2024

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEZAİ CAN ÖZTÜRK



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİNE YÖNELİK HASTA DEĞERLENDİRMELERİ: ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sezai Can ÖZTÜRK

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİNE YÖNELİK HASTA DEĞERLENDİRMELERİ: ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sezai Can ÖZTÜRK

Doç. Dr. Keziban AVCI

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Entegre Sağlık Kampüslerine Yönelik Hasta Değerlendirmeleri: Ankara Etlik Şehir Hastanesi Örneği

Sezai Can ÖZTÜRK

Yüksek Lisans Tezi

26.08.2024

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Keziban AVCI

Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Umut BEYLİK
Doç. Dr. Keziban AVCI
Doç. Dr. Özlem ÖZER

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
18-11-2024

Sezai Can ÖZTÜRK

TEŞEKKÜR

Çalışma sürecinde bana rehberlik eden, bilgisi ve tecrübesi ile her zaman beni aydınlatan, benim yanımda olan ve çalışma disiplini ile yol bulduğum değerli tez danışmanım Doç. Dr. Keziban AVCI'ya; tez yazım sürecinde değerli bilgilerini her daim benimle paylaşan çok kıymetli Dr. Aylin DEMİRCİ, Dr. Ferhat BAŞ ve Mühide AĞIRDICI'ya çok teşekkür ederim.

Her koşulda yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen aileme, annem Berrin ÖZTÜRK'e, babam Ahmet ÖZTÜRK'e, kardeşim Merve ÖZTÜRK'e ve kıymetli eşim Selin ÖZTÜRK'e çok teşekkür ederim.

Çalışmamda çok büyük destekleri olan Doç. Dr. Bülent GÜNGÖRER ve Levent BARDAK olmak üzere Ankara Etlik Şehir Hastanesinin değerli yöneticilerine ve çalışanlarına çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **vi**
ABSTRACT ..... **vii**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **viii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **ix**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1 Sağlık ve Sağlık Hizmetleri 4
2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Önemi 5
2.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 5
2.1.3 Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 8
2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı 8
2.2.1 Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedefleri 11
2.2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastaneler Üzerine Etkisi 13
2.3 Şehir Hastaneleri 14
2.3.1 Şehir Hastanelerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı İçerisindeki Rolü 15
2.3.2 Şehir Hastanelerinin Proje Finansman Modeli ve Yönetimi 16
2.3.3 Şehir Hastanelerinin Sağlık Sistemindeki Pozisyonu 17
2.4 Sağlık Hizmetlerinde Kalite 21
2.4.1 Sağlıkta Kalite Standartları ve Akreditasyon 23
2.4.2 Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Ölçmek ve Kullanmak 24
2.5 Hasta Deneyimi 24
2.5.1 Hasta Deneyimini Etkileyen Faktörler 26
2.5.2 Hasta Deneyimi ve Müşteri/Hasta Sadakati İlişkisi 28
2.5.3 Hasta Deneyimini Ölçme Yöntemleri 29
3. MATERYAL VE YÖNTEM **34**
3.1 Araştırmanın Amacı ve Modeli 34
3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi 35
3.3 Veri Toplama Araçları 36
3.4 Verilerin Analizi 37
3.4.1 Geçerlik Analizi 38

3.4.2 Güvenirlik Analizi 43
3.5 Etik Kurul 44
3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları 44
4. BULGULAR 45
5. TARTIŞMA 59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 70
7. KAYNAKLAR 73
8. EKLER 86
EK-1 Üniversite Etik Kurul Onay Belgesi 86
EK-2 Hastane Çalışma Onayı 87
EK-3 Ayaktan Hasta Anketi Soru Formu 88
EK-4 Yatan Hasta Anketi Soru Formu 90
EK-5 Özgeçmiş 92

ÖZET

Entegre Sağlık Kampüslerine Yönelik Hasta Değerlendirmeleri: Ankara Etlik Şehir Hastanesi Örneği

Sağlık hizmetleri; kişilerin rahatsızlığına yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici uygulamaların kişilerin talepleri doğrultusunda farklı görevlerdeki sağlık personelleri tarafından yerine getirilmesidir. Sağlık hizmetinin en önemli amaçlarından biri hizmet alan kişilerin, sağlık düzeyini iyileştirmek ve sağlık hizmetine ilişkin iyi bir deneyim ve memnuniyet ile sağlık kuruluşundan ayrılmasını sağlamaktır. Verilen hizmetin kalitesini değerlendirmek için kişinin deneyiminin ölçülmesi önemlidir. Bu nedenle çalışmada, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmek için şehir hastanelerinden hizmet alan hastaların hastane süreçleri ile ilgili deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Şehir hastanelerinden hizmet alan hastaların deneyimlerinin değerlendirilmesi, hizmetin etkinliği ve verimliliğini belirlemek ve süreçleri iyileştirmek için sağlık politikasına yön verenlere ve sağlık yöneticilerine katkı sağlayacaktır.

Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın verileri, ayaktan hasta deneyimi için "Bakım Kalite Komisyonu- Care Quality Commission (CQC)" ölçeği ve yatan hasta deneyimi için 'Hastane Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemleri Tüketici Değerlendirmesi - Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)" ölçekleri kullanılarak taburculuk işlemleri bittikten sonra yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Tüm ölçeklerin sonuna katılımcıların tavsiye olasılıklarını değerlendirmek için Net Tavsiye Puanları (NTP) eklenmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS v.23 programı kullanılmıştır.

Elde edilen bulgularda; katılımcıların tatmin düzeyinin yüksek olduğu, bireysel özelliklerinin hasta deneyimlerini etkilediği ve hasta deneyimi alt boyutları ile tavsiye puanları arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalar ile kıyaslandığında bulguların uyumlu olduğu gözlemlenmiştir. Genel olarak hastaların deneyimlerinin olumlu olduğu ancak alt boyutlarda iyileştirme çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Entegre sağlık kampüsü, hasta deneyimi, kalite, sağlık hizmeti, şehir hastanesi

ABSTRACT

Patient Evaluations For Integrated Health Campuses: The Example Of Ankara Etlik City Hospital

Health services are the implementation of preventive, treatment and rehabilitative practices for people's illnesses by health personnel in different positions in line with the demands of the people. One of the most important goals of health services is to improve the health level of the people receiving the service and to ensure that they leave the health institution with a good experience and satisfaction regarding the health service. It is important to measure the person's experience in order to evaluate the quality of the service provided. Therefore, the aim of the study was to determine the experiences of patients receiving service from city hospitals regarding hospital processes in order to evaluate the quality of the health service provided. Evaluating the experiences of patients receiving service from city hospitals will contribute to those who direct health policy and health managers in order to determine the effectiveness and efficiency of the service and to improve the processes.

