları:  $54,6 \pm 20,1$  idi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hastaların Yaşa Göre Dağılımı

	Hastaların Yaşı						p
	N	Ortalama	S.Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	
Acil Poliklinik	378	49,6	20,8	49,5	18	95	<b>0.005</b>
Acil Gözlem	187	54,6	20,1	58,0	18	90	

Çalışmaya alınan kadın hastaların 183 (%68)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 86 (%32)'sı acil gözlemde tedavi aldı, erkek hastaların ise 195 (%65,9)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 101 (%34,1)'i acil gözlemde takip ve tedavi edildi (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Hastaların Cinsiyeti		p
	Kadın n (%)	Erkek n (%)	
Acil Poliklinik	183 (68)	195 (65,9)	<b>0.587</b>
Acil Gözlem	86 (32)	101 (34,1)	
Toplam	269 (100)	296 (100)	

Çalışmaya alınan hastaların medeni durumları şöyle idi: evlilerin 234 (%64,8)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 127 (%35,2)'si acil gözlemede tedavisini aldı. Bekarların 98 (%78,4)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 27 (%21,6)'si acil gözlemede tedavi oldu. Medeni durumu diğer şekilde işaretlenmiş olan hastaların ise 46(%58,2)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 33 (%41,8)'ü acil gözlemede tedavi oldu (Tablo 3).

**Tablo 3.** Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

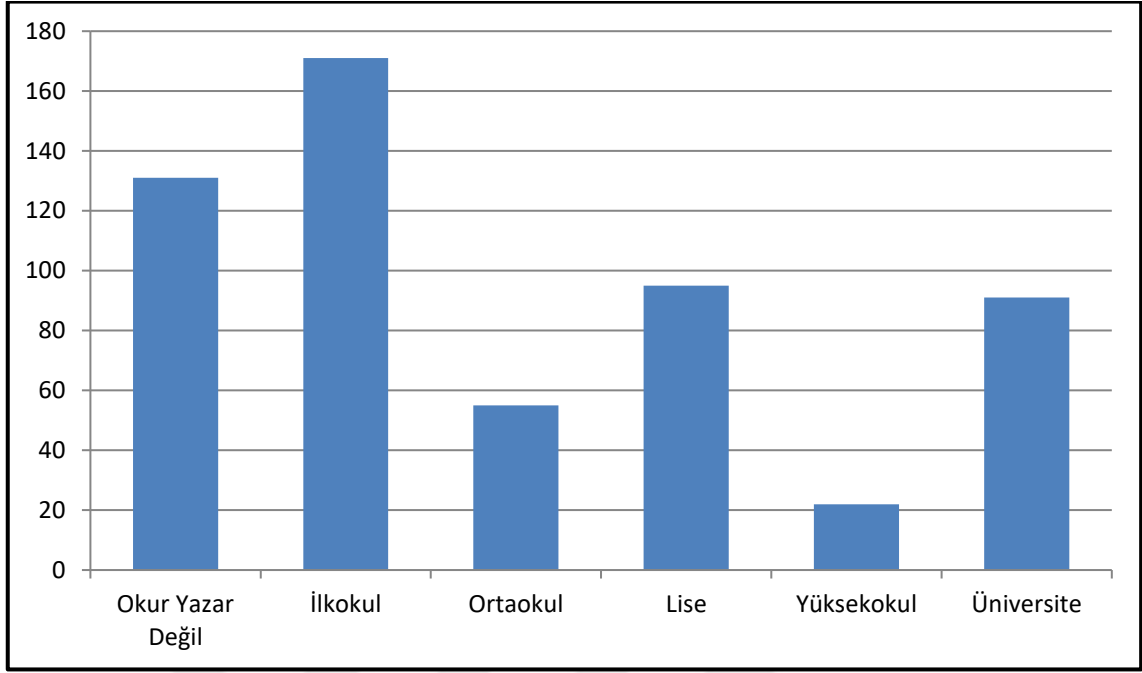
	Hastaların Medeni Durumu			p
	Evli n (%)	Bekar n (%)	Diğer n (%)	
Acil Poliklinik	234 (64,8)	98 (78,4)	46 (58,2)	<b>0.004</b>
Acil Gözlem	127 (35,2)	27 (21,6)	33 (41,8)	
Toplam	361 (100)	125 (100)	79 (100)	

Çalışmaya alınan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları şöyle idi; okur-yazar olmayan hastaların 74 (%56,5)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 57 (%43,5)'si acil gözlemede tedavi oldu. İlkokul mezunu hastaların 112 (%65,5)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 59 (%34,5)'u acil gözlemede tedavi oldu. Ortaokul mezunu hastaların 33 (%60)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 22 (%40)'si acil gözlemede tedavi oldu. Lise mezunu hastaların 63 (%66,3)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 32 (%33,7)'si acil gözlemede tedavi oldu. Yüksekokul mezunu hastaların 18 (%81,8)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 4 (%18,2)'ü acil gözlemede tedavi oldu. Üniversite mezunu hastaların ise 78 (%85,7)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 13 (%14,3)'ü acil gözlemede tedavi oldu (Tablo 4). Acil servise başvuran tüm hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı ise Şekil 1 de gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

	Hastaların Eğitim Durumu						P
	Okur Yazar Değil n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Yüksekokul n (%)	Üniversite n (%)	
Acil Poliklinik	74 (56,5)	112 (65,5)	33 (60)	63 (66,3)	18 (81,8)	78 (85,7)	<b>&lt;0.001</b>
Acil Gözlem	57 (43,5)	59 (34,5)	22 (40)	32 (33,7)	4 (18,2)	13 (14,3)	
Toplam	131 (100)	171 (100)	55 (100)	95 (100)	22 (100)	91 (100)	

**Şekil 1.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

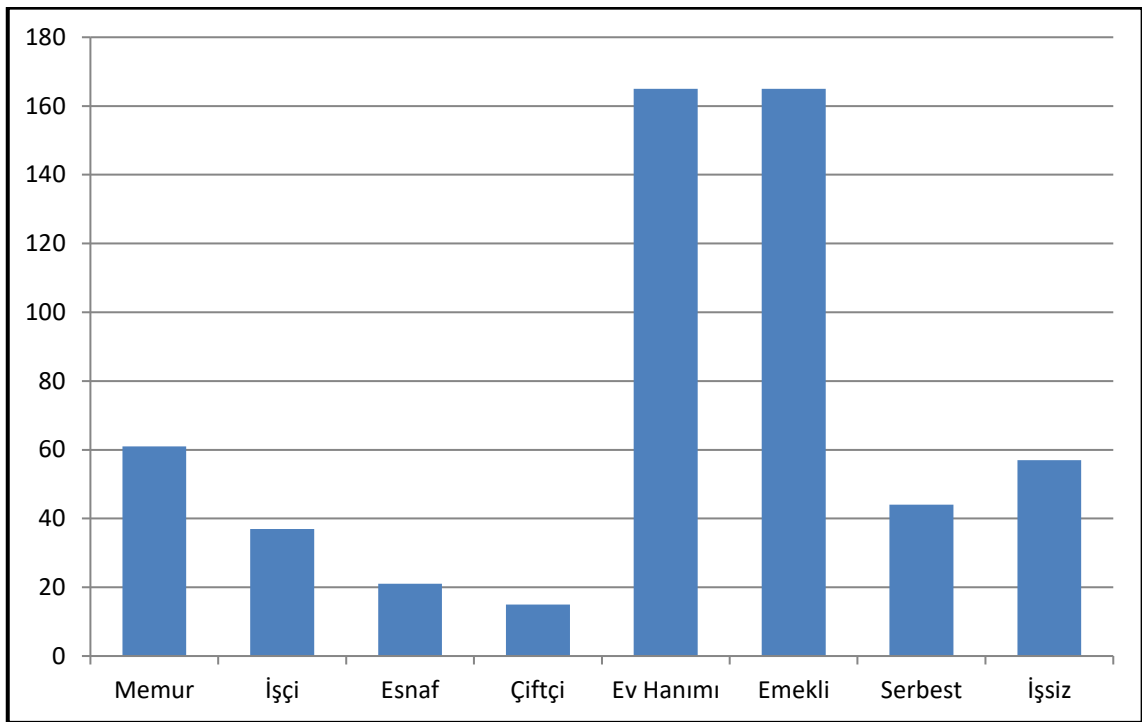


Çalışmaya alınan hastaların meslek grubu dağılımları şöyle idi; memur hastaların 51 (%83,6)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 10 (%16,4)'ü acil gözlemde tedavi oldu. İşçi hastaların 25 (%67,6)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 12 (%32,4)'si acil gözlemde tedavi oldu. Esnaf hastaların 11 (%52,4)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 10 (%47,6)'u acil gözlemde tedavi oldu. Çiftçi hastaların 12 (%80)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 3 (%20)'si acil gözlemde tedavi oldu. Ev hanımı hastaların 110 (%66,7)'u acil poliklinikte tedavi edilirken, 55 (%33,3)'i acil gözlemde tedavi oldu. Emekli hastaların 102 (%61,8)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 63 (%38,2)'ü acil gözlemde tedavi oldu. Serbest meslek sahibi hastaların 24 (%54,5)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 20 (%45,5)'si acil gözlemde tedavi oldu. İşsiz hastaların 43 (%75,4)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 14 (%24,6)'ü acil gözlemde tedavi oldu (Tablo 5). Acil servise başvuran tüm hastaların meslek gruplarına göre dağılımı ise Şekil 2 de gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Hastaların Meslek Grupları									
	Memur n (%)	İşçi n (%)	Esnaf n (%)	Çiftçi n (%)	Ev Hanımı n (%)	Emekli n (%)	Serbest n (%)	İşsiz n (%)	P
Acil Poliklinik	51 (83,6)	25 (67,6)	11 (52,4)	12 (80)	110 (66,7)	102 (61,8)	24 (54,5)	43 (75,4)	<b>0.013</b>
Acil Gözlem	10 (16,4)	12 (32,4)	10 (47,6)	3 (20)	55 (33,3)	63 (38,2)	20 (45,5)	14 (24,6)	
Toplam	61 (100)	37 (100)	21 (100)	15 (100)	165 (100)	165 (100)	44 (100)	57 (100)	

**Şekil 2.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı



Çalışmaya alınan hastaların aylık gelir düzeylerine göre dağılımları şöyle idi; Asgari ücret ve altında geliri olan (1500tl ve altında) hastaların 199 (%66,1)'u acil poliklinikte tedavi edilirken, 102 (%33,9)'si acil gözlemde tedavi oldu. Yoksulluk sınırının altında geliri olan (1500tl-4000tl) 156 (%66,4)'sı acil poliklinikte tedavi edilirken, 79 (%33,6)'u acil gözlemde tedavi oldu. Orta düzey gelire sahip (4000tl-6000tl) hastaların 21 (%77,8)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 6 (%22,2)'sı acil gözlemde tedavi oldu. Yüksek düzey gelire sahip hastaların 2 (%100)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, hiç biri (%0) acil gözlemde tedavi edilmedi (Tablo 6).



**Tablo 6.** Hastaların Aylık Gelir Düzeyi Dağılımı

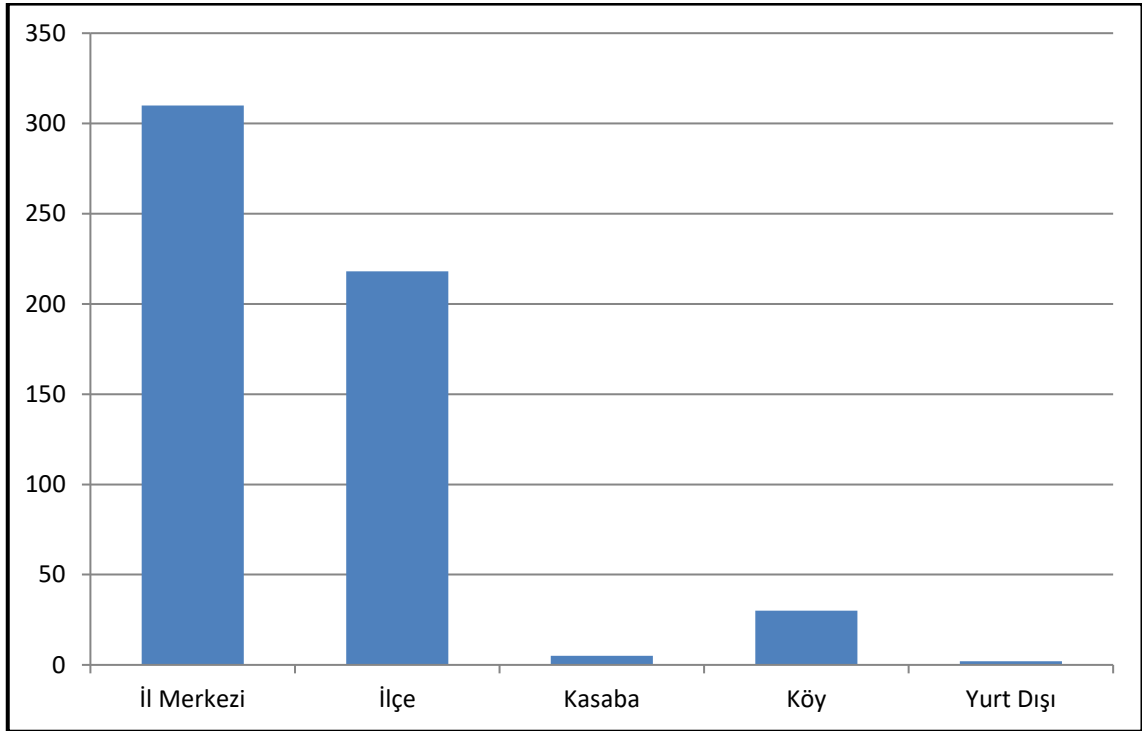
	Hastaların Aylık Gelir Düzeyi				P
	1500TL altı n (%)	1500-4000TL n (%)	4000-8000TL n (%)	8000TL üzeri n (%)	
Acil Poliklinik	199 (66,1)	156 (66,4)	21 (77,8)	2 (100)	<b>0.467</b>
Acil Gözlem	102 (33,9)	79 (33,6)	6 (22,2)	0 (0)	
Toplam	301 (100)	235 (100)	27 (100)	2 (100)	

Çalışmaya alınan hastaların ikamet ettiği yerlerin dağılımı şöyle idi; İl merkezlerinden hastanemize başvuran hastaların 233 (%71,9)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 87 (%28,1)'si acil gözlemlerde tedavi oldu. İlçelerden hastanemize başvuran hastaların 134 (%61,5)'ü acil poliklinikte tedavi edilirken, 84 (%38,5)'ü acil gözlemlerde tedavi oldu. Kasabalardan hastanemize başvuran hastaların 2 (%40)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 3 (%60)'ü acil gözlemlerde tedavi oldu. Köylerden hastanemize başvuran hastaların 18 (%60)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 12 (%40)'si acil gözlemlerde tedavi oldu. Yurt dışında ikamet eden 1 (%50) hastamız ise acil poliklinikte tedavi edilirken, 1 (%50) hastamız da acil gözlemlerde tedavi oldu (Tablo7). Acil servise başvuran tüm hastaların ikamet yerlerine göre dağılımı ise Şekil 3 de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Hastaların İkamet Yerleri Dağılımı

	Hastaların İkamet Yeri					P
	İl n (%)	İlçe n (%)	Kasaba n (%)	Köy n (%)	Yurt Dışı n (%)	
Acil Poliklinik	223 (71,9)	134 (61,5)	2 (40)	18 (60)	1 (50)	<b>0.061</b>
Acil Gözlem	87 (28,1)	84 (38,5)	3 (60)	12 (40)	1 (50)	
Toplam	310 (100)	218 (100)	5 (100)	30 (100)	2 (100)	

**Şekil 3.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların İkamet Yerleri Dağılımı



Çalışmaya alınan hastaların hastaneye geliş şekilleri şöyle idi; Doğrudan hastanemize başvuran hastaların 262 (%71.6)'si acil tedavilerini acil poliklinikte olup ayrılırken, 104 (%28.4)'ünün tedavisine bir süre daha devam edilmek üzere acil gözleme yatırılıp yapılarak, takip ve tedavilerine devam edilmiştir. Başka kurum tarafından sevk ile gelen hastaların ise 116 (%58.3)'sı acil tedavilerini acil poliklinikte olup ayrılırken, 83 (%41.7)'ünün tedavisine bir süre daha devam edilmek üzere acil gözleme yatırılıp yapılarak, takip ve tedavilerine devam edilmiştir (Tablo8).

**Tablo 8.** Hastaların Hastaneye Geliş Şekilleri

Hastaların Hastaneye Geliş Şekilleri			
	Doğrudan Hastaneye Başvuru n (%)	Başka Kurum Tarafından Sevk Edilenler n (%)	p
Acil Poliklinik	262 (71,6)	116 (58,3)	
Acil Gözlem	104 (28,4)	83 (41,7)	<b>0.001</b>
Toplam	366 (100)	199 (100)	

Çalışmaya alınan hastaların sosyal güvence dağılımı şöyle idi; Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sosyal güvencesi olan hastaların 351 (68,8)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 159 (%31,2)'u acil gözlemde tedavi oldu. Herhangi bir sosyal güvencesi olmadığını belirten hastaların 27 (%49,1)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 28 (%50,9)'i acil gözlemde tedavi oldu (Tablo9).