The data for this cross-sectional, descriptive study were collected using the "Care Quality Commission (CQC)" scale for outpatient experience and the "Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)" scale for inpatient experience via a face-to-face survey method after the discharge procedures were completed. Net Promoter Scores (NTP) were added to the end of all scales to assess the participants' likelihood of recommendation. IBM SPSS v.23 program was used in the analysis of the data.

The findings revealed that the satisfaction level of the participants was high, individual characteristics affected patient experiences, and there was a moderate relationship between patient experience sub-dimensions and recommendation scores. When compared with studies in the literature, it was observed that the findings were consistent. It was determined that patients' experiences were generally positive, but there was a need for improvement in the sub-dimensions.

Keywords: Integrated health campus, patient experience, quality, healthcare, city hospital

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
CMS	: Centers for Medicare & Medicaid Services
CQC	: Care Quality Commision
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
NHS	: National Health Service
NTP	: Net Tavsiye Puanı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TUSİAD	: Türkiye Sanayiciler ve İş Adamları Derneği
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. *T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi* 19
Şekil 2. *Araştırma Modeli*..... 34

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. *T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Yatak Sayıları* 20

Tablo 2. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları* 39

Tablo 3. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları* 42

Tablo 4. *Ayaktan Hastaların Bireysel Özellikleri* 45

Tablo 5. *Ayaktan Hastaların Son 1 Yılda Hastaneye Başvuru Sıklığı ve Başvuru Nedenleri* 46

Tablo 6. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Sorular ve Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler* 47

Tablo 7. *Ankara Etlik Şehir Hastanesi Ayaktan Hastaların Hastaneye İlişkin Net Tavsiye Puanları (NTP)* 48

Tablo 8. *Ankara Etlik Şehir Hastanesi Ayaktan Hastaların Poliklinik Hizmetlerine İlişkin Genel Algı Düzeyleri* 49

Tablo 9. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutları, Poliklinik Genel Algı ve NTP'nin Bireysel Özellikler ve Hastaneye Başvuruya İlişkin Sorulara Göre Karşılaştırılması* 50

Tablo 10. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutları, Poliklinik Genel Algı ve NTP Arasındaki Korelasyon Değerleri* 52

Tablo 11. *Yatan Hastaların Bireysel Özellikleri* 53

Tablo 12. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Sorular ve Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler* 54

Tablo 13. *Ankara Etlik Şehir Hastanesinde Yatan Hastaların Hastaneye İlişkin Net Tavsiye Puanları (NTP)* 55

Tablo 14. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutları ve NTP'nin Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması* 57

Tablo 15. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutlar ve NTP Arasındaki Korelasyon Değerleri* 58

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetinin en önemli amacı, hizmet alan kişilerin sağlık düzeyini iyileştirerek, sağlık hizmeti kalitesine ilişkin iyi bir deneyim yaşamasını ve memnuniyet ile hastaneden ayrılmasını sağlamaktır. Sağlık sistemlerinin kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesinde önemli bir kalite göstergesi olarak kabul edilen hasta deneyimleri; hastaların ihtiyaçlarını karşılamak, memnuniyetlerini artırmak ve iyileştirmeler yapmak için faydalıdır (Zun vd., 2019). Bu nedenle hasta deneyimlerinin ölçülmesi sıklıkla tercih edilmektedir. Bu ölçümler sağlık hizmetlerini iyileştirmek için önemli bilgiler sağlamaktadır (Chung vd., 2023). Aynı zamanda bu ölçümler, sağlık politikalarının formülasyonu ve yönetiminde, yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesi ve hakların korunmasında, sağlık bakımını desteklemek için hasta politikası perspektifinde önemli araçlardır (Kim-Soon vd., 2022). Sunulan hizmetin yeterliliği, hastanın kurum hakkında zaman içinde edindiği algısal hizmet kalitesi düzeyinin bir sonucudur. Bu algı aynı zamanda kurumun belirli bir hizmete ilişkin gerçek performansına da bağlıdır (Almomani vd., 2020).

Hasta memnuniyetini arttırmak, güvenilir olmak ve müşteri sadakati kazanmak gibi stratejiler günümüzde sektörde rekabet edebilmek için vazgeçilmez gerekliliklerden olmuştur. Bu gereklilikleri başarılı bir şekilde yerine getirmek için hizmeti deneyimleyen müşterinin sesini dinlemek gerekmektedir. Gelişen rekabet ortamında günümüzde, sağlık hizmet sunucuları da hastalara sadece tıbbi tedavi ve bakım sunmakla yetinmeyip, aynı zamanda yüksek standartlarda konfor sunmaktadır. Dolayısıyla hasta deneyimlerinden yola çıkan hasta görüşleri, sağlık hizmet sunucuları için önemli bir bilgi kaynağı haline gelmektedir. Bu bilgi kaynağının, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yönetilmesinde, kalite göstergelerinin vazgeçilmezi olması sağlanmalıdır. Güzel tecrübeler, insanların unutulmaz deneyimlere ve anılara sahip olması tatmin ve sadakati sağlamaktadır (Ho vd., 2006).

Deneyimleri olumlu olan tatmin olmuş hastalar, sağlık hizmeti sunucularına uzun süreli kazanç sağlamakta ve hastaların pozitif davranışları (hastaneyi methetme veya tavsiye etme gibi) rekabet gücünü arttırmaktadır (Naidu, 2009). Mevcut müşteriyi elde tutmak, yeni müşteri çekmekten çok daha uygun maliyetli olduğu için

sadık müşteriler bir işletmenin sektörde ayakta kalması yönünden aşırı derecede önemlidir. Yeni müşteri çekme maliyetleri yükseldikçe ve rekabet arttıkça, hizmet sunucular stratejik organizasyonlarını müşteri sadakati üzerinde daha fazla odaklamaya başlamışlardır (Arab vd., 2012). İşletmeler açısından müşteri sadakati 21.yüzyılın para birimi olarak, sağlık kuruluşları için ise hasta sadakati sektörde en önemli rekabet aracı olarak görülmektedir (Wu, 2011)

Hasta deneyimi, sağlık sisteminin ne derece etkili ve verimli çalıştığının kritik göstergelerindendir ve bu nedenle, sağlık hizmet sunucularında hasta deneyimini iyileştirmek yöneticiler, klinik liderler ve politika yapıcılar için önemli öncelikler arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetini kullanan hasta; en iyi bakımı, yüksek kalitede hizmetle birlikte alma beklentisindedir. Bu kapsamda sağlık hizmetinde yolculuğun her adımını birbirine bağlayarak yolun tamamını deneyimleyen tek aktör hastadır. Bu nedenle hastaneler, bireysel hasta yolculuğunu keşfedip anlayarak sağlanan hizmetin kalitesini önemli ölçüde artırabilir (Ben-Tovim vd., 2008). Olumsuz deneyimler bildiren hastaların, tedaviye yanıt verme süreleri uzamış ve yeterince uyum sağlayamamışlardır. Hasta deneyimlerinin olumsuz olması, hastaların sağlık durumları ve tedavileri üzerinde etkili olduğu kadar, yükselen hizmet maliyetleri boyutunda da önemli etkiler göstermektedir (Chatterjee vd., 2012).