**Tablo 9.** Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

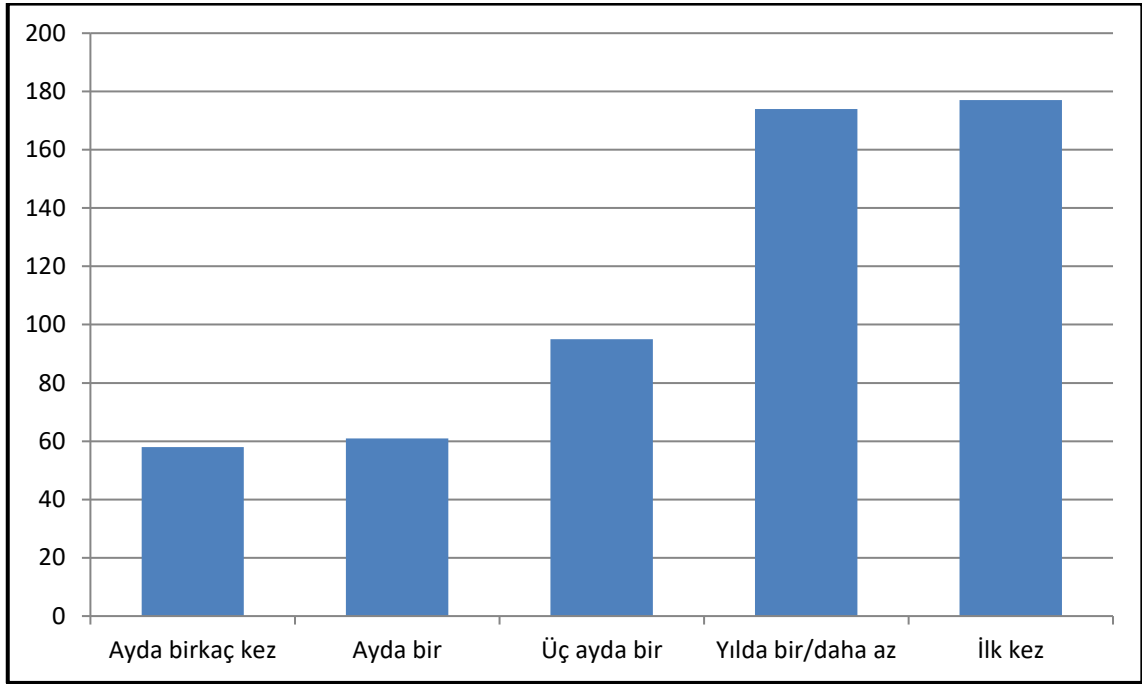
	Hastaların Sosyal Güvencesi		p
	Sağlık Sigortalı Olan Hastalar n (%)	Sağlık Sigortası Olmayan Hastalar n (%)	
Acil Poliklinik	351 (68,8)	27 (49,1)	<b>0.005</b>
Acil Gözlem	159 (31,2)	28 (50,9)	
Toplam	510 (100)	55 (100)	

Çalışmaya alınan hastaların acil servise başvuru sıklığı şöyle idi; ayda birkaç kez acil servisimize başvuran hastaların 37 (%63,8)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 21 (%36,2)'i acil gözlemde tedavi oldu. Ayda bir kez acil servisimize başvuran hastaların 29 (%47,5)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 32 (%52,5)'i acil gözlemde tedavi oldu. Ortalama üç ayda bir acil servisimize başvuran hastaların 71 (%74,7)'i acil poliklinikte tedavi edilirken, 24 (%25,3)'i acil gözlemde tedavi oldu. Yılda bir kez ya da daha seyrek acil servisimize başvuran hastaların 129 (%74,1)'u acil poliklinikte tedavi edilirken, 45 (%25,9)'i acil gözlemde tedavi oldu. İlk kez acil servisimize başvuran hastaların 112 (%63,3)'si acil poliklinikte tedavi edilirken, 65 (%36,7)'i acil gözlemde tedavi oldu. Herhangi bir sosyal güvencesi olmadığını belirten (Tablo10). Acil servise başvuran tüm hastaların başvuru sıklığına göre dağılımı ise Şekil 4 de gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Hastaların Acil Servise Başvuru Sıklığına Göre Dağılımı

	Hastaların Acil Servise Başvuru Sıklığı					p
	Ayda birkaç kez n (%)	Ayda bir n (%)	Üç ayda bir n (%)	Yılda bir/daha az n (%)	İlk kez n (%)	
Acil Poliklinik	37 (63,8)	29 (47,5)	71 (74,7)	129 (74,1)	112 (63,3)	<b>0.001</b>
Acil Gözlem	21 (36,2)	32 (52,5)	24 (25,3)	45 (25,9)	65 (36,7)	
Toplam	58 (100)	61 (100)	95 (100)	174 (100)	177 (100)	

**Şekil 4.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Acil Servis Başvuru Sıklığı



Çalışmaya alınan hastaların acil poliklinikte kalma süreleri 1-72saat arasında değişmekte, süre ortalamaları:  $9,5 \pm 11,0$  idi. Acil gözlemde kalma süreleri ise 2-192saat arasında değişmekte ve ortalamaları:  $60,2 \pm 31,2$  idi (Tablo 11).

**Tablo 11.** Hastaların Acil Serviste Kalma Süreleri

Hastaların Acil Serviste Kaldığı Süre (Saat)							
	N	Ortalama	S.Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum	p
Acil Poliklinik	378	9,5	11,0	5,0	1	72	<b>&lt;0.001</b>
Acil Gözlem	187	60,2	31,2	48,0	2	192	

## 4.2. Hasta Memnuniyet Değerlendirme Bulguları

### 4.2.1. Doktorların hastalara karşı davranışlarını değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “**Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?**” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %65,9 (249)’u “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %82,4 (154)’ü de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (Tablo 12). Hastaların daha sakin bir ortamda

ancak aynı doktorlar tarafından tedavisine devam edildiği göz önüne alındığında, bu sonucun gün geçtikçe artan acil servis yoğunluklarının olumsuz sonucu olabileceği görülmektedir.

**Tablo 12.** Hekim Davranış Değerlendirme Sorusu

Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Acil Poliklinik	2 (0,5)	3 (0,8)	30 (7,9)	94 (24,9)	249 (65,9)	
Acil Gözlem	3 (1,6)	1 (0,5)	7 (3,7)	22 (11,8)	154 (82,4)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	5 (0,9)	4 (0,7)	37 (6,5)	116 (20,5)	403 (71,3)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %79 (357)'u “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %40,7 (46)'si de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 13). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 13.** Hekim Davranış Değerlendirme Sorusunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

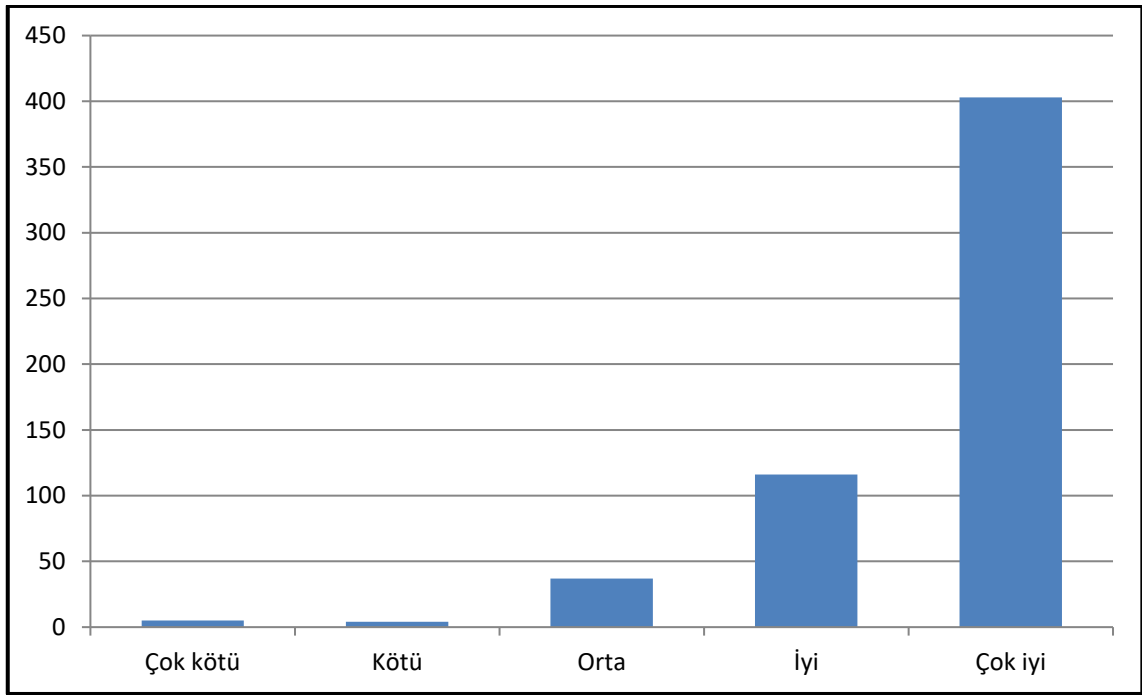
Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Lise ve altı	2 (0,4)	1 (0,2)	25 (5,5)	67 (14,8)	357 (79)	
Üniversite	3 (2,7)	3 (2,7)	12 (10,6)	49 (43,4)	46 (40,7)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	5 (0,9)	4 (0,7)	37 (6,5)	116 (20,5)	403 (71,3)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %64,4 (248)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %86,1 (155)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 14). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların hekim davranış değerlendirme sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 5 de gösterilmiştir.

**Tablo 14.** Hekim Davranış Değerlendirme Sorusunun Yaşa Göre Dağılımı

Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	1 (0,3)	3 (0,8)	32 (8,3)	101 (26,2)	248 (64,4)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	4 (2,2)	1 (0,6)	5 (2,8)	15 (8,3)	155 (86,1)	
Toplam	5 (0,9)	4 (0,7)	37 (6,5)	116 (20,5)	403 (71,3)	

**Şekil 5.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hekim Davranış Değerlendirme Sorusuna Cevabı



#### 4.2.2. Hekimlerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “**Doktorların tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?**” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %66,1 (250)’i “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %78,1 (146)’i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.034$ ) (Tablo 15). Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı doktorlar tarafından tedavisine devam edildiğinde memnuniyet düzeyinin artması acil servis yoğunluğu ile etkin mücadele gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 15.** Hekim Tıbbi Müdahaleleri Değerlendirmesi

Doktorların tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	2 (0,5)	5 (1,3)	30 (7,9)	91 (24,1)	250 (66,1)	<b>0.034</b>
Acil Gözlem	2 (1,1)	1 (0,5)	7 (3,7)	31 (16,6)	146 (78,1)	
Toplam	4 (0,7)	6 (1,1)	37 (6,5)	122 (21,6)	396 (70,1)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %77,7 (351)'si "çok iyi" yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %39,8(45)'i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 16). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 16.** Hekim Tıbbi Müdahaleleri Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

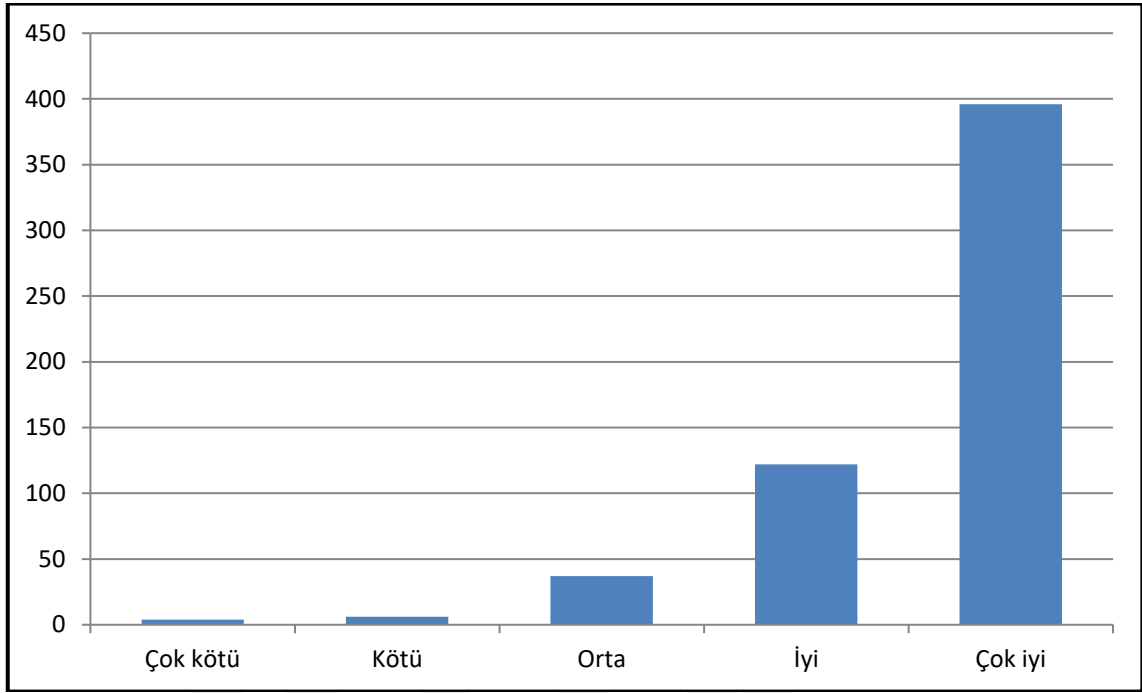
Doktorların tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	3 (0,7)	2 (0,4)	23 (5,1)	73 (16,2)	351 (77,7)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	1 (0,9)	4 (3,5)	14 (12,4)	49 (43,4)	45 (39,8)	
Toplam	4 (0,7)	6 (1,1)	37 (6,5)	122 (21,6)	396 (70,1)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %62,1 (239)'i "çok iyi" yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %87,2 (157)'si aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 17). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların hekim tıbbi müdahaleleri değerlendirme sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Hekim Tıbbi Müdahaleleri Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	2 (0,5)	5 (1,3)	32 (8,3)	107 (27,8)	239 (62,1)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	2 (1,1)	1 (0,6)	5 (2,8)	15 (8,3)	157 (87,2)	
Toplam	4 (0,7)	6 (1,1)	37 (6,5)	122 (21,6)	396 (70,1)	

**Şekil 6.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hekim Tıbbi Müdahalelerini Değerlendirmesi



#### 4.2.3. Hekim tarafından hastaları bilgilendirmenin değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların “**Doktorunuz tarafından size yeterince bilgi verildi mi?**” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %64 (242)’ü “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %79,1 (148)’i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (Tablo 18). Hasta ve yakınlarının daha sakin bir ortamda, daha düzenli şekilde doktorlar tarafından bilgilendirilmeleri daha verimli olmuş ve hastaların memnuniyet düzeyinin anlamlı şekilde artmasına neden olmuştur.

**Tablo 18.** Hekimlerin, Hasta Ve Yakınlarını Bilgilendirmesi Değerlendirmesi

Doktorunuz tarafından size yeterince bilgi verildi mi?						p
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	
Acil Poliklinik	2 (0,5)	10 (2,6)	43 (11,4)	81 (21,4)	242 (64)	<b>0.001</b>
Acil Gözlem	4 (2,1)	3 (1,6)	9 (4,8)	23 (12,3)	148 (79,1)	
Toplam	6 (1,1)	13 (2,3)	52 (9,2)	104 (18,4)	390 (69)	



Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %76,5 (346)'i “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %38,9 (44)'u da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 19). **Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.**

**Tablo 19.** Hekim Bilgilendirmesi Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

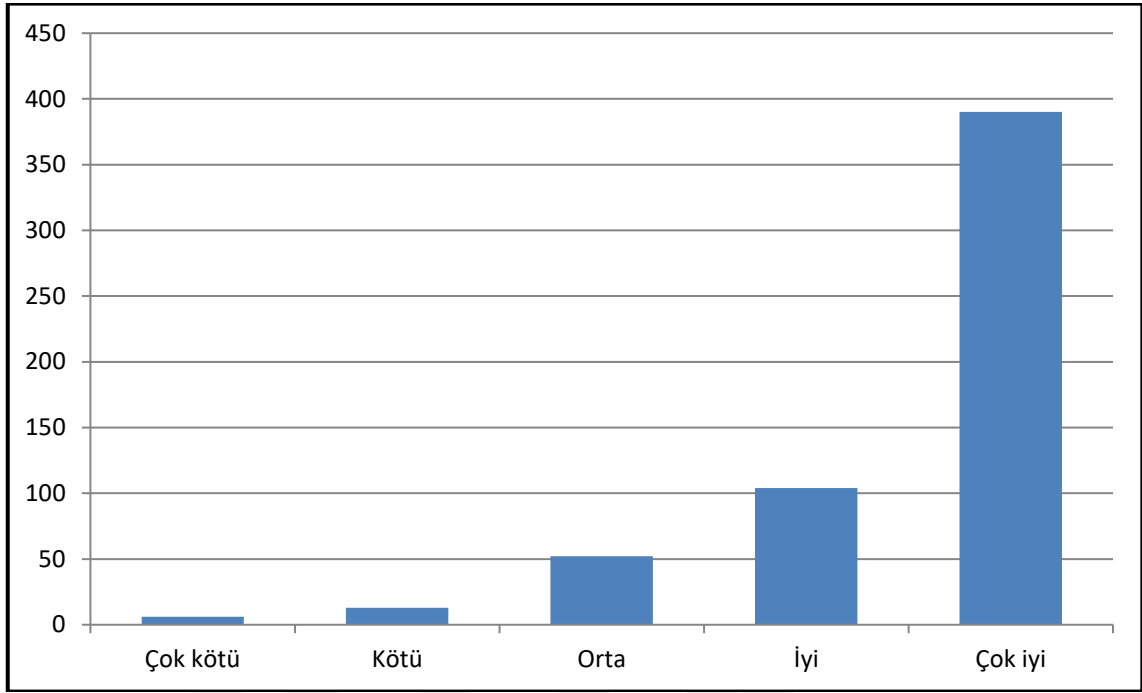
Doktorunuz tarafından size yeterince bilgi verildi mi?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	3 (0,7)	8 (1,8)	28 (6,2)	67 (14,8)	346 (76,5)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	3 (2,7)	5 (4,4)	24 (21,2)	37 (32,7)	44 (38,9)	
Toplam	6 (1,1)	13 (2,3)	52 (9,2)	104 (18,4)	390 (69)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %62,3 (240)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %83,3 (150)'ü aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 20). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların hekimlerin, bilgilendirme değerlendirme sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 20.** Hekim Bilgilendirmesi Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Doktorunuz tarafından size yeterince bilgi verildi mi?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	3 (0,8)	9 (2,3)	46 (11,9)	87 (22,6)	240 (62,3)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	3 (1,7)	4 (2,2)	6 (3,3)	17 (9,4)	150 (83,3)	
Toplam	6 (1,1)	13 (2,3)	52 (9,2)	104 (18,4)	390 (69)	

**Şekil 7.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hekim Bilgilendirmesi Değerlendirmesi



#### 4.2.4. Hemşirelerin hastalara karşı davranışlarını değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “**Hemşirelerin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriliyorsunuz?**” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %65,9 (249)’u “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemede tedavi olan hastalardan ise %81,8 (153)’i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.002) (Tablo 21). Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı hemşireler tarafından tedavisine devam edildiğinde memnuniyet düzeyinin artması acil servislerdeki yoğunluğun memnuniyeti olumsuz etkilediğini göstermektedir.

**Tablo 21.** Hemşire Davranışlarının Değerlendirmesi

Hemşirelerin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriliyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	4 (1,1)	4 (1,1)	33 (8,7)	88 (23,3)	249 (65,9)	<b>0.002</b>
Acil Gözlem	3 (1,6)	1 (0,5)	7 (3,7)	23 (12,3)	153 (81,8)	
Toplam	7 (1,2)	5 (0,9)	40 (7,1)	111 (19,6)	402 (71,2)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %78,5 (355)'i “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %41,6 (47)'sı da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 22). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 22.** Hemşire Davranış Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

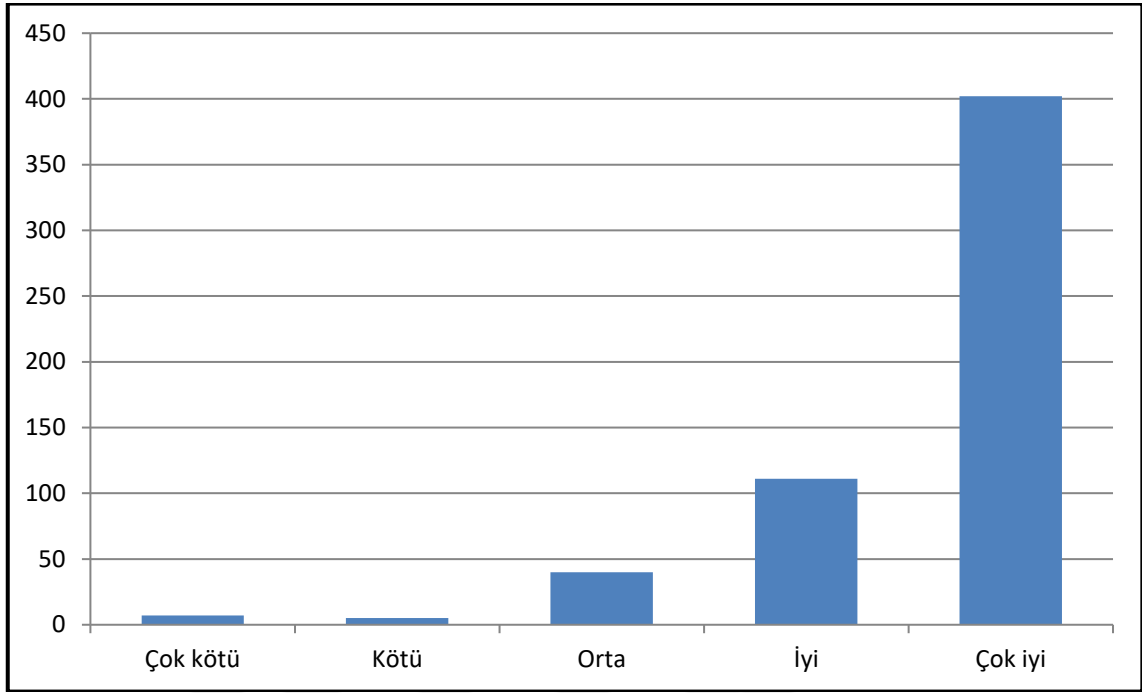
Hemşirelerin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriliyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	4 (0,9)	2 (0,4)	18 (4)	73 (16,2)	355 (78,5)	
Üniversite	3 (2,7)	3 (2,7)	22 (19,5)	38 (33,6)	47 (41,6)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	7 (1,2)	5 (0,9)	40 (7,1)	111 (19,6)	402 (71,2)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %63,9 (246)'u “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %86,7 (156)'si aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 23). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların hemşire davranış değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 23.** Hemşire Davranış Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Hemşirelerin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriliyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	5 (1,3)	3 (0,8)	34 (8,8)	97 (25,2)	246 (63,9)	
65 yaş ≤	2 (1,1)	2 (1,1)	6 (3,3)	14 (7,8)	156 (86,7)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	7 (1,2)	5 (0,9)	40 (7,1)	111 (19,6)	402 (71,2)	

**Şekil 8.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hemşire Davranış Değerlendirmesi



#### 4.2.5. Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “**Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?**” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %66,1 (250)’i “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %84 (157)’ü de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 24). Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı hemşireler tarafından tedavisine devam edildiğinde memnuniyet düzeyinin artması acil servislerdeki yoğunluğun memnuniyeti olumsuz etkilediğini göstermektedir.

**Tablo 24.** Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübelerinin Değerlendirmesi

Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	4 (1,1)	3 (0,8)	25 (6,6)	96 (25,4)	250 (66,1)	<b>&lt;0.001</b>
Acil Gözlem	2 (1,1)	0 (0)	8 (4,3)	20 (10,7)	157 (84)	
Toplam	6 (1,1)	3 (0,5)	33 (5,8)	116 (20,5)	407 (72)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %79,4 (359)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %42,5 (48)'sı da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 25). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 25.** Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübelerinin Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

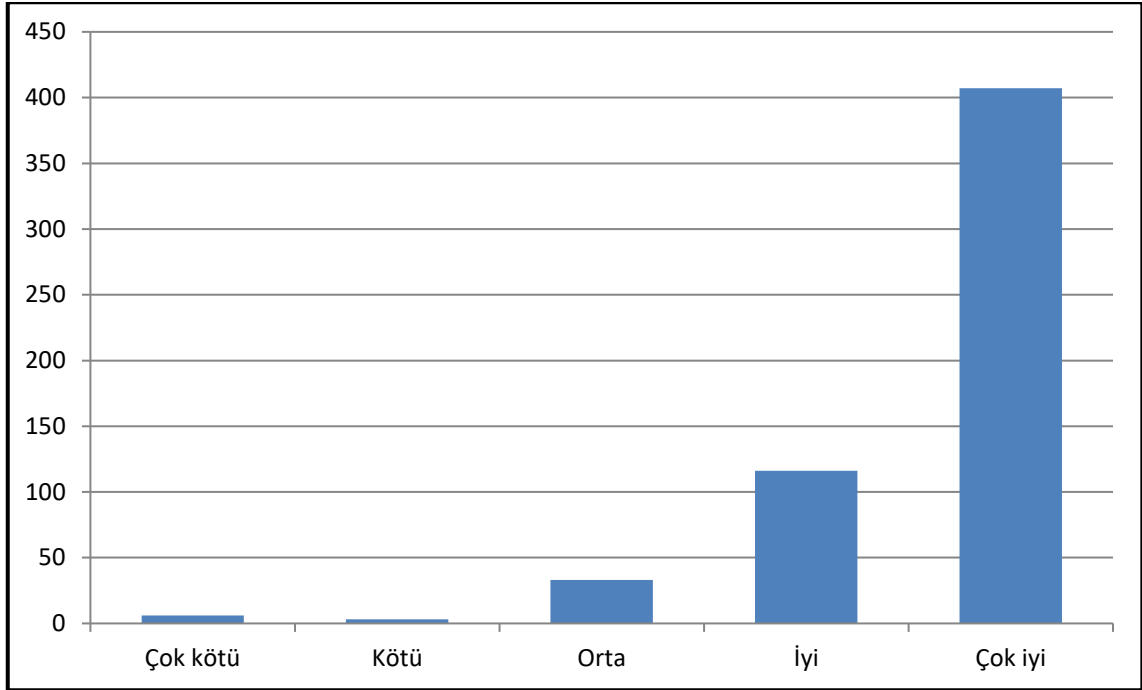
Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	4 (0,9)	2 (0,4)	19 (4,2)	68 (15)	359 (79,4)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	2 (1,8)	1 (0,9)	14 (12,4)	48 (42,5)	48 (42,5)	
Toplam	6 (1,1)	3 (0,5)	33 (5,8)	116 (20,5)	407 (72)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %64,9 (250)'u “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %87,2 (157)'si aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 26). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların hemşirelik tıbbi bakım ve müdahale tecrübeleri değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 26.** Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübeleri Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	4 (1)	2 (0,5)	25 (6,5)	104 (27)	250 (64,9)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	2 (1,1)	1 (0,6)	8 (4,4)	12 (6,7)	157 (87,2)	
Toplam	6 (1,1)	3 (0,5)	33 (5,8)	116 (20,5)	407 (72)	

**Şekil 9.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hemşirelik Tıbbi Bakım ve Müdahale Tecrübeleri Değerlendirmesi



#### 4.2.6. Yardımcı personelin hastalara karşı davranışlarını değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “Diğer yardımcı personelin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %59 (223)’u “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemede tedavi olan hastalardan ise %74,9 (140)’u de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.005) (Tablo 27). Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı yardımcı personel tarafından tedavisine devam edildiğinde memnuniyet düzeyinin artması acil servislerdeki yoğunluğun memnuniyeti olumsuz etkilediğini göstermektedir.

**Tablo 27.** Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesi

Diğer yardımcı personelin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	10 (2,6)	3 (0,8)	44 (11,6)	98 (25,9)	223 (59)	<b>0.005</b>
Acil Gözlem	1 (0,5)	1 (0,5)	14 (7,5)	31 (16,6)	140 (74,9)	
Toplam	11 (1,9)	4 (0,7)	58 (10,3)	129 (22,8)	363 (64,2)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %72,6 (328)'sı “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %31 (35)'i da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 28). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 28.** Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

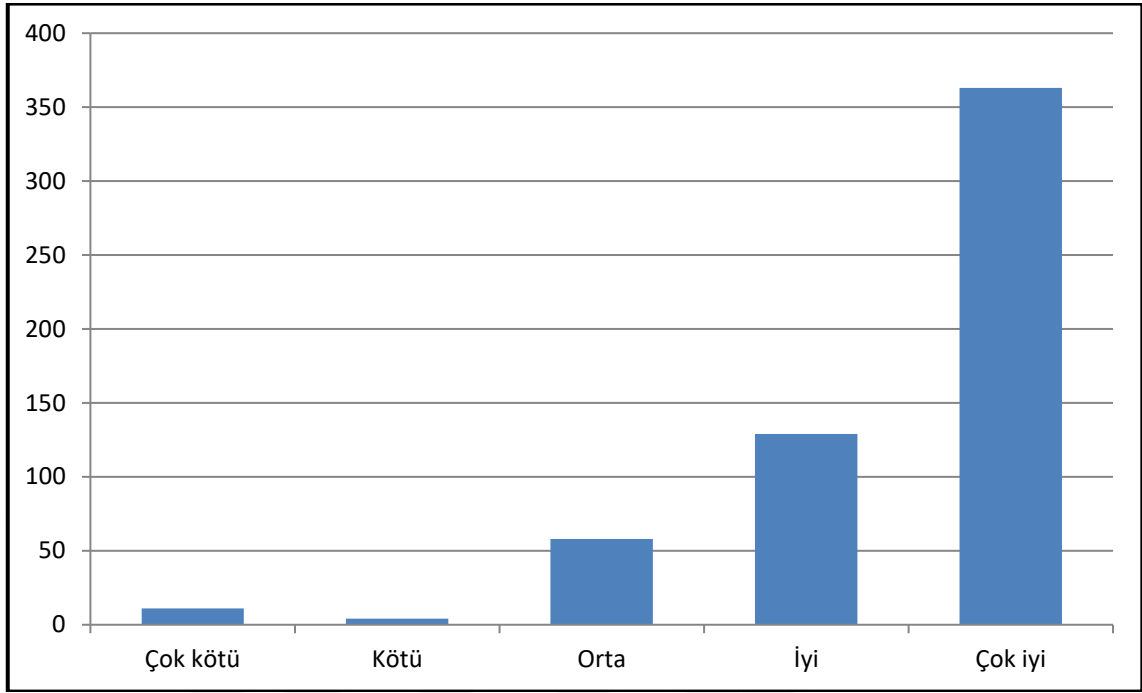
Diğer yardımcı personelin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	8 (1,8)	2 (0,4)	31 (6,9)	83 (18,4)	328 (72,6)	
Üniversite	3 (2,7)	2 (1,8)	27 (23,9)	46 (40,7)	35 (31)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	11 (1,9)	4 (0,7)	58 (10,3)	129 (22,8)	363 (64,2)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %55,8 (215)'i “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %82,2 (148)'si aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 29). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların yardımcı personel davranış değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 29.** Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Diğer yardımcı personelin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	7 (1,8)	4 (1)	51 (13,2)	108 (28,1)	215 (55,8)	
65 yaş ≤	4 (2,2)	0 (0)	7 (3,9)	21 (11,7)	148 (82,2)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	11 (1,9)	4 (0,7)	58 (10,3)	129 (22,8)	363 (64,2)	

**Şekil 10.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Yardımcı Personel Davranış Değerlendirmesi



#### 4.2.7. Acil servis çalışanlarının ekip çalışmasını değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servis çalışanlarının ekip çalışmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %59,3 (224)’ü “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %75,9 (142)’u de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.003) (Tablo 30). Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı ekip tarafından tedavisine devam edildiğinde memnuniyet düzeyinin artması acil servislerdeki yoğunluğun memnuniyeti olumsuz etkilediğini göstermektedir.

**Tablo 30.** Acil Servis Çalışanlarının Ekip Çalışması Değerlendirmesi

Acil servis çalışanlarının ekip çalışmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?						p
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	
Acil Poliklinik	11 (2,9)	1 (0,3)	31 (8,2)	111 (29,4)	224 (59,3)	<b>0.003</b>
Acil Gözlem	2 (1,1)	1 (0,5)	10 (5,3)	32 (17,1)	142 (75,9)	
Toplam	13 (2,3)	2 (0,4)	41 (7,3)	143 (25,3)	366 (64,8)	



Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %72,3 (327)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %34,5 (39)'i da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 31). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 31.** Acil Servis Çalışanları Ekip Çalışması Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

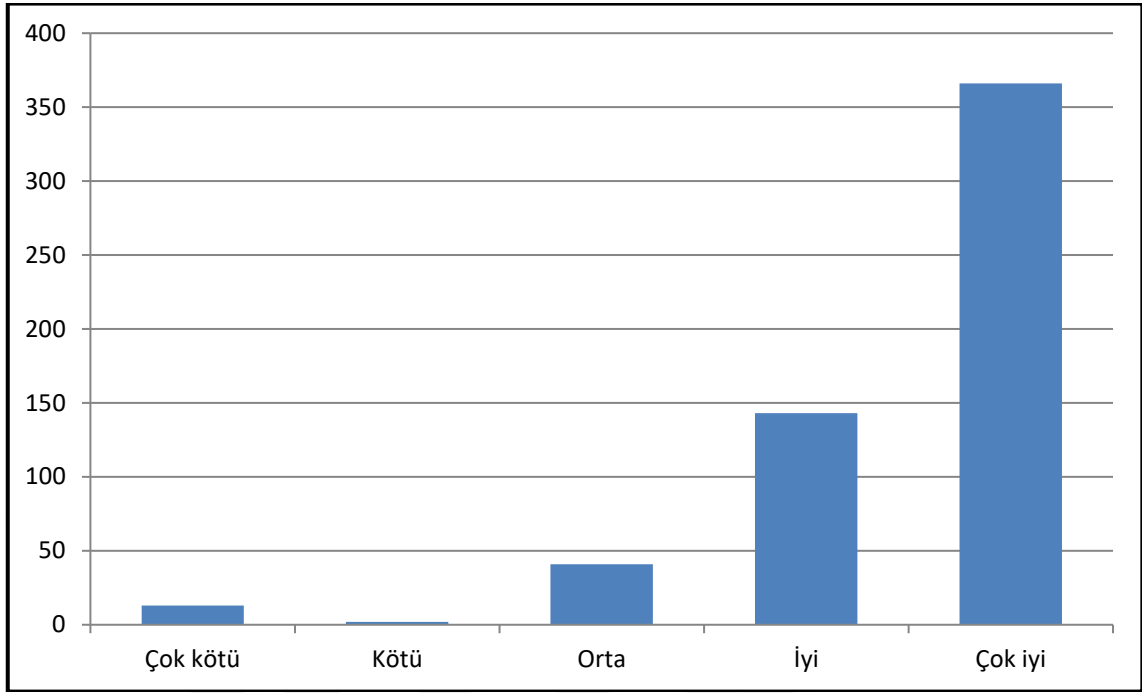
Acil servis çalışanlarının ekip çalışmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	10 (2,2)	1 (0,2)	26 (5,8)	88 (19,5)	327 (72,3)	
Üniversite	3 (2,7)	1 (0,9)	15 (13,3)	55 (48,7)	39 (34,5)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	13 (2,3)	2 (0,4)	41 (7,3)	143 (25,3)	366 (64,8)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %57,1 (220)'i “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %81,1 (146)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 32). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis çalışanları ekip çalışması değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 32.** Acil Servis Çalışanları Ekip Çalışması Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servis çalışanlarının ekip çalışmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	8 (2,1)	2 (0,5)	34 (8,8)	121 (31,4)	220 (57,1)	
65 yaş ≤	5 (2,8)	0 (0)	7 (3,9)	22 (12,2)	146 (81,1)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	13 (2,3)	2 (0,4)	41 (7,3)	143 (25,3)	366 (64,8)	

**Şekil 11.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Acil Servis Çalışanları Ekip Çalışması Değerlendirmesi



#### 4.2.8. Acil servis teknik donanım ve ekipman yeterliliğini değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servis teknik donanım ve ekipman yeterliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %41 (155)’i “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %57,2 (107)’si de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.005$ ) (Tablo 33). Personel değerlendirme sonuçları ile karşılaştırınca memnuniyetin ciddi düzeyde azalması hastanemiz teknik donanım ve ekipman yeterliliğinde sıkıntı olabileceğini düşündürmektedir.