Literatürde hasta deneyimini konu alan çalışmalar “halk sağlığı” ve “deneyimsel pazarlama” olmak üzere iki temel başlık altında toplanmaktadır. Halk sağlığı, hasta deneyimini, sonuç tatmini, kalite ve memnuniyet gibi kavramlarla birlikte işlerken; deneyimsel pazarlama, daha duygusal alanlara yoğunlaşarak duygu, öznel algı ve deneyim kavramları ile incelemektedir. Birinci başlık yaygın şekilde kullanılmakta ve geleneksel memnuniyet anketleri yoluyla genellikle olumlu sonuçlar elde etmekte, sağlık hizmet sunumundaki belirli sorunlara odaklanamamaktadır. Deneyimsel yöntem ise sağlık hizmet sunucularındaki faaliyetler için daha az sayıda çalışma içermekte, ancak hizmet sunucularına rekabet avantajları sağlaması yönünden büyük önem taşımaktadır (Jenkinson vd., 2002).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Türkiye’de sağlık hizmetlerine olan talebin artması nitelikli hastanelere ve yataklara da talebin artmasını beraberinde getirmiştir. Bu kapsamda son yıllarda Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeli ile entegre sağlık kampüsleri, bir başka ifade ile şehir hastaneleri kurulmuştur. Sağlık sisteminde

coğrafi olarak dağınık ve farklı düzeylerdeki sağlık kurumları arasındaki ilişkilerin merkezi bir sistem içinde bütünleştirilmesi, yönetim süreçleri açısından çok parçalı yapıların ilişkilendirilmesi ve maliyetin özel sektör girişimcilerine yansıtılarak finansal risklerin paylaşılması amacı taşıyan bu hastaneler, çok sayıda ve çeşitli sağlık hizmetlerini bir arada sunmak üzere tasarlanmıştır (Atasever vd., 2018; Pala vd., 2018). Büyük bölgesel tıp merkezleri olarak yapılandırılan şehir hastanelerinin kurulmasındaki amaç, sağlık ihtiyaçlarını ileri teknoloji ve nitelikli insan kaynağı ile karşılamak ve hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırmaktır. Yenilenen ve yeniden yapılandırılan hastaneleri olan büyük ve bölgesel tıp merkezleri aracılığı ile Türkiye, hem sunduğu sağlık hizmetinin kalitesini artırmayı hem de küresel sağlık pazarında üst sıralara yükselmeyi amaçlamaktadır (Akdağ, 2012). Bu amaç doğrultusunda faaliyete geçen şehir hastanelerinden hizmet alan hastaların hizmete ilişkin değerlendirmelerini belirlemek bu çalışmanın odak noktasıdır. Bu kapsamda çalışmada, şehir hastanelerinden hizmet alan hastaların hastane süreçleri ile ilgili deneyimlerini ölçmek amaçlanmaktadır. Bu nedenle şehir hastanelerinden hizmet alan hastaların değerlendirilmesi, hizmetin etkinliğini ve verimliliğini belirleyerek, süreçleri iyileştirmek için sağlık politikasına yön verenler ve sağlık yöneticilerine katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmanın amacı, Ankara Etlik Şehir Hastanesinden hizmet alan hastaların deneyimlerinin değerlendirilmesidir. Ayaktan ve yatan hastaların, bireysel özellikler ve hastaneye başvuru durumlarına göre deneyimleri, poliklinik genel algıları ve tavsiye skorları açısından karşılaştırmalar yapmaktadır. Bunun yanı sıra araştırma kapsamında ayaktan hasta deneyimi, poliklinik genel algı ve tavsiye skorları arasındaki ilişki ve yatan hasta deneyimi ile tavsiye skoru arasındaki ilişkinin incelenmesi bu araştırmanın diğer bir amacıdır. Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın ikinci bölümünde konuya ilişkin literatür bilgileri sunulmuş, üçüncü bölümde materyal ve yöntem açıklanmış, dördüncü bölümde çalışmanın bulgularına, beşinci ve altıncı bölümlerde ise bulgulara yönelik tartışma, sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık, tanımı yapılmakta oldukça zorlanılan karmaşık bir kavramdır (Larson, 1991). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık; 'sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; beden, ruh ve sosyal yönden tam iyilik hali' şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1948). Bu kavramın tanımı, içinde bulunulduğu tarihsel döneme, kültüre ve sosyal yapıya bağlı değişiklikler göstermektedir (Larson, 1991). Sağlık kavramı eski dönemlerde ve geleneksel bakış açısında, sadece hasta ve sakat olmama durumunu ifade etmektedir (Tengilimoğlu, 2009). Son yıllarda, sağlık üzerine olan algının büyük değişimi ve bu değişime yol açan tıp, teknoloji ve ekonomik vb. gelişmelerin etkisi, sağlığın yeniden tanımlanması ile ilgili beklentilerin artış göstermesi ve mevcut tanımlamaların yetersiz olduğu eleştirilerinin ana kaynağıdır (Larson, 1991).

Sağlık hizmetleri ise; farklı görevlerde sağlık personelinin bir arada bulunduğu, belirli kurum ve kuruluşlarca, toplumun ihtiyaç ve taleplerine yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri faaliyetlerini ülke genelinde yürütmek üzere, organize edilmiş kalıcı ve sürdürülebilir bir sistemdir (Çıraklı & Sayım, 2009). Bir başka tanımda ise sağlık hizmetleri; "bireylerin ve toplumun tümünün fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan dengeli yaşamını idame ettirebilmesi için gerekli hizmetlerdir" şeklinde ifade edilmiştir (Mutlu & Işık, 2012).