**Tablo 33.** Acil Servis Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesi

Acil servis teknik donanım ve ekipman yeterliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	15 (4)	45 (11,9)	51 (13,5)	112 (29,6)	155 (41)	<b>0.005</b>
Acil Gözlem	7 (3,7)	13 (7)	15 (8)	45 (24,1)	107 (57,2)	
Toplam	22 (3,9)	58 (10,3)	66 (11,7)	157 (27,8)	262 (46,4)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %52,9 (239)'u “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %20,4 (23)'ü de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 34). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 34.** Acil Servis Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

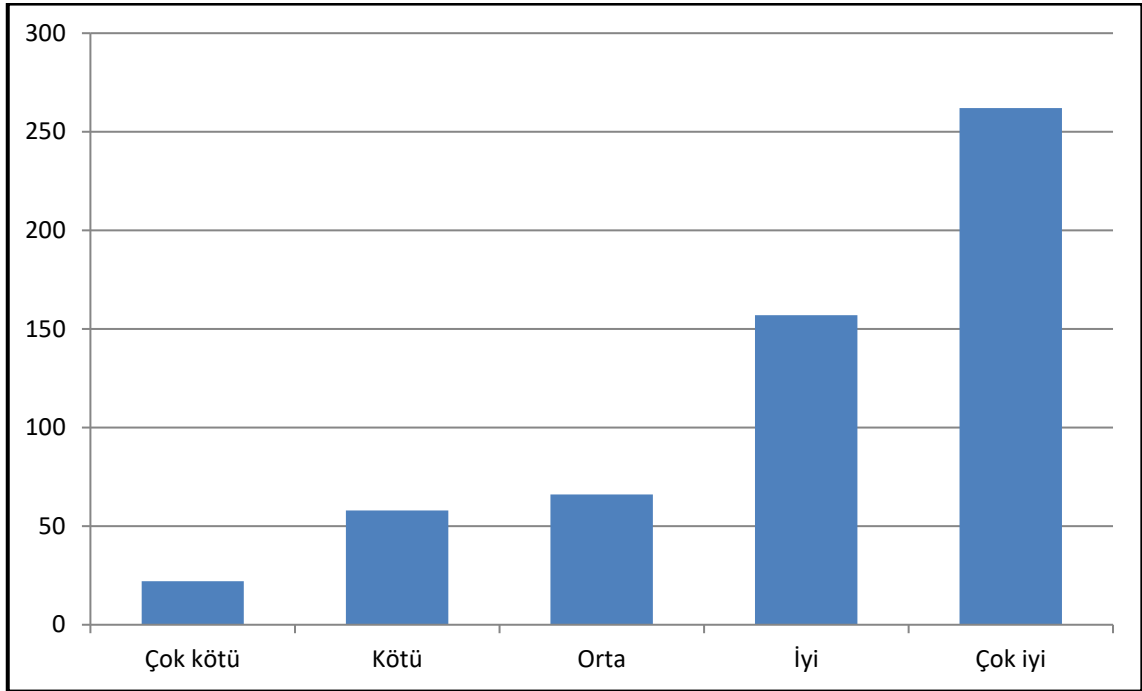
Acil servis teknik donanım ve ekipman yeterliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	14 (3,1)	37 (8,2)	36 (8)	126 (27,9)	239 (52,9)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	8 (7,1)	21 (18,6)	30 (26,5)	31 (27,4)	23 (20,4)	
Toplam	22 (3,9)	58 (10,3)	66 (11,7)	157 (27,8)	262 (46,4)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %39,2 (151)'i “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %61,7 (111)'si aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 35). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis teknik donanım ve ekipman yeterlilik değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 12'de gösterilmiştir.

**Tablo 35.** Acil Servis Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servis teknik donanım ve ekipman yeterliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	13 (3,4)	52 (13,5)	56 (14,5)	113 (29,4)	151 (39,2)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	9 (5)	6 (3,3)	10 (5,6)	44 (24,4)	111 (61,7)	
Toplam	22 (3,9)	58 (10,3)	66 (11,7)	157 (27,8)	262 (46,4)	

**Şekil 12.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Teknik Donanım ve Ekipman Yeterlilik Değerlendirmesi



#### 4.2.9. Acil serviste hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında alınan hizmeti değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizde hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında aldığınız hizmeti nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %48,7 (184)’si “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %67,9 (127)’u da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (Tablo 36). Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı sekreteryaya tarafından hizmetlerin devam edilmesine rağmen memnuniyet düzeyinin artması acil servislerdeki yoğunluğun memnuniyeti olumsuz etkilediğini göstermektedir.

**Tablo 36.** Acil Servis Hasta Kabul Ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesi

Acil servisimizde hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında aldığınız hizmeti nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	4 (1,1)	7 (1,9)	56 (14,8)	127 (33,6)	184 (48,7)	<b>0.001</b>
Acil Gözlem	3 (1,6)	4 (2,1)	12 (6,4)	41 (21,9)	127 (67,9)	
Toplam	7 (1,2)	11 (1,9)	68 (12)	168 (29,7)	311 (55)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %61,3 (277)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %30,1 (34)'i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 37). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 37.** Acil Servis Hasta Kabul Ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

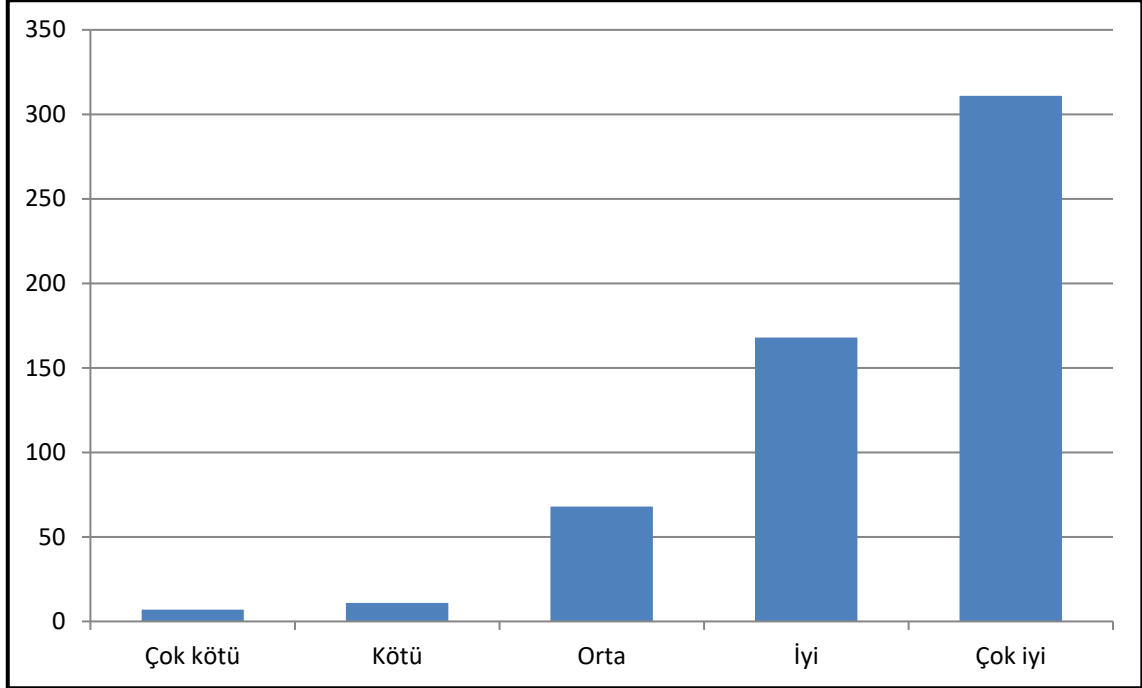
Acil servisimizde hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında aldığınız hizmeti nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	3 (0,7)	9 (2)	38 (8,4)	125 (27,7)	277 (61,3)	
Üniversite	4 (3,5)	2 (1,8)	30 (26,5)	43 (38,1)	34 (30,1)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	7 (1,2)	11 (1,9)	68 (12)	168 (29,7)	311 (55)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %47,3 (182)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %71,7 (129)'si aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 38). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında alınan hizmet değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 13’de gösterilmiştir.

**Tablo 38.** Acil Servis Hasta Kabul Ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizde hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında aldığınız hizmeti nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	5 (1,3)	9 (2,3)	60 (15,6)	129 (33,5)	182 (47,3)	
65 yaş ≤	2 (1,1)	2 (1,1)	8 (4,4)	39 (21,7)	129 (71,7)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	7 (1,2)	11 (1,9)	68 (12)	168 (29,7)	311 (55)	

**Şekil 13.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hasta Kabul ve Sekreter İşlemleri Sırasında Alınan Hizmet Değerlendirmesi



#### 4.2.10. Acil servis fiziksel mekanı ve konforunu değerlendirme

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizde tedavi olduğunuz sürece bulunduğunuz fiziksel mekanın konforunu nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %36,5 (138)’i “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %54(101)’ü de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 39). Personel değerlendirme sonuçları ile karşılaştırınca memnuniyetin ciddi düzeyde azalması hastanemiz fiziksel mekanın ve konfor yeterliliğinde sıkıntı olabileceğini ve yenilenme gereksinimini gündeme getirmektedir.

**Tablo 39.** Acil Servis Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesi

Acil servisimizde tedavi olduğunuz sürece bulunduğunuz fiziksel mekanın konforunu nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	33 (8,7)	47 (12,4)	68 (18)	92 (24,3)	138 (36,5)	
Acil Gözlem	14 (7,5)	15 (8)	14 (7,5)	43 (23)	101 (54)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	47 (8,3)	62 (11)	82 (14,5)	135 (23,9)	239 (42,3)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %48,7 (220)'si “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %16,8 (19)'i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 40). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 40.** Acil Servis Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

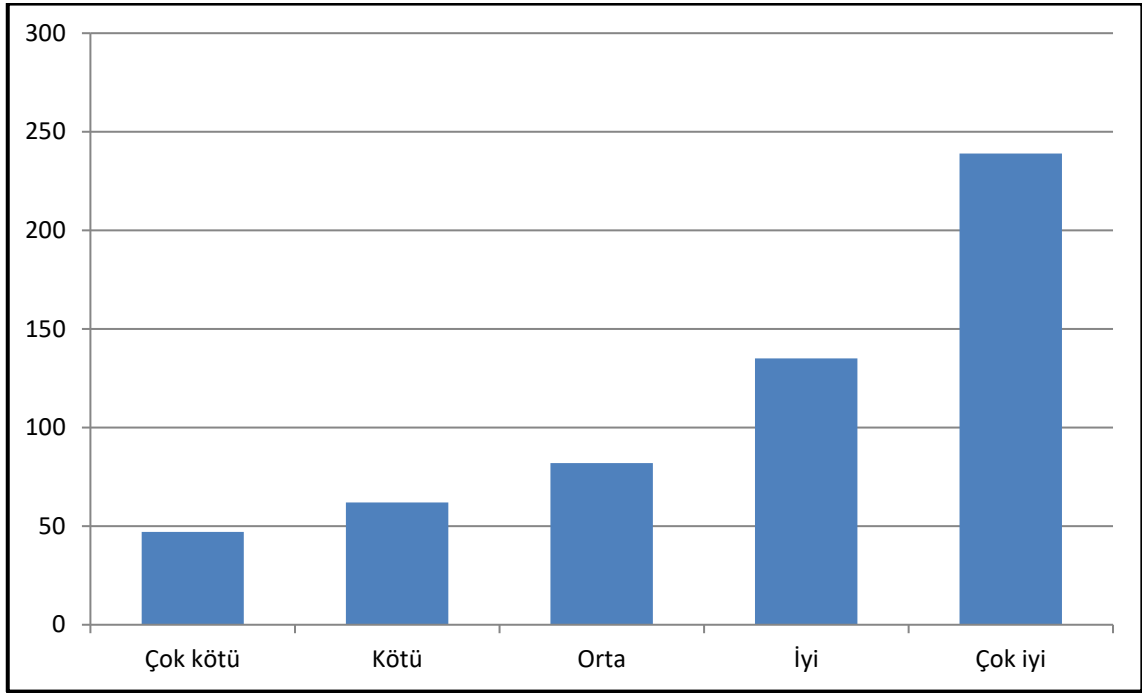
Acil servisimizde tedavi olduğunuz sürece bulunduğunuz fiziksel mekanın konforunu nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	30 (6,6)	28 (6,2)	53 (11,7)	121 (26,8)	220 (48,7)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	17 (15)	34 (30,1)	29 (25,7)	14 (12,4)	19 (16,8)	
Toplam	47 (8,3)	62 (11)	82 (14,5)	135 (23,9)	239 (42,3)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %35,1 (135)'i “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %57,8 (104)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 41). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis fiziksel mekan ve konfor değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 14'de gösterilmiştir.

**Tablo 41.** Acil Servis Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizde tedavi olduğunuz sürece bulunduğunuz fiziksel mekanın konforunu nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	36 (9,4)	55 (14,3)	69 (17,9)	90 (23,4)	135 (35,1)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	11 (6,1)	7 (3,9)	13 (7,2)	45 (25)	104 (57,8)	
Toplam	47 (8,3)	62 (11)	82 (14,5)	135 (23,9)	239 (42,3)	

**Şekil 14.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Fiziksel Mekan ve Konfor Değerlendirmesi



#### **4.2.11. Acil servisin genel temizliğini değerlendirme**

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizin genel temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %40,2 (152)’si “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemede tedavi olan hastalardan ise %56,7 (106)’si de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (Tablo 42). Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı personel tarafından ve aynı şekilde yapılan temizlik hizmetinden memnuniyet düzeyinin artması acil servislerdeki yoğunluğun yapılan temizliği ve memnuniyeti olumsuz etkilediğini göstermektedir. Temizlik değerlendirmesi sırasında belirtilen şikayetlerde odalarda dezenfektan, sabun, kağıt havlu, tuvaletlerde tuvalet kağıdı vb. malzeme eksiklikleri de sıkça vurgulandı.



**Tablo 42.** Acil Servis Genel Temizlik Değerlendirmesi

Acil servisimizin genel temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	15 (4)	45 (11,9)	61 (16,1)	105 (27,8)	152 (40,2)	<b>0.001</b>
Acil Gözlem	10 (5,3)	8 (4,3)	20 (10,7)	43 (23)	106 (56,7)	
Toplam	25 (4,4)	53 (9,4)	81 (14,3)	148 (26,2)	258 (45,7)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %52 (232)'si “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %20,4 (23)'ü de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 43). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 43.** Acil Servis Genel Temizlik Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

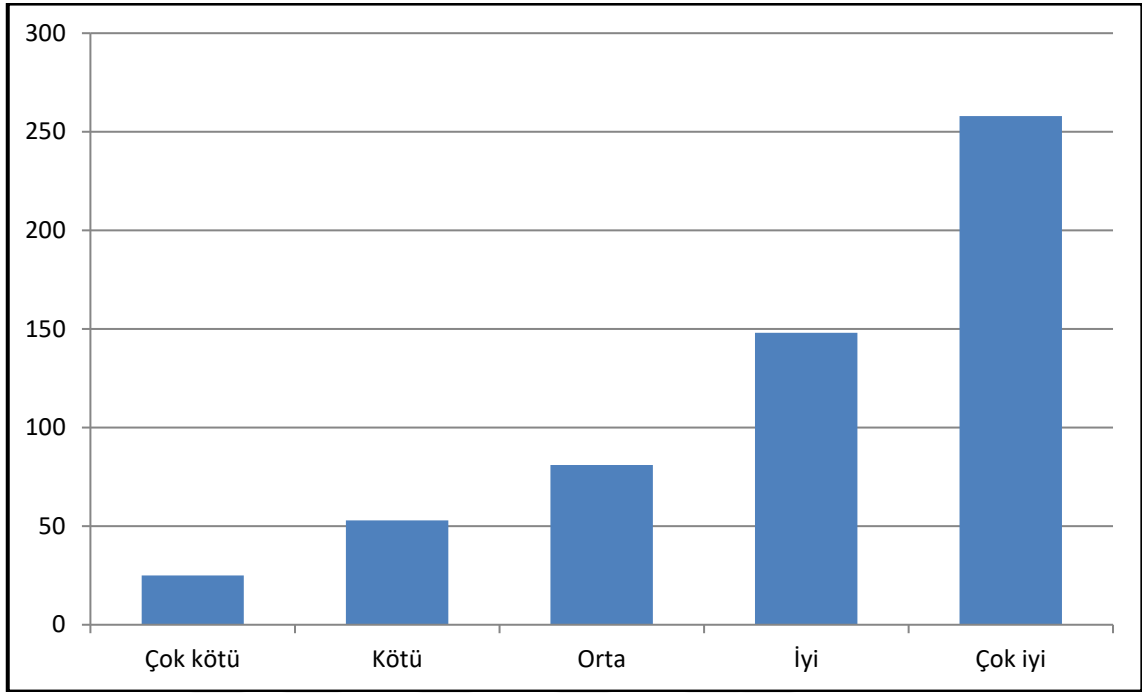
Acil servisimizin genel temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	18 (4)	24 (5,3)	49 (10,8)	126 (27,9)	235 (52)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	7 (6,2)	29 (25,7)	32 (28,3)	22 (19,5)	23 (20,4)	
Toplam	25 (4,4)	53 (9,4)	81 (14,3)	148 (26,2)	258 (45,7)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %37,4 (144)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %63,3 (114)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 44). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis genel temizlik değerlendirme sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 15'de gösterilmiştir.

**Tablo 44.** Acil Servis Genel Temizlik Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizin genel temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	18 (4,7)	47 (12,2)	71 (18,4)	105 (27,3)	144 (37,4)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	7 (3,9)	6 (3,3)	10 (5,6)	43 (23,9)	114 (63,3)	
Toplam	25 (4,4)	53 (9,4)	81 (14,3)	148 (26,2)	258 (45,7)	

**Şekil 15.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Genel Temizlik Değerlendirmesi



#### 4.2.12. Kullanılan tuvalet ve banyoların temizlik değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların “**Kullandığınız tuvalet ve banyonun temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?**” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %33,1 (125)’i “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %47,6 (89)’sı da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ) (Tablo 45). Acil poliklinik ve gözlem hastaları aynı banyo ve tuvaletleri kullanmasına rağmen temizlik değerlendirilmesi sırasında anlamlı olacak kadar farklı sonuçların çıkmasının tek izahı hastalar her soruyu sadece bir soruyu cevaplamak şeklinde değil genel memnuniyetleriyle birlikte değerlendirmişlerdir.

**Tablo 45.** Acil Servis Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesi

Kullandığınız tuvalet ve banyonun temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	36 (9,5)	59 (15,6)	74 (19,6)	84 (22,2)	125 (33,1)	<b>&lt;0.001</b>
Acil Gözlem	30 (16)	17 (9,1)	18 (9,6)	33 (17,6)	89 (47,6)	
Toplam	66 (11,7)	76 (13,5)	92 (16,3)	117 (20,7)	214 (37,9)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %44,5 (201)'i “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %11,5 (13)'i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 46). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek hastaların banyo ve tuvaletler için verdiği puanların bu kadar düşük olması buralarda ciddi sıkıntıların olduğunu göstermektedir.

**Tablo 46.** Acil Servis Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

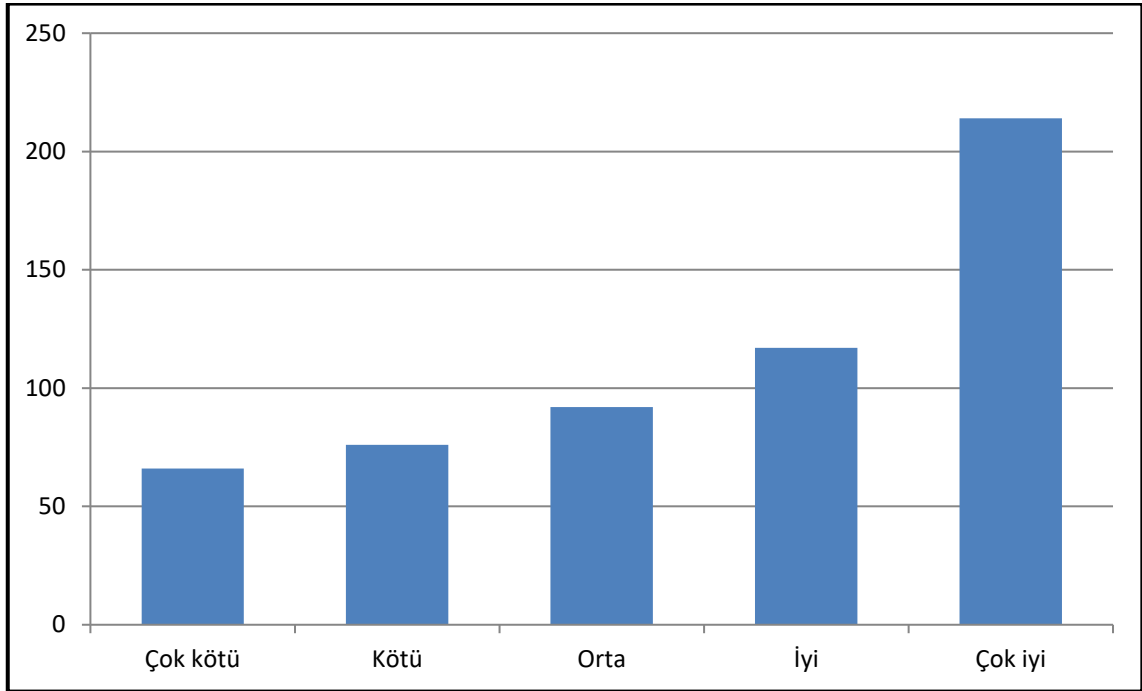
Kullandığınız tuvalet ve banyonun temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Lise ve altı	42 (9,3)	46 (10,2)	62 (13,7)	101 (22,3)	201 (44,5)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	24 (21,2)	30 (26,5)	30 (26,5)	16 (14,2)	13 (11,5)	
Toplam	66 (11,7)	76 (13,5)	92 (16,3)	117 (20,7)	214 (37,9)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %30,9 (119)'u “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %52,8 (95)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 47). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis tuvalet ve banyo temizlik değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 16'da gösterilmiştir.

**Tablo 47.** Acil Servis Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Kullandığınız tuvalet ve banyonun temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
65 yaş >	50 (13)	66 (17,1)	75 (19,5)	75 (19,5)	119 (30,9)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	16 (8,9)	10 (5,6)	17 (9,4)	42 (23,3)	95 (52,8)	
Toplam	66 (11,7)	76 (13,5)	92 (16,3)	117 (20,7)	214 (37,9)	

**Şekil 16.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Tuvalet ve Banyo Temizlik Değerlendirmesi



#### 4.2.13. Acil serviste mahremiyete gösterilen saygının değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizde mahremiyetinize gösterilen saygıyı nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %45 (170)’i “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %60,4 (113)’ü de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.003$ ) (Tablo 48). Acil poliklinikte çoğu zaman birden fazla hastanın aynı odayı paylaşması ve yakınlarının da orada bulunması hastaları mahremiyet noktasında rahatsız ederken, acil gözlemde perdeyle de olsa hastaların ayrı yaşam alanlarına bölünmesi mahremiyetlerine saygı duyulduğu düşüncesini artırmaktadır. Ancak bazı hastalar her an açılacak olan perdelerden de rahatsız olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 48.** Acil Servis Hasta Mahremiyet Değerlendirmesi

Acil servisimizde mahremiyetinize gösterilen saygıyı nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Acil Poliklinik	4 (1,1)	10 (2,6)	46 (12,2)	148 (39,2)	170 (45)	<b>0.003</b>
Acil Gözlem	4 (2,1)	2 (1,1)	11 (5,9)	57 (30,5)	113 (60,4)	
Toplam	8 (1,4)	12 (2,1)	57 (10,1)	205 (36,3)	283 (50,1)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %56,2 (254)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %25,7 (29)'si de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 49). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek hastaların hasta mahremiyeti için verdiği puanların düşük olması bu konuda sıkıntıların olabileceğini göstermektedir.

**Tablo 49.** Acil Servis Hasta Mahremiyet Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

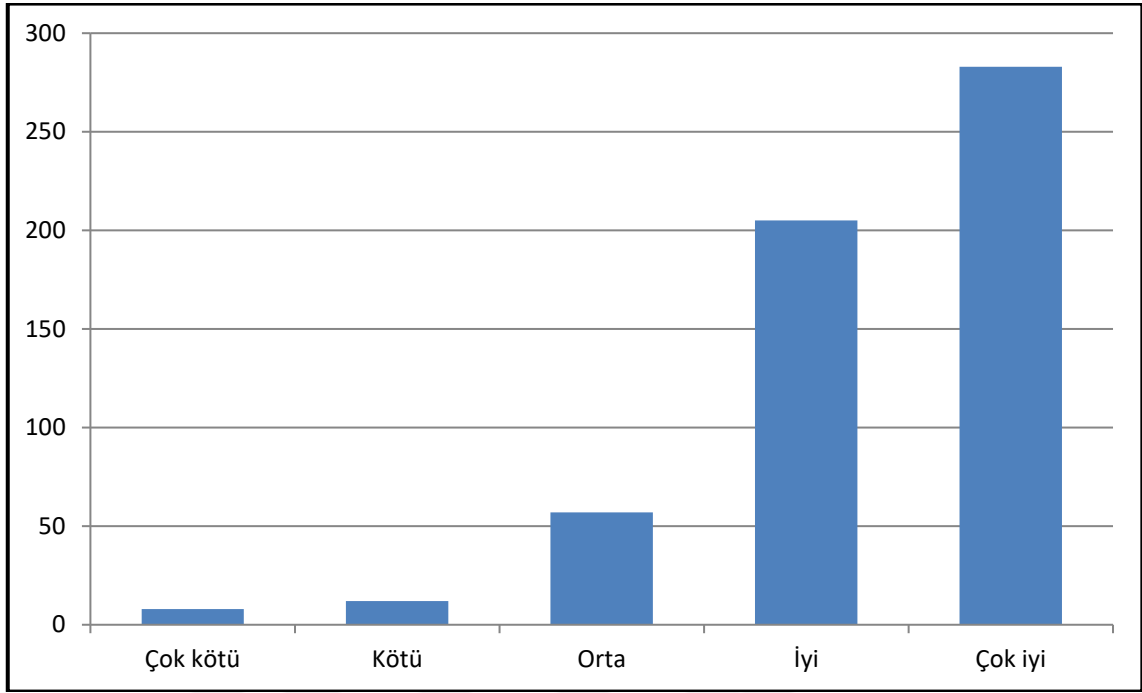
Acil servisimizde mahremiyetinize gösterilen saygıyı nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Lise ve altı	4 (0,9)	9 (2)	31 (6,9)	154 (34,1)	254 (56,2)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	4 (3,5)	3 (2,7)	26 (23)	51 (45,1)	29 (25,7)	
Toplam	8 (1,4)	12 (2,1)	57 (10,1)	205 (36,3)	283 (50,1)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %42,6 (164)'sı “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %66,1 (119)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 50). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis hasta mahremiyet değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 17’de gösterilmiştir.

**Tablo 50.** Acil Servis Hasta Mahremiyet Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizde mahremiyetinize gösterilen saygıyı nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
65 yaş >	5 (1,3)	11 (2,9)	50 (13)	155 (40,3)	164 (42,6)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	3 (1,7)	1 (0,6)	7 (3,9)	50 (27,8)	119 (66,1)	
Toplam	8 (1,4)	12 (2,1)	57 (10,1)	205 (36,3)	283 (50,1)	

Şekil 17. Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Hasta Mahremiyet Değerlendirmesi



#### 4.2.14. Acil servis fiziksel ortam ve havalandırma durumu değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizin fiziksel ortamını ve havalandırma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %37,3 (141)’ü “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %53,5 (100)’i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.003$ ) (Tablo 51). Personel değerlendirme sonuçları ile karşılaştırınca memnuniyetin ciddi düzeyde azalması hastanemiz fiziksel ortam ve havalandırma yeterliliğinde sıkıntı olabileceğini ve yenilenme gereksinimini gündeme getirmektedir.

Tablo 51. Acil Servis Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesi

Acil servisimizin fiziksel ortamını ve havalandırma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Acil Poliklinik	32 (8,5)	52 (13,8)	53 (14)	100 (26,5)	141 (37,3)	<b>0.003</b>
Acil Gözlem	14 (7,5)	20 (10,7)	12 (6,4)	41 (21,9)	100 (53,5)	
Toplam	46 (8,1)	72 (12,7)	65 (11,5)	141 (25)	241 (42,7)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %49,3 (223)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %15,9 (18)'u da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 52). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 52.** Acil Servis Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

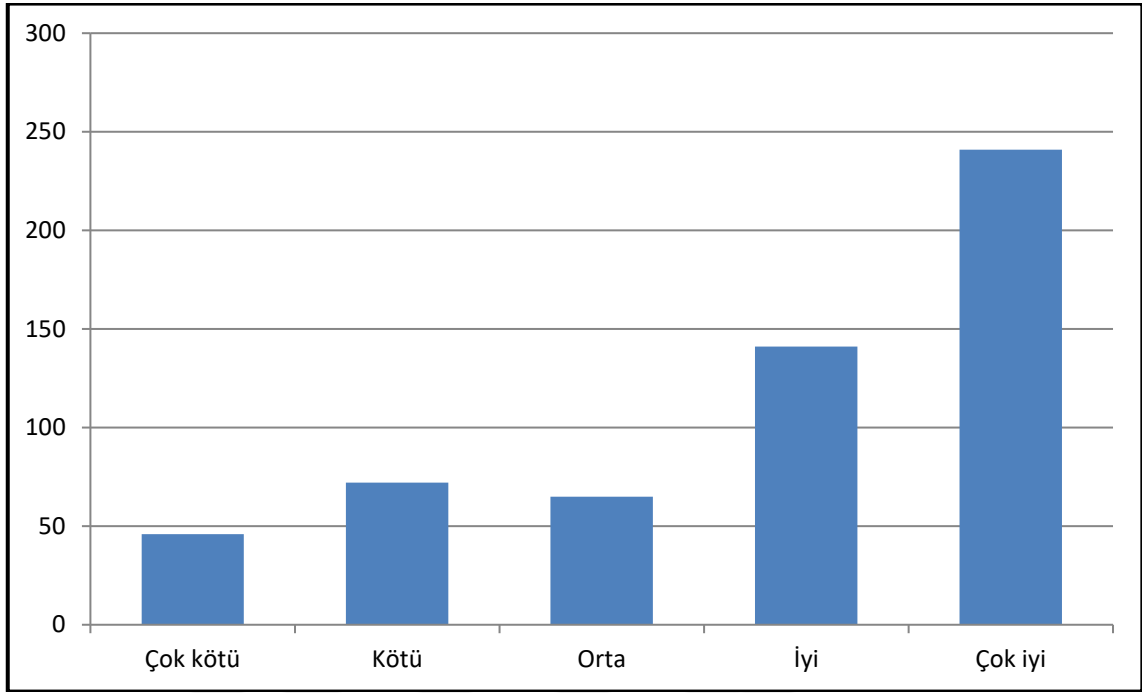
Acil servisimizin fiziksel ortamını ve havalandırma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Lise ve altı	25 (5,5)	42 (9,3)	37 (8,2)	125 (27,7)	223 (49,3)	<b>&lt;0.001</b>
Üniversite	21 (18,6)	30 (26,5)	28 (24,8)	16 (14,2)	18 (15,9)	
Toplam	46 (8,1)	72 (12,7)	65 (11,5)	141 (25)	241 (42,7)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %34 (131)'ü “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %61,1 (110)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 53). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis fiziksel ortam ve havalandırma değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 18'de gösterilmiştir.

**Tablo 53.** Acil Servis Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizin fiziksel ortamını ve havalandırma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
65 yaş >	36 (9,4)	65 (16,9)	55 (14,3)	98 (25,5)	131 (34)	<b>&lt;0.001</b>
65 yaş ≤	10 (5,6)	7 (3,9)	10 (5,6)	43 (23,9)	110 (61,1)	
Toplam	46 (8,1)	72 (12,7)	65 (11,5)	141 (25)	241 (42,7)	

**Şekil 18.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Fiziksel Ortam ve Havalandırma Değerlendirmesi



#### 4.2.15. Acil servis yeme-içme imkanlarının değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizde yeme-içme imkanlarını nasıl buldunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %35,2 (133)’si “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %49,2 (92)’i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.006$ ) (Tablo 54). Kliniğimizde sadece acil gözlemde yatış verip takip ettiğimiz hastalar hastane yemeğinden faydalanabilmektedir. Bu nedenle acil gözlemde memnuniyet oranı kısmen daha yüksektir. Personel değerlendirme sonuçları ile karşılaştırınca memnuniyetin ciddi düzeyde azalması hastanemiz yeme-içme imkanlarının yeterliliğinde sıkıntı olabileceğini ve yenilenme gereksinimini gündeme getirmektedir.