Sağlık hizmetleri tıpkı sağlık gibi farklı otoriterlerce farklı şekillerde tanımlansa da bu tanımların ortak noktaları mevcuttur. Sağlık hizmetleri farklı ülkelerde kamu kurumları ve özel sektör eliyle sunulmaya çalışılmaktadır. Bazı otoritelere göre sosyal bir hak olarak görülmekte ve sosyal devletin tüm sağlık hizmetlerini karşılaması gerektiği düşünülmektedir (Zengin, 2010). Diğer bir gruba göre de bu düşünce ekonomik, sosyal ve kültürel yapılar nedeniyle bireysel bir hizmet olarak görülmektedir (Atabay, 2022). Ülkemizde yapılan düzenlemeler ile bu hizmetler; ağırlıklı olarak kamu tarafından yönetilmiş, özel sektöre olan teşvikler de devam ettirilmiştir (Yıldırım vd., 2018). Bu durum, 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ile düzenlenmiş olup yasanın birinci maddesinde sağlık hizmetlerinin amacı net bir şekilde açıklanarak güvence altına alınmıştır: "Sağlık kurum ve

kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir" (Sargutan, 1996).

2.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Önemi

Sağlık hizmetleri ve genel anlamda tüm sağlık sektörünün varoluş sebebi ve sağlık hizmetleri sektöründe arz ve talep oluşturan tüm piyasa unsurlarının ortak amacı; toplumu oluşturan bireylerin her birinin sağlık yönünden tam bir iyilik halinde olmasını sağlamak ve bu iyilik halini koruyarak ve geliştirerek toplumun sağlığını geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu amaç; kişi, toplum ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri sektörünün tüm unsurlarını kapsamakta ve bu yöntemle ulaşılması planlanan son hedef sağlık düzeyi ölçütleri gelişmiş dünyayı oluşturmaktır (Sargutan, 2005).

Sağlık hizmetleri incelenen kavramlar ile ele alındığında kişiler ve toplumlar açısından büyük önem arz etmektedir. Sosyal ve iktisadi yönden gelişmişlikle bire bir ilişkili olan sağlık hizmetleri, çok boyutlu ele alındığında insan odaklı olmasının yanı sıra ulusal gelişmişlik kriterleri açısından incelendiğinde birçok farklı alanda ölçüt olarak kabul edilmektedir.

2.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sınıflandırılması, verilen hizmet kapsamında, hizmetin veriliş şekliyle veya finans farklılıkları gibi parametrelere göre literatürde farklı sınıflandırma biçimleriyle yer almaktadır. Yaygın olarak, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık hizmetlerinin geniş bir yelpazede olması ve organize bir şekilde sunulup finanse edilmesinden dolayı koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır (Ateş, 2012).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Toplum ve kişi sağlığının bozulmasını engellemek ve iyi yönde geliştirilmesi için toplumu oluşturan kişiler ve çevreye yönelik alınacak tüm tedbirleri ve politikaları ifade etmektedir. Bu hizmetler sağlık sektöründe, maliyet açısından kamu üretiminde en verimli olanlardandır (Çıraklı & Sayım, 2009).

Sağlık hizmetlerinde, kişilere yönelik oluşabilecek hastalık ve maluliyetleri engellemek neticesinde ölümleri önleyici ve sağlıklı yaşam süresini arttırıcı koruyucu sağlık hizmetlerinin üzerinde durulması, sağlığa yapılan harcamaların bütçe içerisindeki payını azaltmanın en önemli ve kısa yoludur. Direkt sağlık hizmeti olarak değerlendirilen ve sağlık hizmet sunucuları yoluyla verilen; bağışıklama (aşılama), erken tanı hizmetleri ve erken tanıya uygun nitelikli tedavi ve bu hizmetlerin yanı sıra çevre sağlığı (dolaylı sağlık hizmeti) olarak nitelendirilen; temiz ve içilebilir su, çöp ve diğer zararlı atıkların ıslahı, hava kirliliğinin engellenmesi, sağlıklı barınma imkanlarının geliştirilmesi ve sunulması gibi hizmetler diğer sağlık hizmetlerine göre sunumu daha kolay, (ekonomik- cost effective) az maliyetli ve (cost benefit) çok daha faydalıdır (Akdur, 2001).

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Bireylerin hastalık, sakatlık veya yaralanma gibi durumlarla karşılaşmaları neticesinde, kısacası sağlık durumunun bozulması halinde, bireyin sağlık durumunu iyileştirmeye veya eski haline döndürme amacıyla direk olarak kişiye yönelik uygulanan sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç farklı düzeyde ve bu üç düzeye ait sağlık hizmet alanlarında verilmektedir (Akdur, 2006):

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Kişilerin rutin sağlık takiplerini yaptırabildiği, tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin de verildiği, ülkemizde nüfus yoğunluğuna göre konumlandırılan aile sağlığı merkezleri, sağlıklı yaşam merkezleri vb. sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar, dal uzmanlığı gerektirmeyen hastalıklarda; tıbbi müdahaleler, ayaktan muayeneler, basit cerrahi girişimler gibi sağlık hizmetleri sunmaktadır.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilere, dal uzmanlığı mevcut doktor, tanı koymaya yönelik tahlil ve tetkik altyapısı olan ve gerekli durumlarda yataklı tedavi hizmeti de sunabilen tedavi kurumlarıdır.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların tanı koymada ve tedavide yetersiz kaldığı uzmanlık alanı, tetkik ve tedavilerde ihtiyaç duyulan yüksek teknolojik donanım ve klinik bazında uzman ve akademik unvanlı hekimlerin bulunduğu sağlık kurumlarıdır. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve branş hastanelerinin bazıları üçüncü basamak sağlık kurumlarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Tedavi edici sağlık hizmetleri genel olarak ikinci ve üçüncü basamak ile branş hastaneleri tarafından sunulan; ön muayene, tetkik, tahlil ve girişimsel işlemler ile kesin tanı ve teşhis koyma, tıbbi müdahale gerektiren durumlarda, ayaktan veya yatarak medikal tedavi, invaziv veya cerrahi işlem gibi uygulamalarla sonuçlandırılan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri kısaca "kaza, hastalık veya yaralanma gibi durumlardan sonra kişide oluşan sağlık durumundaki olumsuz durumun düzeltilmesine ve kişinin ölüm riskini engellemek amacıyla hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından teknolojik donanımdan azami miktarda fayda sağlayarak verilen sağlık hizmetleridir (Ateş, 2012).

Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri: Sağlık durumunun bozulmasına neden olan hastalık, sakatlık, vücut bütünlüğünün bozulması ve vücutta oluşan travma vb. durumların tıbbi tedavisinden sonra, yitirilen fiziki ve sosyal becerilerin geri kazanımının sağlanması ve bireyin başka kişilere bağlı olmadan kendi başına hayatını idame ettirebilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir. Rehabilite edici tedavi hizmetleri ikiye ayrılmaktadır (Akdur, 2006):

Tıbbi rehabilitasyon: Hastalık, sakatlık veya travma neticesinde işlevini yitiren veya işlevini yeteri kadar gerçekleştirmekte zayıf kalan organın tıbbi tedavi, fizik tedavi veya tamamen işlevsiz kalan ve kaybedilen organ yerine nakil veya protez-ortez gibi uygulamalar yapılarak organın işlevini yeniden yerine getirmesine yönelik hizmetler tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.

Sosyal rehabilitasyon: Oluşan hastalık veya sakatlık sonucu eski sağlık durumuna ulaşamayan kişiler fiziksel veya psikolojik olarak sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bu nedenle, bu kişilerin ailesine, yakın çevresine ve topluma

ihtiyaç duymadan yaşamlarını idame ettirebilmeleri için yapabilecekleri işlerde çalıştırılması, kendi kendilerine yetemedikleri durumlar için sosyal hizmet kurumlarından yardım almaları ve mevcut olan durumlarına uygun olarak topluma uyum sağlayıcı hizmetlerinin tamamı sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Meslek edindirme uygulaması, toplumsal uyumunu destekleyici uygulamalar vb. faaliyetler sosyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamındadır.

2.1.3 Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi, kişilerin bilinçlendirilerek kendi sağlıklarını geliştirme ve kendi sağlık durumları üzerindeki hakimiyetlerini arttırma yeteneğini kazanmaları olarak adlandırılmaktadır. Sağlığı geliştirici hizmetler, yalnızca hastalıkları önlemeyi değil uzun vadede kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu, yaşam süresini, hayat kalitesi ve yaşam enerjisini yükseltmeyi hedeflemektedir (Samancıoğlu & Karadakovan, 2010). Bu hizmetler, kişide toplumsal uyum duygusunu, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam bilincini oluşturarak kişinin yaşam enerjisini yükseltirken şiddet, cinayet ve intihar gibi toplumsal huzuru bozucu sosyal sorunları azaltmaktadır (Bahar & Açıl, 2014).

2.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık sistemi kavramı DSÖ tarafından 2000 yılında, temel amacı sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve sürdürülebilir olmasını sağlayan faaliyetler bütünü olarak tanımlanmıştır. Bu, tüm resmi sağlık hizmetlerini, geleneksel şifacıların faaliyetlerini, ilaç kullanımını, evde bakımı ve sağlık dışı sistemlerin işleyişini etkileyerek direkt ve dolaylı olarak sağlığı iyileştirmeyi hedefleyen faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık sistemleri, bireyin sağlığını iyileştirme, bireyi hastalığın finansal maliyetine karşı koruma ve aynı zamanda onurlu bir şekilde tedavi etme sorumluluğuna sahiptir.

DSÖ kapsamına göre, her ülke dağınık, sistemsiz veya etkisiz dahi olsa, üç ana hedefi bulunan bir sağlık sistemine sahip olmalıdır:

- Toplumun sağlığını iyileştirmek,
- Vatandaşlarının haklı beklentilerine cevap vermek,
- Sağlığın bozulmasıyla oluşacak maliyetlere karşı korumak.

Ülkelerin sosyoekonomik yapısı ya da sağlık sisteminin nasıl düzenlendiğine bakılmaksızın bu üç ana hedefin de uygulanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu temel hedeflere ulaşmak için, DSÖ bir sağlık sistemi için dört temel fonksiyon sunmuştur. Bu fonksiyonlar:

- Sağlık hizmet sunumu,
- Sağlık için kaynak üretmek (yatırım ve eğitim),
- Sağlık finansmanı yaratmak,
- Yönetim.

DSÖ bu fonksiyonları belirlerken, sağlık sisteminin temel amacının toplumun sağlığını iyileştirmek olduğunu belirtmiş ve sistemin temel görevinin sağlık hizmetleri sunmak olduğunu ve diğer görevlerin sağlık hizmetlerinin sunumuna katkıda bulundukları için önemli olduğunu vurgulamıştır (John, 2007).

Ülkeler 1980'i izleyen dönemde idare anlayışlarını değiştirmişler ve yeni devlet politikaları ve yönetim anlayışlarına geçmişlerdir. Bu politikaların Türkiye'de sağlık sistemine yansıması SDP olarak uygulamaya geçmiştir. Program, 1982 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasa'sına uyumlu olarak ele alınmış ve geliştirilmiştir (Karar, 2013). SDP ile sosyalleşmiş sağlık hizmetleri günümüze kadar olan tecrübe ve birikimlerden, güncel yürütülen sağlık uygulamalarından dünyadaki diğer ülkelerde yürütülen başarılı uygulamalardan örnekler alınmıştır. Program dünya üzerindeki tüm küresel gelişmeleri hesaba katarak bununla birlikte sosyal ve ekonomik gerçekliklere zıt düşmeyecek, en önemli önceliği insanı odak noktasına koyan, yapısal, planlı ve sürdürülebilir bir program olarak hazırlanmıştır (Akdağ, 2010). SDP sonucunda öncelikli beklenti Sağlık Bakanlığına yönetim ve işlevsellik bakımından planlayıcı ve denetleyici bir görev belirlemektir. 2003 yılında uygulanmaya başlanan bu programın hayata geçirilmesi ile sağlık hizmet sunucuları çok başlılıktan kurtarılarak bir çatı altında birleştirilmiştir. Hayata geçirilen bu uygulamalara ilave olarak sağlık

kurumlarının idari ve mali işler açısından kendi kurumsal planlamalarını yapabilecekleri bağımsız bir yapı için çalışmalar yürütülmüştür. Aile hekimliği uygulaması, Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması ile toplumunun tamamının sağlık hizmeti kapsamına alınması ve kamu kaynaklarının yeterli olmadığı noktalarda özel sektörün teşvik edilmesi bu programın öngördükleri içerisinde sayılmıştır (Beylik vd., 2015). Sağlık sisteminde ortaya çıkan sorunlar kümesi Türkiye'de SDP'yi hızlı ve kararlı bir şekilde uygulamayı zorunlu hale getirmiştir.