**Tablo 54.** Acil Servis Yeme-İçme İmkânı Değerlendirmesi

Acil servisimizde yeme-içme imkanlarını nasıl buldunuz?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Acil Poliklinik	22 (5,8)	55 (14,6)	67 (17,7)	101 (26,7)	133 (35,2)	<b>0.006</b>
Acil Gözlem	15 (8)	17 (9,1)	21 (11,2)	42 (22,5)	92 (49,2)	
Toplam	37 (6,5)	72 (12,7)	88 (15,6)	143 (25,3)	225 (39,8)	



Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %45,8 (207)'i “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %15,9 (18)'u da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 55). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 55.** Acil Servis Yeme-İçme İmkânı Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

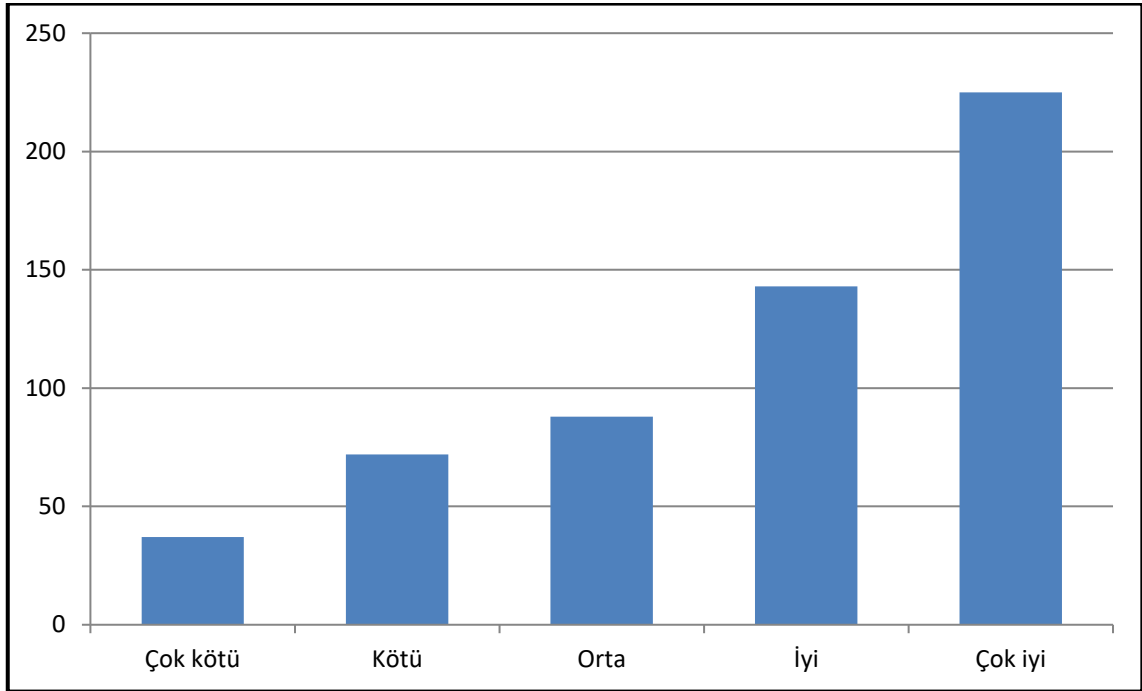
Acil servisimizde yeme-içme imkanlarını nasıl buldunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
Lise ve altı	24 (5,3)	44 (9,7)	59 (13,1)	118 (26,1)	207 (45,8)	
Üniversite	13 (11,5)	28 (24,8)	29 (25,7)	25 (22,1)	18 (15,9)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	37 (6,5)	72 (12,7)	88 (15,6)	143 (25,3)	225 (39,8)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %32,5 (125)'i “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %55,6 (100)'sı aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 56). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis yeme-içme imkanı değerlendirilmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 19'de gösterilmiştir.

**Tablo 56.** Acil Servis Yeme-İçme İmkânı Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizde yeme-içme imkanlarını nasıl buldunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	P
65 yaş >	24 (6,2)	59 (15,3)	78 (20,3)	99 (25,7)	125 (32,5)	
65 yaş ≤	13 (7,2)	13 (7,2)	10 (5,6)	44 (24,4)	100 (55,6)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	37 (6,5)	72 (12,7)	88 (15,6)	143 (25,3)	225 (39,8)	

**Şekil 19.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Yeme-İçme İmkamı Değerlendirmesi



#### 4.2.16. Acil servis gürültü düzeyi değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizde gürültü düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %34,9 (132)’u “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %49,7 (93)’i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.003$ ) (Tablo 57). Personel değerlendirme sonuçları ile karşılaştırınca memnuniyetin ciddi düzeyde azalması hastanemiz fiziki ortamı gibi gürültü düzeyinin de sıkıntılı olabileceğini ve yenilenme gereksinimini gündeme getirmektedir.

**Tablo 57.** Acil Servis Gürültü Düzeyi Değerlendirmesi

Acil servisimizde gürültü düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?						p
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	
Acil Poliklinik	26 (6,9)	41 (10,8)	78 (20,6)	101 (26,7)	132 (34,9)	<b>0.003</b>
Acil Gözlem	15 (8)	21 (11,2)	21 (11,2)	37 (19,8)	93 (49,7)	
Toplam	41 (7,3)	62 (11)	99 (17,5)	138 (24,4)	225 (39,8)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %46,2 (209)'si “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %14,2 (16)'si de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 58). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 58.** Acil Servis Gürültü Düzeyi Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

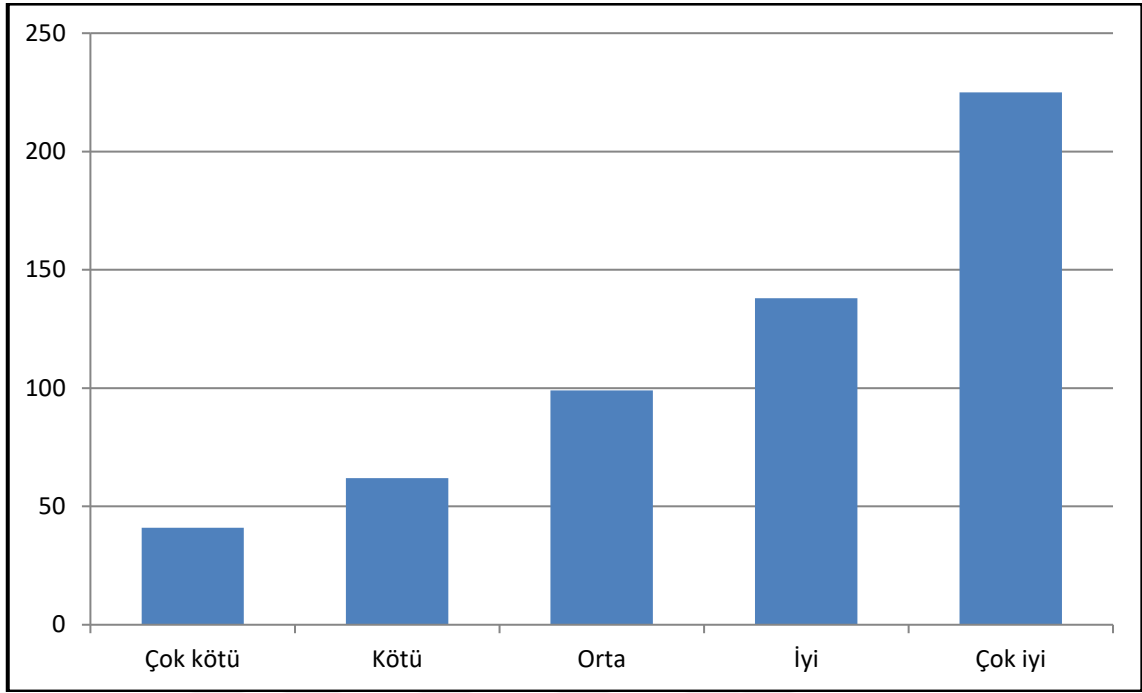
Acil servisimizde gürültü düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	24 (5,3)	36 (8)	61 (13,5)	122 (27)	209 (46,2)	
Üniversite	17 (15)	26 (23)	38 (33,6)	16 (14,2)	16 (14,2)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	41 (7,3)	62 (11)	99 (17,5)	138 (24,4)	225 (39,8)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %32,5 (125)'i “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %55,6 (100)'sı aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 59). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis gürültü düzeyi değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 20'de gösterilmiştir.

**Tablo 59.** Acil Servis Gürültü Düzeyi Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizde gürültü düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	33 (8,6)	51 (13,2)	83 (21,6)	93 (24,2)	125 (32,5)	
65 yaş ≤	8 (4,4)	11 (6,1)	16 (8,9)	45 (25)	100 (55,6)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	41 (7,3)	62 (11)	99 (17,5)	138 (24,4)	225 (39,8)	

**Şekil 20.** Acil Servise Başvuran Tüm Hastaların Gürültü Düzeyi Değerlendirmesi



#### 4.2.17. Acil servis genel memnuniyet değerlendirmesi

Çalışmaya katılan hastaların “Genel olarak değerlendirdiğinizde acil servisimizden aldığınız hizmetten memnun kaldınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %47,9 (181)’u “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %63,6 (119)’sı da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0.008$ ) (Tablo 60). Hastaların daha sakin, acil servisin yoğunluğundan uzak, tedavilerinin tamamını alabildikleri ve sadece servis yeri belediklerini bilerek buldukları bu yatışlı acil servis ortamında genel memnuniyetlerinin anlamlı şekilde yüksek olması aslında hastaneye asıl geliş amaçlarının eksiksiz karşılandığını göstermektedir.

**Tablo 60.** Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesi

Genel olarak değerlendirdiğinizde acil servisimizden aldığınız hizmetten memnun kaldınız mı?						
	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Acil Poliklinik	6 (1,6)	10 (2,6)	58 (15,3)	123 (32,5)	181 (47,9)	<b>0.008</b>
Acil Gözlem	2 (1,1)	5 (2,7)	15 (8)	46 (24,6)	119 (63,6)	
Toplam	8 (1,4)	15 (2,7)	73 (12,9)	169 (29,9)	300 (53,1)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %60,6 (274)'sı “çok iyi” yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %26 (23)'sı de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 61). Eğitim düzeyi arttıkça insanların beklentileri ve memnuniyetsizlikleri de artmaktadır.

**Tablo 61.** Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

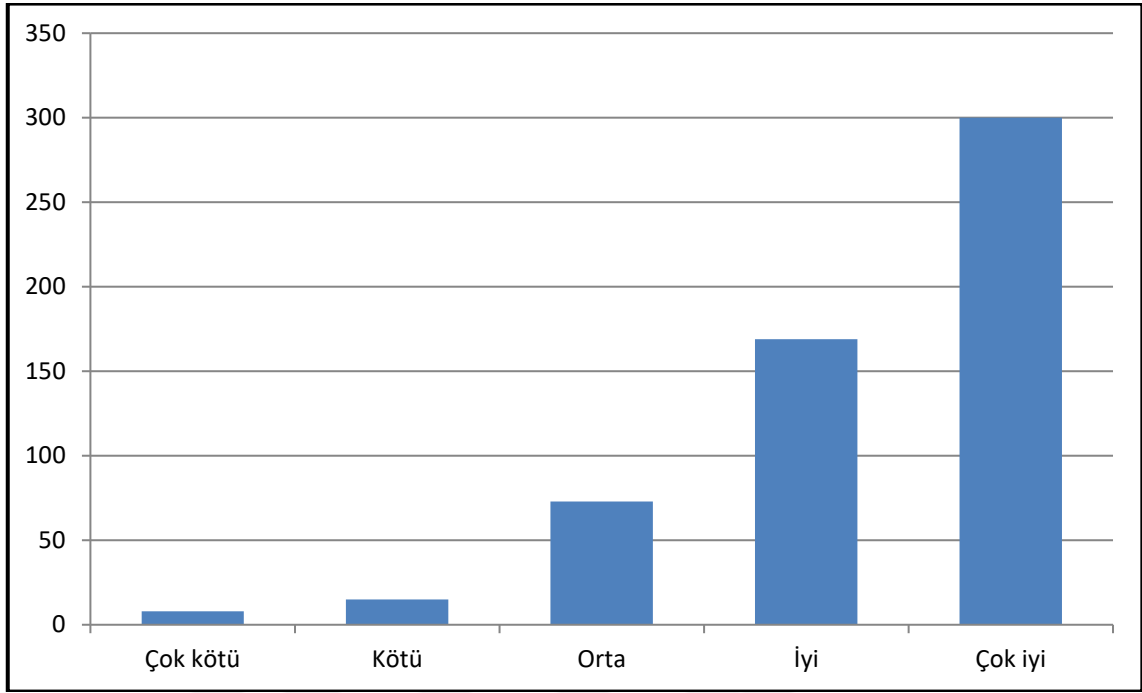
Acil servisimizin genel temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Eğitim düzeyi;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
Lise ve altı	5 (1,1)	10 (2,2)	43 (9,5)	120 (26,5)	274 (60,6)	
Üniversite	3 (2,7)	5 (4,4)	30 (26,5)	49 (43,4)	26 (23)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	8 (1,4)	15 (2,7)	73 (12,9)	169 (29,9)	300 (53,1)	

Aynı soru çalışmaya katılan hastaların yaşları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; 65 yaş altı olan hastaların %44,7 (172)'si “çok iyi” yorumu yaparken, 65 yaş ve üzeri olanların ise %71,1 (128)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 62). Yaş ilerledikçe insanların beklentileri azalmakta, tatminleri ise artmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların acil servis genel temizlik değerlendirmesi sorusuna verdikleri cevaplar toplu halde şekil 21’de gösterilmiştir.

**Tablo 62.** Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesinin Yaşa Göre Dağılımı

Acil servisimizin genel temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?						
Yaş;	Çok kötü n (%)	Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)	Çok iyi n (%)	p
65 yaş >	7 (1,8)	11 (2,9)	63 (16,4)	132 (34,3)	172 (44,7)	
65 yaş ≤	1 (0,6)	4 (2,2)	10 (5,6)	37 (20,6)	128 (71,1)	<b>&lt;0.001</b>
Toplam	8 (1,4)	15 (2,7)	73 (12,9)	169 (29,9)	300 (53,1)	

**Şekil 21.** Acil Servis Genel Memnuniyet Değerlendirmesi



#### **4.2.18. Acil serviste kaldığınız süre içerisinde yakınınızın yanınızda olmasını ister miydiniz**

Çalışmaya alınan hastalarımıza hastanede buldukları süre boyunca yakınlarının eşlik etmesini isteyip istemediklerini sorduk ve cevapları şöyle idi; Acil poliklinikte bir refakatçisinin kendine eşlik etmesini isteyenler %92,3 (349) iken buradaki hastaların yalnızca %7,7 (29)'si herhangi bir refakatçi istemediğini bildirmiştir. Acil gözlemede ise bir refakatçisinin kendine eşlik etmesini isteyenler %96,3(349) iken buradaki hastaların yalnızca %3,7 (7)'si herhangi bir refakatçi istemediğini bildirmiştir ve iki grup arasında anlamlı fark izlenmemiştir (p=0.106) (Tablo 63).

**Tablo 63.** Acil Servis Hastalarının Refakatçi İsteği Değerlendirmesi

Acil Serviste Kaldığınız Süre İçerisinde Yakınlarınızın Yanınızda Olmasını İster Miydiniz?	Acil Servis Hastalarının Refakatçi İsteği Değerlendirmesi		p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Acil Poliklinik	349 (92,3)	29 (7,7)	0.106
Acil Gözlem	180 (96,3)	7 (3,7)	
Toplam	529 (93,6)	36 (6,4)	

#### 4.2.19. İleride tekrar acil servisimizi tercih eder misiniz

Çalışmaya alınan hastalarımıza ileride tekrar hastanemizi tekrar tercih etmek isteyip istemediklerini sorduk ve cevapları şöyle idi; Acil poliklinikte tedavi olan hastalarımızdan hastanemizi tekrar tercih edebileceğini belirtenler %89,7 (339) iken buradaki hastaların yalnızca %10,3 (39)'ü bir daha tercih etmek istemediğini bildirmiştir. Acil gözlemde ise tedavi olan hastalarımızdan hastanemizi tekrar tercih edebileceğini belirtenler %94,7 (117) iken buradaki hastaların yalnızca %5,3 (10)'ü bir daha tercih etmek istemediğini bildirmiştir ve iki grup arasında anlamlı fark izlenmemiştir ( $p=0.069$ ) (Tablo 64).

**Tablo 64.** Acil Servis Hastalarının İleride Tekrar Servisimizi Tercih Değerlendirmesi

İleride tekrar acil servisimizi tercih eder misiniz?			
	Evet n (%)	Hayır n (%)	p
Acil Poliklinik	339 (89,7)	39 (10,3)	0.069
Acil Gözlem	177 (94,7)	10 (5,3)	
Toplam	516 (91,3)	49 (8,7)	

## 5. TARTIŞMA

Acil servisler, koroner arter hastalığı, solunum sıkıntısı, diyabet, obezite ve kanser gibi diğer kronik hastalıklara sahip artmış komorbiditesi olan hastalardan, madde kullanım bozukluklarından, duygudurum bozukluklarına, anksiyete bozukluklarına ve psikozlara kadar değişen, psikiyatrik veya davranışsal bir sağlık problemi olanlar ve bakım gerektiren hastalara kadar tüm hastalar için önemli bir giriş noktasıdır. Acil servislerin 24 saat erişilebilirliği, psikiyatri hastaları da dahil olmak üzere, bakım isteyenler ve ihtiyacı olanlar için oldukça çekicidir. Kronik hastalığı olan hastaların da çoklu acil servis ziyaretlerinin ve hastaneye yatışların buradan olduğu görülmektedir (80).

Acil servislerin artan kalabalığı gün geçtikçe büyümekte ve küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Hem hastalar hem de personel üzerinde kalabalığın olumsuz bir takım etkileri olur. Bu sebeple tanı ve tedavi de gecikmeler yaşanmaktadır. Hasta mahremiyeti tehlikeye girer. Yoğun olan acil servisler tarafından kabul edilen hastalarda ölüm oranları daha fazladır. Kalabalık, personeli ve hasta memnuniyetini azaltır ve tükenmişliği artırır. Acil servis personelinin alıkonması veya şiddete maruz kalma sıklığı ise artar (81).

Gün geçtikçe artan bu yoğun talep karşısında hem kalabalığı hızla eritmek hem de hastaları memnun etmek sağlık sistemindeki yöneticilerin önceliği haline gelmiştir. Bu nedenle de hasta memnuniyeti, sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan kritik bir göstergedir. Hastalar hasta bakım kalitesinin artırılmasında da rol almış olurlar. Hasta memnuniyeti anketlerinin sonuçları, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iyileştirilmesi gereken hizmet faktörlerini belirlemelerine yardımcı olur. Yöneticilerin hastaların ihtiyaçlarını anlamalarını ve dolayısıyla etkili ve daha kaliteli hizmet için stratejik planlar yapmalarını sağlar (62).

Hasta memnuniyeti sayısız belirleyici faktör içeren karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır; Bununla birlikte, hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin çoğu değişen ortamlarda ve koşullarda tartışmalı olarak kalır. Hasta memnuniyeti anlayışlarının ve ölçümlerinin çeşitliliği, çalışmaların karşılaştırılabilirliğini ve hasta memnuniyetinin kıyaslanmasını azaltmaktadır (62).



Bilinen bu problemleri ortadan kaldırmak için gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyetini değerlendirme ölçekleri geliştirilmiş, hatta kliniklere göre özelleştirilmiş ve ulusal programlar haline getirilmiştir. Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı'nın rehberlerinde tavsiye niteliğinde yer alan bazal anketler haricinde ulusal bir çalışma programı mevcut değildir. Herhangi bir kurum ya da üniversite tarafından ölçek niteliğine sahip bir anket çalışması da olmaması bu alanda ki çalışmaların çeşitliliğinin artmasına neden olmaktadır.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde yaptığımız çalışmada servisimizin genel memnuniyet sonucu gayet yüksek olarak bulunmuş ve acil poliklinikte: %80,4 acil serviste: %88,2 olarak tespit edilmiştir. İki hasta grubu arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur. **Tedavisinin devamı için hastane yatışı gereken hastaların ilgili bölüm servisi dolu olsa bile tedavilerini aynen alabilecekleri yataklı bir servise alınmaları memnuniyetlerini anlamlı derece arttırmaktadır.** Aynı merkezde 2012 yılında Yordan ve ark. tarafından sadece acil servis kısmındaki hastaların dahil edildiği çalışmada da genel memnuniyet sonucu benzer şekilde %90,3 olarak bulunmuştur (1).

Gray ve Boshoff (82) tarafından özel hastane sektörü hizmet kalitesine yönelik yapılan çalışmada kümülatif hasta memnuniyetini en güçlü hasta memnuniyetini sağlayarak olumlu yönde etkileyenin hemşire personeli olduğu ortaya konulmuştur. Danielsen ve ark. (47) tarafından yapılan çalışmada ise en yüksek hasta memnuniyetini ilk iki sırada sırasıyla hekim ve hemşire bakımının aldığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre acil servisimizde çalışmakta olan hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerinden duyulan memnuniyet: %92,5'dir. Ve çalışmamızdaki en yüksek hasta memnuniyetini sağlayan faktör olmuştur. Çalışmaya katılan hastaların "Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %66,1 (250)'i "çok iyi", %25,4 (96)'ü de "iyi" yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %84 (157)'ü "çok iyi", %10,7 (20)'si "iyi" şeklinde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Kliniğimizde 2012 yılında Yordan ve ark. tarafından sadece acil servis kısmındaki hastaların dahil edildiği çalışmada da hemşirelerin tıbbi müdahale ve becerileri sonucu

duyulan memnuniyet %84 olarak bulunmuştur (1). İstanbul Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde gerçekleştirilen bir araştırmada ise hemşirelerin tıbbi müdahale ve becerileri sonucu duyulan memnuniyet %84 olarak bulunmuştur (56).

Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre acil servisimizde çalışmakta olan hekimlerin hasta ve hasta yakınlarına karşı davranışlarına bağlı hasta memnuniyeti: %91,8'dir. Bu oran çalışmamızdaki en yüksek ikinci oran olmuştur. Çalışmaya katılan hastaların "Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %65,9 (249)'u "çok iyi" yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %82,4 (154)'ü de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastaların daha sakin bir ortamda ancak aynı doktorlar tarafından tedavisine devam edildiği göz önüne alındığında, bu sonucun gün geçtikçe artan acil servis yoğunluklarının olumsuz sonucu olabileceği görülmektedir. Kliniğimizde 2012 yılında Yardan ve ark. tarafından sadece acil servis kısmındaki hastaların dahil edildiği çalışmada da hekimlerin hasta ve yakınlarına davranışlarından duyulan memnuniyet %86 olarak bulunmuştur (1). İstanbul Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde gerçekleştirilen bir araştırmada ise hekimlerin hasta ve hasta yakınlarına karşı davranışlarına bağlı hasta memnuniyeti: %90,4 olarak bulunmuştur (56).

Danielsen ve ark. (47) tarafından yapılan çalışmada en yüksek hasta memnuniyetinde ilk sırada hekim müdahalesinin yer aldığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre acil servisimizde çalışmakta olan hekimlerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerinden duyulan hasta memnuniyeti: %91,7'dir. Bu oran çalışmamızdaki en yüksek üçüncü oran olmuştur. Çalışmaya katılan hastaların "Doktorların tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %66,1 (250)'i "çok iyi" yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %78,1 (146)'i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. İstanbul Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde

gerçekleştirilen bir araştırmada ise tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerinden duyulan hasta memnuniyeti: %86,8 olarak bulunmuştur (56).

Yemekler ve ücretler gibi belirli hizmet boyutlarıyla ilgili memnuniyetin, kümülatif hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (82). Yemek kalitesi, iki çalışmada genel memnuniyetle güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (83, 84). Dahası, bu çalışmaların birinde, yemek servis sıcaklığı ve memnuniyeti arasındaki ilişkinin, yemek seçimi ile memnuniyet arasında ki ilişkiden daha güçlü olduğu sonucuna varılmıştır (83). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre acil servisimizin yeme içme olanakları oldukça kısıtlı bulunmuş ve hastalarımızın memnuniyetsizlik sıralamasında 3. sırada yer almıştır. Hastalarımızın ancak %65,1'i hastane yemekleri ve çevredeki diğer yeme içme imkanı olan yerleri yeterli bulmuş ve memnun olduklarını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizde yeme-içme imkanlarını nasıl buldunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %35,2 (133)'si “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemede tedavi olan hastalardan ise %49,2 (92)'i de aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. **Kliniğimizde sadece acil gözlemede yatış verip takip ettiğimiz hastalar hastane yemeğinden faydalanabilmekte diğer hasta ve yakınları çevredeki diğer cafe ve restaurantları kullanmak durumunda kalmaktadır. Bu nedenle acil gözlemede memnuniyet oranı kısmen daha yüksektir.**

Enkhjargal ve ark. yaptıkları çalışmada fiziksel ortamın hasta memnuniyetini potansiyel olarak etkilediği sonucuna varmıştır (53). Hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu öngörülen fiziksel çevre yönleri; havalandırma, oda konforu, yatak takımı, temizlik, gürültü seviyesi, ısıya uygunluk, aydınlatma kolaylığı, yemek servisi, banyo konforu, işaret ve yön netliği, ekipman ve tesislerin düzenlenmesi ve otoparktır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre acil servisimizin gürültü düzeyi oldukça yüksek bulunmuş ve hastalarımızın memnuniyetsizlik sıralamasında 2. sırada yer almıştır. Hastalarımızın ancak %64,2'si kliniğimizi yeterince sessiz ve huzurlu bulmuş ve memnun olduklarını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hastaların “Acil servisimizde gürültü düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %34,9 (132)'u “çok iyi” yorumu yaparken, acil gözlemede tedavi olan hastalardan ise ancak %49,7 (93)'si aynı

şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Özellikle her geçen gün artan acil servis hasta başvuru sayısı ile kalabalık arttıkça gürültü düzeyi de kaçınılmaz olarak artmaktadır. Acil servise başvuran hastaların kimi zaman acı içinde kıvranan, kimi zaman bulantı-kusmadan muzdarip, kimi zaman psikiyatrik nedenlerle oryante olmadıkları, bazen ise etil/metil alkol intoksikasyonu ya da madde alımı gibi nedenlerle de başvuran hastalardan oluştukları düşünüldüğünde buranın çok da sessiz bir ortam olamayacağı görülmektedir. Ancak acil gözlem alanı diğer acil birimlerinden ne kadar izole ve uzak olursa acilin doğasında olan bu gürültülerden de uzak kalacaktır.

Sağlık hizmetlerinin verildiği fiziksel ortamın ve temizliğin müşteri memnuniyeti dahil olmak üzere müşteri hizmetleri performans değerlendirmelerini etkilediği bulunmuştur (45). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre acil servisimizin tuvalet ve banyo temizlikleri hastalarımız tarafından maalesef yeterli bulunmamış ve memnuniyetin en düşük, memnuniyetsizliğin ise en üst sırasında yer almıştır. Hastalarımızın ancak %58,6'sı kliniğimizdeki tuvalet ve banyoların temizliğini yeterli bulmuş ve memnun olduklarını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hastaların "Kullandığınız tuvalet ve banyonun temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevaplar şu şekildedir: acil poliklinikte tedavi almış olan hastalardan %33,1 (125)'i "çok iyi" yorumu yaparken, acil gözlemde tedavi olan hastalardan ise %47,6 (89)'sı da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Kliniğimizde hasta tuvalet ve banyoları sadece acil gözlem alanı içerisinde mevcut olup sayıca da yetersiz kalmaktadır. Acil gözlem alanı içerisindeki hastalara yakın olması olumlu bir yönü iken aynı durum özellikle yaz aylarında koku olması nedeniyle olumsuz bir yön olarak da karşımıza çıkmaktadır. Hasta tuvalet ve banyolarının hem hastalar için ergonomik yani gerektiğinde yakınları ile kullanabilecekleri genişlikte ve giriş çıkışa rahat olanak sağlayan, hem sayıca yeterli ve hem de temizliği noktasında daha titiz davranılması gerekmektedir.

Bulgularda geniş bir şekilde yer verdiğimiz üzere demografik verilerden yaş ve okumuşluk düzeyi de memnuniyet üzerine güçlü etkilere sahiptir. Yaşla beraber genel ve ayrı ayrı her konuda memnuniyet düzeyinin arttığını ortaya koyduk. Bu durum yaş ilerledikçe beklentilerin azalması, görmüş geçirmişlik ile tatminin artmasına bağlı olabilir. Naidu ve ark. hazırladıkları derlemede yer verdikleri bir çok çalışmada

yaşın, demografik değişkenleri arasında hasta memnuniyetini belirleyen en önemli ve tutarlı değişken olduğunu ortaya koymuşlardır. Yaşlı hastaların gençlere göre sağlık hizmetlerinden daha memnun olduğu sonucuna varmışlardır (45).

Çalışmamızda bulgularda ayrıntılı şekilde yer verdiğimiz üzere eğitim düzeyi ile memnuniyet arasında negatif bir bağlantı olduğu, eğitim düzeyi arttıkça beklentilerin, memnuniyetsizliğin ve tatminsizliğin arttığını gördük. Bjertnaes ve ark. (85) ile Danielsen ve ark. (47) da yaptıkları çalışmalar sonucu bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitim seviyesinin, hasta memnuniyet düzeyi ile ters ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Yine kronik hastalar üzerinde hasta memnuniyet çalışması yapan Caroline ve ark. da iyi eğitilmiş hasta oranının daha yüksek olduğu çalışmalarda memnuniyet oranlarının daha düşük puanlara sahip olmasının muhtemel olduğunu ortaya koymuştur (86). Yakın zamanda Kahraman ve ark. tarafından sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışma sonucunda da sağlık okuryazarlık bilgi düzeyinin artmasının hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseleceği varsayımı düşünüldüğünde memnuniyetin artırılması için sağlık işletmelerinin bir takım girişimlerde bulunması kaçınılmaz olmaktadır (87).

Çalışmamızda en yüksek memnuniyet oranına sahip hemşire müdahale ve tecrübelerini değerlendiren soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %79,4 (359)'ü "çok iyi" yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise %42,5 (48)'si da aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Yine en yüksek ikinci memnuniyet oranına sahip hekimlerin hastalara davranışını değerlendiren soru çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %77,7 (351)'si "çok iyi" yorumu yaparken, eğitim durumu lise üstü olan hastalardan ise ancak %39,8 (45)'i aynı şekilde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur.

En yüksek memnuniyetsizlik oranına sahip kullanılan tuvalet ve banyoları değerlendiren soruda da çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %19,5 (88)'i memnun kalmadığını ifade ederken, eğitim durumu lise üstü olan hastaların ise %47,7 (54)'si olumsuz yönde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. En yüksek

ikinci memnuniyetsizlik oranına sahip kliniğimizin gürültü düzeyini değerlendiren soruda ise çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde; eğitim durumu lise ve altı olanların %13,3 (60)'ü memnun kalmadığını ifade ederken, eğitim durumu lise üstü olan hastaların ise %38 (41)'i olumsuz yönde görüş bildirmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Yani cehalet mutluluktur. Ancak, ortaya koyduğumuz bu sonuç, daha az eğitilmiş olanların daha az tatmin olma eğiliminde olduklarını belirten bazı çalışmaların sonuçlarıyla da tutarsızdır (56, 88, 89).

Acil serviste hasta memnuniyetine etkinliğini araştırdığımız yirmiye yakın faktörün acil poliklinik hastaları ile acil gözlem hastaları arasında yaptığımız hasta memnuniyeti karşılaştırma sonuçlarına da bulgularda ayrıntılı şekilde yer verilmiştir. Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlara göre tüm hastalara aynı hekimler, aynı hemşireler, aynı personel tarafından bakım ve tedavi uygulanmasına rağmen fiziksel ortamın daha ferah, daha sessiz ve tedavi planı çizilip, kendileriyle de paylaşılmış olan acil gözlem hastalarının memnuniyet düzeyinin, acil poliklinik hastalarının memnuniyetinden anlamlı derece yüksek olduğu görüldü. Dicle Üniversitesi Acil Servisi'nde yapılan bir çalışmada da bizim sonuçlarımıza paralel sonuçlar elde edilmiş yatan ve ayakta hastaların memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında yatan hastalar; doktor ilgisi, laboratuvar ve radyoloji hizmet kalitesi ve hasta güvenliği açısından ayakta hastalara göre daha fazla memnun oldukları ortaya konulmuştur (90). Bu konuda literatürde de kısıtlı bilgi mevcut olduğundan bu çalışma ile yararlı bir katkı sağlanmıştır.

## 6. SONUÇLAR

1. Acil serviste hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktörlerin hekim ve hemşire davranışı ve tıbbi bakım ile müdahaleleri olduğu tespit edildi.
2. Acil servislerde hasta-personel ilişkileri geliştirilmeye çalışılmalı, hastane personeline gerekirse iletişim becerileri ile ilgili eğitimler verilmelidir.
3. Hasta memnuniyetinin hasta yaşı ile olumlu ancak hasta eğitim düzeyi ile negatif ilişkili olduğu ortaya konuldu.
4. Acil serviste acil müdahalesi tamamlanmış hastaların memnuniyetini arttırmak için hızlıca acil gözleme alınarak daha sonraki takip ve tedavileri acil gözlemde yapılmalıdır.
5. En yüksek memnuniyetsizliğin ortaya çıktığı tuvalet ve banyoların temizliği ile yüksek gürültü düzeyi başta olmak üzere hastanelerin fiziki şartlarının geliştirilmesi gerekmektedir.
6. Günümüzde acil servislerdeki ve hastanelerdeki yoğunluk nedeniyle uzun süre acil servislerde kalmak durumunda olan hastalar olduğundan hem hastalar hem yakınları için yeme-içme imkanlarının geliştirilmesi gerekmektedir.
7. Hasta memnuniyetinin artırılması için mutlaka acil serviste bekleme süreleri kısaltılmaya çalışılmalı ve sık sık hasta ve yakınlarına yapılanlar hakkında bilgi verilmelidir.
8. Taburculuk sonrası hasta ve yakınlarına izlemeleri gereken yol hakkında bilgi verilmelidir.
9. Tüm sağlık kurumlarında hasta memnuniyet çalışmalarına daha fazla önem verilerek eksik yönlerin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Yardan T, Genc S, Baydin A, Aydinkal E, Sunter A. Determinants of patient satisfaction with an emergency department observation unit. *HKJEM*. 2012;19(3):151.
2. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(8):678-89.
3. Erdugan F, Yörübulut S, Şahin E, Öncel SY. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde hasta ve çalışan memnuniyeti. *Sayı Hakemleri*. 2017:165.
4. Toğun İ. Acil serviste hasta memnuniyeti [Uzmanlık Tezi]: Gaziantep Üniversitesi; 2007.
5. Yurt YC. Acil servise helikopter ambulans ile getirilen hastaların rems ve naca skoruna göre değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
6. Lucas JA. The satisfaction survey that matters. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012;206(6):518-22.
7. Churchill Jr GA, Surprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of marketing research*. 1982:491-504.
8. Press I. Patient Satisfaction: Defining, Measuring, and Improving the Experience of Care. *JHQ*. 2003;25(3):47,8.
9. Kurumu TD. Memnuniyet: TDK; 2018 [İsim; Memnun olma, sevinç duyma, sevinme].  
[http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b325aba5d4e40.10986489](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b325aba5d4e40.10986489). adresinden 26.06.2018 tarihinde indirilmiştir.
10. Dictionary C. Satisfaction: 2018 [A pleasant feeling that you get when you receive something you wanted, or when you have done something you wanted to do].  
<https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce/satisfaction>.  
adresinden 26.06.2018 tarihinde indirilmiştir.
11. Oliver RL, Rust RT, Varki S. Customer delight: foundations, findings, and managerial insight. *Journal of retailing*. 1997;73(3):311-36.
12. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of marketing research*. 1980:460-9.
13. Walker JK. Patient satisfaction: the past directs the way to the future. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2006;20(1):88-90.
14. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):63.
15. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA surgery*. 2013;148(4):362-7.
16. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-9.
17. Mehta SJ. Patient satisfaction reporting and its implications for patient care. *AMA journal of ethics*. 2015;17(7):616.
18. Kupfer JM, Bond EU. Patient satisfaction and patient-centered care: Necessary but not equal. *JAMA*. 2012;308(2):139-40.
19. T.C. Bakanlığı S. Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi. *Sağlık Bakanlığı Rehberleri*. 2015;15.



20. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs*. 2010;29(7):1310-8.
21. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *Journal of general internal medicine*. 2006;21 Suppl 1:S28-34.
22. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2 Edition ed. New York: CRC Baskı; 2004 Kasım 1, 2004
23. Association BM. Communication skills education for doctors: an update. London: BMA. 2004.
24. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician*. 2005;34(12):1053-5.
25. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*. 2003;16(2):157-61; discussion 61.
26. Clay MA, Sikon AL, Lypson ML, Gomez A, Kennedy-Malone L, Bussey-Jones J, et al. Teaching while learning while practicing: reframing faculty development for the patient-centered medical home. *Academic Medicine*. 2013;88(9):1215-9.
27. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, et al. "Tell me about yourself": The patient-centered interview. *Annals of internal medicine*. 2001;134(11):1079-85.
28. Brittin ME. Keys to improving your listening skills. *Family practice management*. 2005;12(4):68.
29. Teutsch C. Patient-doctor communication. *The Medical clinics of North America*. 2003;87(5):1115-45.
30. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012(6):Cd000259.
31. Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. *Family practice management*. 2007;14(6):30-4.
32. Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2005;30(2):184-92.
33. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archives of internal medicine*. 1999;159(10):1069-75.
34. Adebayo PB, Abayomi O, Johnson PO, Oloyede T, Oyelekan AA. Breaking bad news in clinical setting - health professionals' experience and perceived competence in Southwestern Nigeria: a cross sectional study. *Annals of African medicine*. 2013;12(4):205-11.
35. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000;5(4):302-11.
36. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can Doctors Improve their Communication Skills? *JCDR*. 2015;9(3):JE01-JE4.
37. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*. 2007;66(1):29-36.
38. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship:

- different models or concepts are used. *Journal of clinical epidemiology*. 2012;65(1):10-5.
39. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2009;59(561):e116-33.
40. Uludağ A, Zengin N. Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. *Anadolu University Journal of Social Sciences*. 2016;16(3).
41. Ankara Tabip Odası. Hekimlere ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu. 2008.
42. Harrison R, Walton M, Healy J, Smith-Merry J, Hobbs C. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016;28(2):240-5.
43. Oliver RL. Whence consumer loyalty? *the Journal of Marketing*. 1999:33-44.
44. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G, et al. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008(31):95-110.
45. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*. 2009;22(4):366-81.
46. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*. 2014;29(1):3.
47. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC family practice*. 2010;11(1):73.
48. Morgan MW, Salzman JG, LeFevre RC, Thomas AJ, Isenberger KM. Demographic, operational, and healthcare utilization factors associated with emergency department patient satisfaction. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2015;16(4):516.
49. Aytar G, Yeşildal N. Yatan hasta memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;3(1):10-4.
50. Eiriz V, António Figueiredo J. Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005;18(6):404-12.
51. Nişancı Y, Nazlı N, Özkan M, Özcan M. Türk Kardiyoloji Derneği Etik Klavuzu: Hasta, Hasta Yakını ve Hekim ilişkileri. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009;37:3-14.
52. Chen LM, Birkmeyer JD, Saint S, Jha AK. Hospitalist staffing and patient satisfaction in the national Medicare population. *Journal of hospital medicine*. 2013;8(3):126-31.
53. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2017;137(2):89-101.
54. Taylor C, Bengler J. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency medicine journal*. 2004;21(5):528-32.

55. Camgöz-Akdağ H, Zineldin M. Quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at Turkey. *Clinical Governance: An International Journal*. 2010;15(2):92-101.
56. Kabaroglu K, Eroglu SE, Onur OE, Denizbasi A, Akoğlu H. Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılması. *Marmara Medical Journal*. 2013;26(2):82-9.
57. Ladhari R, Rigaux-Bricmont B. Determinants of patient satisfaction with public hospital services. *Health marketing quarterly*. 2013;30(4):299-318.
58. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social science & medicine*. 2009;69(1):68-75.
59. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2007;5(3):140-3.
60. Sanchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, Garcia-Perez S, Santamera AS. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in primary care*. 2014;22(3):147-55.
61. Muntlin Å, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of clinical nursing*. 2006;15(8):1045-56.
62. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2016;137(2):89-101.
63. Birhanu Z, Assefa T, Woldie M, Morankar S. Determinants of satisfaction with health care provider interactions at health centres in central Ethiopia: a cross sectional study. *BMC health services research*. 2010;10(1):78.
64. Badri MA, Attia S, Ustadi AM. Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. *International journal of health care quality assurance*. 2009;22(4):382-410.
65. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Patient Experience*. 2017;5(2):101-6.
66. Alici B, Uzuntarla Y, Türkuğur Ü, Güleç M. Evaluation of satisfaction levels of the patients who applied to the emergency room of Gülhane Military Faculty of Medicine Training Hospital. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(2):121-6.
67. Chakraborty S, Saha S, Dasgupta I. Patient Expectations in the Emergency Department of a Super-Speciality Hospital. *Indian Journal of Emergency Medicine*. 2017:236.
68. Margaret ND, Clark TA, Warden CR, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction in the emergency department—a survey of pediatric patients and their parents. *Academic Emergency Medicine*. 2002;9(12):1379-88.
69. Korkmaz T, Balaban B, Onder H, Saricil F. The effect of patient qualifications and number of patient accompanist on patient's satisfaction. *Turkish journal of emergency medicine*. 2016;16(3):93-7.
70. Milano A, Dalawari P, McGregor AJ, Meloy PG, Kalantari A, Kirby SE, et al. Emergency department evaluation of patient satisfaction. Does physician gender impact Press Ganey scores? A multicenter study. *The American journal of emergency medicine*. 2018.

71. Abdulwahid MA, Booth A, Kuczawski M, Mason SM. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emerg Med J.* 2016;33(7):504-13.
72. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Internal and emergency medicine.* 2015;10(2):171-5.
73. Pfeil M-N, Yersin B, Trueb L, Feiner A-S, Carron P-N. A retrospective study of complaint letters sent to a Swiss Emergency Department between 2009 and 2014. *Revue d'épidémiologie et de sante publique.* 2018;66(1):75-80.
74. Giordano LA, Elliott MN, Goldstein E, Lehrman WG, Spencer PA. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. *Medical Care Research and Review.* 2010;67(1):27-37.
75. Elliott MN, Zaslavsky AM, Goldstein E, Lehrman W, Hambarsoomians K, Beckett MK, et al. Effects of survey mode, patient mix, and nonresponse on CAHPS® hospital survey scores. *Health services research.* 2009;44(2p1):501-18.
76. Davenport PJ, O'Connor SJ, Szychowski JM, Landry AY, Hernandez SR. The relationship between emergency department wait times and inpatient satisfaction. *Health Mark Q.* 2017;34(2):97-112.
77. Bos N, Sizmur S, Graham C, van Stel HF. The accident and emergency department questionnaire: a measure for patients' experiences in the accident and emergency department. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(2):139-46.
78. Komisyonu BK. Ulusal Sağlık Servisi (NHS) Ulusal Hasta Anketi Programı: Bakım Kalitesi Komisyonu; 2018 [<http://www.cqc.org.uk>. adresinden 08/03/2018 tarihinde indirilmiştir].
79. Commission CQ. The fundamental standards: Care Quality Commission; 2017 [updated 29 May 2017. <http://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/fundamental-standards>. adresinden 08/03/2018 tarihinde indirilmiştir].
80. Akuh A, J. MG, L. CR, M. LC, J. WJ, J. KD. Patient-Centered Medical Home Membership Is Associated with Decreased Hospital Admissions for Emergency Department Behavioral Health Patients. *Population Health Management.* 2018;21(3):172-9.
81. Boyle A, Abel G, Raut P, Austin R, Dhakshinamoorthy V, Ayyamuthu R, et al. Comparison of the International Crowding Measure in Emergency Departments (ICMED) and the National Emergency Department Overcrowding Score (NEDOCS) to measure emergency department crowding: pilot study. *Emerg Med J.* 2016:emermed-2014-203616.
82. Gray B, Boshoff C. The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African journal of business management.* 2004;35(4):27-37.
83. Woodside F. Daly.(1989). Linking service quality, customer satisfaction, and behavioral intention. *Journal of Health Care Marketing.*
84. Bikker AP, Thompson AG. Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Social Science & Medicine.* 2006;63(6):1671-83.
85. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(1):39-46.

86. Carlin CS, Christianson JB, Keenan P, Finch M. Chronic illness and patient satisfaction. *Health services research*. 2012;47(6):2250-72.
87. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;14.
88. Abrahamsen Grøndahl V, Hall-Lord ML, Karlsson I, Appelgren J, Wilde-Larsson B. Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. *International journal of health care quality assurance*. 2013;26(1):37-54.
89. Xiao H, Barber JP. The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value in health*. 2008;11(4):719-25.
90. Emhan A, Bez Y. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010;37(3):241-7.



## 8. EKLER

### 8.1. Ek 1. Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi

#### ACIL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİ ANKETİ (FORM 1)

*Değerli hastamız;*

*Sizlere acil servisimizde tedavi gördüğünüz sürece daha iyi hizmet verebilmek amacı ile bu anketi düzenledik. Bu anket bir tez çalışmasıdır. İlginize teşekkür ederiz.*

*Arş.Gör.Dr. Mehmet Yılmaz*

*Doç.Dr. Celal KATI*

*mehmet.yilmaz@omu.edu.tr*

**!Anketi acil servisimize son başvurunuzu ve sadece acil servisimizde kaldığınız süreyi dikkate alarak cevaplayınız.**

1- Anketin Doldurulduğu Tarih: ..... / ..... / .....

Acil Serviste/Gözlemde kaldığımız süre: .....

2- Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

3- Yaşınız:.....

4- Eğitim Durumunuz:

Okur Yazar Değil

İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksekokul

Üniversite

5- Mesleğiniz:

Memur

İşçi

Esnaf

Çiftçi

Ev hanımı

Emekli

Serbest

Diğer.....

6- Sosyal Güvenceniz:

SGK

Güvencem Yok

7- Hastaneye geliş şekliniz:

a.Doğrudan hastaneye başvurduğum

b. Başka kurum tarafından sevk edildim

8. Medeni Durumunuz:

a.Evli

b. Bekar

c. Diğer

9. Aylık gelir durumunuz:

a.) 1500TL altı b)1500-4000TL c) 4000-8000TL

d) 8.000TL üzeri

10. İkamet ettiğiniz yer:

a) İl

b) İlçe

c)Kasaba

d.)Köy

İsmi.....

11. Acil Servisimize hangi sıklıkla başvuruyorsunuz?

a) Ayda birkaç kez b) Ayda bir c) 3 Ayda bir d)Yılda bir/daha az e) İlk kez

12. Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

13. Doktorların tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

14. Doktorunuz tarafından size yeterince bilgi verildi mi?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

15. Hemşirelerin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

**ACİL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİ ANKETİ  
( FORM 2 )**

**16. Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**17. Diğer yardımcı personelin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**18. Acil Servis çalışanlarının ekip çalışmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**19. Acil Servisimizin teknik donanım ve ekipman yeterliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**20. Acil Servisimizde hasta kabul ve sekreter işlemleri sırasında aldığınız hizmeti nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**21. Acil Servisimizde tedavi olduğunuz sürece bulunduğunuz fiziksel mekanın konforunu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**22. Acil Servisimizin genel temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**23. Kullandığınız tuvalet ve banyonun temizliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**24. Acil Servisimizde mahremiyetinize gösterilen saygıyı nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**25. Acil Servisimizin fiziksel ortamını ve havalandırma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**26. Acil servisimizde yeme-içme imkânlarını nasıl buldunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**27. Acil Servisimizde gürültü düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**28. Acil serviste kaldığınız süre içerisinde yakınınızın yanınızda olmasını ister miydiniz?**

Evet  Hayır

**29. İleride yine Acil Servisimizi tercih eder misiniz?**

Evet  Hayır

**30. Genel olarak değerlendirdiğinizde Acil Servisimizden aldığınız hizmetten memnun kaldınız mı?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**Varsa Önerileriniz:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 8.2. Ek 2 Tez Orjinallik Raporu

# ACİL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*Yazar Mehmet Yılmaz*

---

Gönderim Tarihi: 25-Mar-2019 10:33AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1099304550

Dosya adı: mehmetyilmazacil.docx (1.82M)

Kelime sayısı: 25233

Karakter sayısı: 174579



## ACİL SERVİSTE HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORIJINALLIK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%7

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%3

YAYINLAR

%6

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Submitted to Kocaeli Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

%1

2

Submitted to Beykent Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

%1

3

iibf.erciyes.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

4

meramtip.com.tr

İnternet Kaynağı

%1

5

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

%1

6

Submitted to Canakkale Onsekiz Mart  
University

Öğrenci Ödevi

<%1

7

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%1

8

tez.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%1

9	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	<%1
10	dosyamerkez.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
11	hastaneler.erciyes.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
12	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
13	Submitted to Düzce Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
14	www.akademikbakis.org İnternet Kaynağı	<%1
15	www.ulusaltezmerkezi.net İnternet Kaynağı	<%1
16	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
17	servergazidh.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
18	4181.indexcopernicus.com İnternet Kaynağı	<%1
19	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1

openaccess.inonu.edu.tr:8080

- 20 İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 21 KABAROĞLU, Kerem, EROĞLU, Serkan Emre, ONUR, ECMEL. Özge, DENİZBAŐI, Arzu and AKOĞLU, Haldun. "Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılması", Marmara Üniversitesi, 2013. Yayın <% 1
- 
- 22 www.eajem.com İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 23 saglikilan.com İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 24 Submitted to Karabük Üniversitesi Öğrenci Ödevi <% 1
- 
- 25 issuu.com İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 26 acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 27 library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 28 www.ankaramikrobiyoloji.org.tr İnternet Kaynağı <% 1
- 
- 29 ÖNSÜZ, Muhammet Fatih, TOPUZOĞLU, Ahmet, CÖBEK, Utku Can, ERTÜRK, Sercan, <% 1

YILMAZ, Fatma and BİROL, Selim. "İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi", Marmara Üniversitesi, 2008.

Yayın

---

30 Submitted to Recep Tayyip Erdogan University <% 1  
Öğrenci Ödevi

---

31 gih.diva-portal.org <% 1  
İnternet Kaynağı

---

32 MERSİNLİOĞLU, Gül and ÖZTÜRK, Havva. <% 1  
"Acil Servise Başvuran Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi", Logos Yayıncılık, 2015.  
Yayın

---

33 Submitted to Siirt Üniversitesi <% 1  
Öğrenci Ödevi

---

34 acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 <% 1  
İnternet Kaynağı

---

35 igdiradsm.gov.tr <% 1  
İnternet Kaynağı

---

36 ULUDAĞ, Ayhan and ZENGİN, Nazmi. <% 1  
"Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği", Anadolu Üniversitesi, 2016.  
Yayın

---

37 ppgca.evz.ufg.br  
İnternet Kaynağı <% 1

38 www.berjournal.com  
İnternet Kaynağı <% 1

39 sagbil.mehmetakif.edu.tr  
İnternet Kaynağı <% 1

40 GÜL, H. Cem, COŞKUN, Ömer, TURHAN,  
Vedat, BEŞİRBELLİOĞLU, Bülent A.,  
BİLGETÜRK, Aybars, ERDEM, Hakan, AVCI, İ.  
Yaşar, GÖRENEK, Levent and EYİGÜN, Can  
Polat. "Bruselloz: 140 olgunun geriye dönük  
olarak irdelenmesi", Türk Silahlı Kuvvetleri,  
2007.  
Yayın

41 www.jret.org  
İnternet Kaynağı <% 1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyograf yayı Çıkart

Kapat

Dr. Dr. Celal KATI  
OMU Tıp Fakültesi Hastanesi  
Açık Tıp AD.  
Dip. No: 86143-92555

Dr. Mehmet YILMAZ  
OMU Tıp Fakültesi  
Açık Tıp AD.  
Dip. No: 144878