Bu programın uygulanması ekonomik durumu güçlü olan ülkelerde daha kolayken bu ülkelere göre ekonomik durumu çok daha zayıf ve kırılgan olan ülkelerde daha zor uygulanabilmektedir (Sargutan, 2005). Ana hedef olağan gidişatın devamını sağlarken tüm paydaşların katılımını yükseltmek ve çalışma sistemini aktif roller alacak şekilde uyarlamaktır. Bu nedenle program, herkesi bir tek çatı altında toplayabilecek, hakkaniyeti ve adaleti gözetebilecek, yığılma ve bütçe maliyetlerinin azaltılmasını öngörmektedir (Akdağ, 2003).

SDP 8 ana başlık altında toplanmıştır:

1. İnsan Merkezlilik: Bireylerin istekleri ve beklentileri çerçevesinde doğrultusunda ilerlemek.
2. Sürdürülebilirlik: Sağlık sisteminin ülke kaynaklarına ve şartlarına uyumlu olması ve kendi kendine yeterek devamlılık halinde bulunması.
3. Katılımcılık: Sistemin gelişimi ve uygulanabilirliği için bütün tarafların görüşlerini ve önerilerini alarak uzlaşmacı bir ortam sağlamak.
4. Gönüllülük: Hizmette bulucak bütün birimlerin ve bireylerin belirlenmiş hedeflere yönelik davranmasını sağlayan ilkedir. Sistem de hizmet veren ya da alan herkesin zoraki değil gönüllü olması şarttır.
5. Uzlaşmacılık: Sektörler yönetim gereği çıkarlarını gözeterek ortak nokta arayışında olacaktır. Bu ilke ile yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarıyla birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
6. Güçler Ayrılığı: Hizmetin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini yapan ve hizmeti öğreten güçlerin birbirinden ayrılmasıdır. Böylece çıkar çatışması olmayacaktır.

7. Desantralizasyon: Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uyum sağlayarak yönetim ilkesinin gerçekleşmesidir.
8. Hizmette Rekabet: Hizmette rekabeti arttırarak sağlıkta kaliteyi artırmayı hedeflemektir.

2.2.1 SDP'nin Amaç ve Hedefleri

SDP'nin temel amaçları; tüm toplumun faydalanabileceği, adil, etkin, verimli ve günümüz şartlarına uyum sağlayan sağlık sistemi ve hizmet yapılanmasının geliştirilmesidir (Karar, 2013). Sağlık hizmet kullanımının her geçen gün artarak devam etmesi ve sağlık harcamalarının bütçedeki payının sürekli artışı kulak ardı edilemeyecek bir konudur (Tatar, 2011). Ülkemizde sağlık hesaplamalarının tanımlanması son dönemlerde politika belirleyicilerinin ciddiyetle üzerinde durdukları bir konu olmaya devam etmiştir. Amaçları belirlemek için mevcut kısıtlı imkanları sektör üzerindeki dağılımlarını takip ederek, geçmişte gözlenen hareketleri ve gelecekte nasıl olabileceği üzerinden durması açısından önem arz etmektedir (Mollahaliloğlu vd., 2003). SDP ile ülkemizde sağlık alanında en gerçekçi çalışmalar gündeme konulmuş, geçmişin tecrübe ve birikimleri ile kronik hale gelen sorunların üzerine gidilmiştir (MÜSİAD, 2009a; MÜSİAD, 2009b). Ayrıca, sağlık sistemini ve sağlık işgücünün çalışma ortamı ve koşullarını düzenleyerek hem planlı hem denetlenebilen bir organizasyon ortaya çıkarılmıştır (Karasu, 2011).

SDP, sağlık sistemini tüm boyutları ile ele almak üzere kurgulanmış olup bileşen ve alt bileşenlerden oluşmaktadır. Her bileşeni diğer bileşenler ile ilişkili olup temelde üç ana aşama üzerinde kurgulanmıştır. Birinci aşama başlangıç yılı olan 2003 ile 2009 yılları arasını kapsamaktadır ve hedef olarak belirlenen uygulamalar Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformunu ifade etmektedir. Bu aşamada sağlık sisteminin finansman yapısı düzenlenmeye başlanmıştır. İkinci aşama ise birinci aşamanın bitimine denk gelen 2009 ile 2014 arasındaki yılları kapsamakta ve Sağlıkta Dönüşüm ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerine yönelik uygulamaların ağırlıklı olarak planlanarak gerçekleştirilmesi amaçlanan uygulamaları ifade etmektedir. Aile hekimliği sistemi olarak adlandırılan sistemde birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenmeye başlanmıştır. SDP'nin üçüncü temel aşaması ise Kamu Hastane

Birlikleri 2 Kasım 2012'de oluşturmuştur. Kamu Hastane Birlikleri sistemi ile beraber sağlık sisteminin idari yönetiminde büyük değişiklikler gerçekleşmiş ve yerel yönetimlerce sağlık hizmetlerinin sunulması için 3 idari yapı oluşturulmuştur. Bu yapılar İl Sağlık Müdürlüğünü, Halk Sağlığı Müdürlüğünü ve kamu hastanelerini tek elde toplayan Kamu Hastane Birliğidir (Kırılmaz vd., 2015). Kamu Hastaneler Birliği, 25 Ağustos 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararname ile kapatılmıştır. Kanun ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve hizmetin sunumunda tekrardan merkeziyetçi bir yönetim sistemine geçilmiştir. Hastane yönetiminden başhekimler sorumlu tutulmuş ve buna bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulmuştur (Resmi Gazete, 2017). Uygulamanın çok başlılık oluşturduğu, kamu hastane birlikleri için oluşturulan genel sekreterlik sisteminin sağlıklı çalışmadığı gerekçesi ile bu sisteme son verilerek, yeni sağlık sisteminin tek başlı, sade ve verimli olacağı açıklamıştır (Özkan, 2024).

SDP ile yapılan dönüşüm ve yeniden yapılanma süreci sağlık hizmetleri yapısının teşkilatlanması, maliyet etkinliği, finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu açısından çok önemli değişimler sağlanmıştır (Bostan & Çiftçi, 2016). SDP ile amaçlanan ana bileşenler (Akdağ, 2003):

1. Sağlık Bakanlığının denetleme ve planlamada etkinliğini arttırmak,

2. GSS ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanması,

3. Tüm yurda yayılmış, kolay erişilebilir sağlık sistemi,

4. Sağlık insan gücünün eğitim, bilgi, beceri ve motivasyonunu arttırmak,

5. Sağlık sistemini eğitim ve bilim alanında besleyecek ve destekleyecek kurumlar,

6. Kalite ve akreditasyon kriterleri ile daha nitelikli ve verimli sağlık hizmetleri,

7. Stok, ilaç ve tıbbi cihaz yönetiminde merkezileşme ve kurumsallık,

8. Sağlık Bilgi Sistemi ile tüm ülkede doğru bilgiye erişim.

2.2.2 SDP'nin Hastaneler Üzerine Etkisi

SDP ile uygulanmaya başlayan reform süreci, sağlık hizmetlerinin sunulması, teşkilatlanması ve finansman modeli alanlarında önemli gelişmeleri yanında getirmiştir (Akdağ, 2010). SDP ile beraber idare ve teşkilatlanma, sağlık hizmet sunumu, finansman modeli ve insan kaynakları alanında hayata geçirilen değişiklikler Sağlık Bakanlığı'nın tanımlaması ile şu şekilde açıklanabilir: İdare ve teşkilatlanma yapısındaki değişiklikler, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarının yeniden yapılandırılması, birinci basamak olarak adlandırılan sağlık hizmet sunucularında aile hekimliği uygulaması ile yeniden yapılandırılması, kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığına bağlı Kamu Hastane Birlikleri kurularak tek çatı altına alınması, sağlık kurumlarında stratejik yönetimin aktif hale getirilmesi ve gereksiz bürokrasinin azaltılması, özel hastanelerin sağlık hizmet sunumu ve eczacılık konuları öncelik olmak üzere çok geniş ve kapsayıcı bir reform süreci gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmet sunumundaki reformlar aşağıdaki başlıklarda öncelikli olmak üzere yürütülmektedir (Sülkü vd., 2012):

- Hasta ve çalışan hakları,
- Hastane ve hastane hizmetlerinin yeniden yapılandırılması,
- Merkezi hastane randevu sistemi,
- Sağlık bilgi sistemi,
- Evde sağlık ve bakım hizmetleri,
- Sağlık kurumlarında performans sistemi,
- Sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon,
- Acil sağlık hizmetleri ve acil servisler.

SDP ile kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanması ve sosyal güvence sistemleri üzerine yapılan çalışmalar ile toplum genelinde sağlığa erişilebilirlik hedeflenmiş, GSS gibi tüm toplumun sağlığa erişimini arttırmayı planlayan sigorta uygulamalarının bu amaca katkı sağlaması planlanmıştır. SDP ile gelişen süreçte hastaneler üzerinde oluşan etkiler geniş çerçeveden ele alındığında öncelikle sağlık hizmet sunucularının poliklinik ve hasta yatak kapasiteleri belli düzeyde arttırılmış, ülke genelinde dağılımı planlanmıştır. Performansa dayalı sistem ve tam zamanlı çalışma uygulaması ile kamuda çalışan hekimlerin tek bir sağlık

kuruluşunda hizmet vermeleri ile kamu hastanelerindeki verimliliğin artması amaçlanmıştır. Sağlık sunumu için en önemli unsur olan sağlık çalışanı yetiştirilmesi için bazı düzenlemeler yapılmıştır. Maliyet etkinliğine yönelik sağlık harcamalarının düzenlenmesi ve finansal sürdürülebilirlik için de düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık hizmet sunumunun kalitesinin arttırılmasına, hasta ve çalışan memnuniyetine yönelik kalite ve akreditasyon çalışmalarına devam edilmektedir. Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) gibi finansman modelleri ile hastanelerin dönüşümüne bu süreçte başlanmış şehir hastaneleri ile bu hedeflerin bir kısmına ulaşılması planlanmıştır (Akdağ, 2012).

2.3 Entegre Sağlık Kampüsleri ve Şehir Hastaneleri

Birçok ülke, mevcut sağlık altyapılarında modern sağlık hizmetleri sağlamak amacıyla ciddi yatırımlar yapmak zorunda kalmıştır. Bu yatırımların bütçeye olan yükü, hükümetleri sağlık sektöründe farklı finansman uygulamalarına yönlendirmiştir (Bult-Spiering & Dewulf, 2008). Bu finansal zorlukların üstesinden gelebilmek için, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinde yenilikleri teşvik etmek ve uygulamayı kolaylaştırmak amacıyla KÖİ modelleri yaygın bir şekilde kullanılmaktadır KÖİ yöntemleriyle başarılı deneyimler yaşamış ülkeler arasında İngiltere, İtalya, Fransa, İspanya, Kanada, Avustralya ve Türkiye yer almaktadır (Sadeghi vd., 2016). Türkiye'de "entegre sağlık kampüsü" bir diğer deyişle "şehir hastanesi" olarak isimlendirilerek inşa edilen yapılar, inşaat, işletme dönemi ve sözleşme yapıları açısından İngiltere'deki uygulamalar ile büyük benzerlikler göstermektedir (Savaş vd., 2020).

SDP'nin bir uzantısı olarak uygulanan şehir hastaneleri Türkiye'nin sağlık politikasında en çok konuşulan konulardan birisidir. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde planlanması, teşkilatlanması, koordinasyonu ve uyumluluğu, idaresi, sağlık hizmetlerinin sunumu, uygulaması, işletmesi, eğitiminde ve siyasi politika kapsamında farklılaşan şartlar ve taleplere karşılık hizmetleri geliştirerek yaygınlaştırmak için bir proje vizyonu ortaya koymaktadır. Bu vizyonun Türkiye'de somut karşılığı teknolojinin en güncel cihazları ile donatılmış, çağdaş, konforlu ve hijyenik sağlık altyapı yatırımları ile ortaya koyulan şehir hastaneleri

projesidir. Sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli şekilde sunulması amacıyla Entegre Sağlık Kampüsleri olarak kurulan bu kamu kuruluşları genellikle nüfus yoğunluğu fazla olan bölgelerde (eyalet, büyükşehir vb.) sağlık merkezlerini bir araya toplayarak kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedir. Yapım ve işletme süreçleri KÖİ ile Yap-Kirala-Devret modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu modelle hayata geçirilen şehir hastanelerinin idare süreçleri ve diğer yönleri alışılmışın dışında işlemekte ve Türk sağlık sisteminde ciddi farklılıklar ortaya koymaktadır (Gökkaya, 2021).

Şehir hastanelerinin yapılış amacı; sağlık sistemini güçlendirmek, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve toplum sağlığı açısından risk oluşturan faktörleri en aza indirmektir (Acartürk & Keskin, 2012). Böylece sağlık hizmetlerinin daha verimli ve daha kaliteli bir şekilde sunulması sağlanmıştır. Şehir hastanelerinde, geleneksel hastanelerde bulunmayan birçok yeni teknoloji ve yöntem kullanılarak daha çok hastaya hizmet verilmesi, hastaların daha hızlı ve daha sağlıklı bir şekilde iyileşmeleri amaçlanmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda daha kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması ve yüksek hasta memnuniyeti için bazı planlamalar yapılmıştır (Yıldırım, 2023):

- Farklı klinik, tedavi, tanı ve tetkik hizmetlerini bir arada toplayarak kapsamlı sağlık hizmeti sunumu,
- Tanı ve tedavide kullanılabilecek en güncel teknoloji donanımı,
- Üniversiteler ile yapılan işbirlikleri ile sağlık alanında eğitim ve araştırma,
- Yüksek kapasiteli yatak, poliklinik ve tanı merkezi sayısı,
- Modern mimari yapı ve merkezi konum,
- Kaliteli otelcilik hizmetleri.

2.3.1 Şehir Hastanelerinin SDP İçerisindeki Rolü

SDP'nin dayandığı en temel felsefe, hastanelerin her birinin idari ve mali yönden özerk bir işletme olması fikridir. Bu sebeple hastaneler müşteri memnuniyetini arttırmak ve kaliteli hizmet sunmaya çalışmak için diğer işletmeler gibi gayret etmek zorundadır. Sağlık sisteminde maliyet etkinliğinin sağlanması kapsamında

hastanelerin gelir-gider tablolarına göre bir mali performans analizi sonucunda işletilmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin pazar ilişkileri yönüyle planlanması ile beraber özel yatırımcının sektöre teşvik edilmesini gerekli kılmıştır (Fedai, 2020). Bu nedenle hastanelerde, yönetim süreçleri işletme yapısına göre ivedilikle şekillenmeye başlamıştır. Türkiye'de SDP'nin bu reform süreçleri devam ederken şehir hastaneleri kavramı Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez 2005'te ele alınmıştır. Sağlık sistemi şehir hastaneleri modeli ile birlikte farklı ve yeni bir döneme geçmiştir. Hemen iki yıl sonra ise 2007 yılında Sağlık Bakanlığı çatısı altında analiz ve planlama yapmak üzere diğer bakanlıklardan özerk olarak, KÖİ Dairesi kurulmuştur (Atasever vd., 2018).

Türkiye'de sağlık sektöründe KÖİ modelinin ilk kez kullanılmasıyla beraber sağlık sistemi ciddi bir hız kazanarak yeniden reform sürecine girmiştir. Finansman sağlayıcı model olarak KÖİ kullanılarak yapılan bu hastaneler "Şehir Hastanesi" ismiyle Sağlık Bakanlığı tarafından hizmete sunulmaktadır. Şehir hastaneleri dönemi SDP'nin yeni bir aşaması şeklinde sunulmakta ve ikinci fazı olarak değerlendirilmektedir. Bu gelişmelerle beraber KÖİ finansman modeliyle yapılan şehir hastaneleri sağlık hizmetlerinin planlanması, teşkilatlanması, koordinasyonu ve uyumluluğu, mali ve idari yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, uygulaması, işletmesi ve eğitiminde önemli değişikler meydana getirmiştir (Gökkaya, 2021).

2.3.2 Şehir Hastanelerinin Proje Finansman Modeli ve Yönetimi

Kaynak oluşturmadaki başarısızlık, hizmetlerin sunulmasını riske atabilir ve hizmetler kısıtlı finanse edildiği için bazı olası ihtiyaç sahiplerine verilemeyebilir. Sağlık sistemlerinin gerçekte asıl ve tek görevi sağlık hizmetleri sunmaktır. Kaynak üretiminin bunun için sağlık sistemine üç temel girdi yaratması gereklidir: İnsan kaynağı, sermaye ve ekipman. Bir ülkenin sağlık sisteminin genel performansının kesin sorumluluğu her zaman hükümete ait olmalıdır (John, 2007).

SDP ile somut olarak sağlık politikaları arasına giren finansal sürdürebilirlik, sağlık sistemini oluşturanların kendilerine düşen sorumluklarını gerçekleştirebilmesi için gerekli kaynakları bir araya getirebilmesi ve yeterli şekilde topladığı kaynakları kullanarak sağlık statüsünü bulunduğu konumda muhafaza etme ve sağlık statüsünü

ileri düzeye taşıma sorumluluğunu gerçekleştirme kapasitesi olarak tanımlanabilir (Kalkınma Bakanlığı, 2014). Devlet hazinesinin ve kaynaklarının kamuda yapılan yüksek maliyetli projeler ile ekonomik açıdan baskı altına alınması ve devletleri maddi olanaklarını etkin ve verimli kullanımına yönelik enternasyonel teşkilatların düzenleme ve yaptırımları sonucu hükümetlerin politika transferi yoluna gidilmesi, KÖİ modelinin yaygınlaşmasını arttırmıştır (Güngör, 2012; Övgün & Berk, 2020).

Finans ve zaman, istisnasız her inşaat projesinin en kritik unsurlarıdır. Gerekli izinlerin ve onayların alınması ve gayrimenkulun geliştirilmesi aşamalarında, her ikisi de doğru orantılı olarak ve ciddi manada artarak devam edecektir. Bu zorluklarla başa çıkmak bazı zamanlarda devlet yöneticileri için mümkün olmamaktadır. Bununla beraber, devlet kurumları inşaat ve mimarlık hizmetleri alarak binaların projelerini hızlandırma ve öz kaynaklarını koruma yolunu uygulayabilirler (Kumaraswamy & Morris, 2002). Bu kapsamda, Avrupa ve çeşitli dünya ülkelerinde, geçmiş yıllardan bu yana kullanılan modelin Türkiye'de yaygınlık gösterme olasılığı yüksek olmakta, uygulandığı birçok ülke ve bölgede başarılı sonuçlar ortaya koyması ise bunun nedenini oluşturmaktadır. Yap-kirala-devret modelinin diğer modellere göre en çarpıcı üstünlüğü, devletin yatırım için katlanması gereken maliyeti kamu kesiminden şirketlere transfer etmesidir. Bu model ile, örneğin, işletme süresi 20 yıllık ve yatırım süresi 3 yıl planlanan bir projede, devlet toplam ödenecek maliyeti 20 yıl gibi bir süreye yayarak kısa vadeli borçlanma ihtiyacını azaltacak ve kaynaklarının büyük bölümünü koruyacaktır. Oysa ki devlet bu model yerine klasik yöntem kullansa bu projelerin toplam maliyetini 3 yıl gibi kısa bir süre içinde ödemekle yükümlü olacak ayrıca hazineden harcama kalemini arttıracak veya kısa süreli borç miktarını arttıracak bununla birlikte faiz giderleri kalemini artıracaktır (Bülbül, 2017).

2.3.3 Şehir Hastanelerinin Sağlık Sistemindeki Pozisyonu

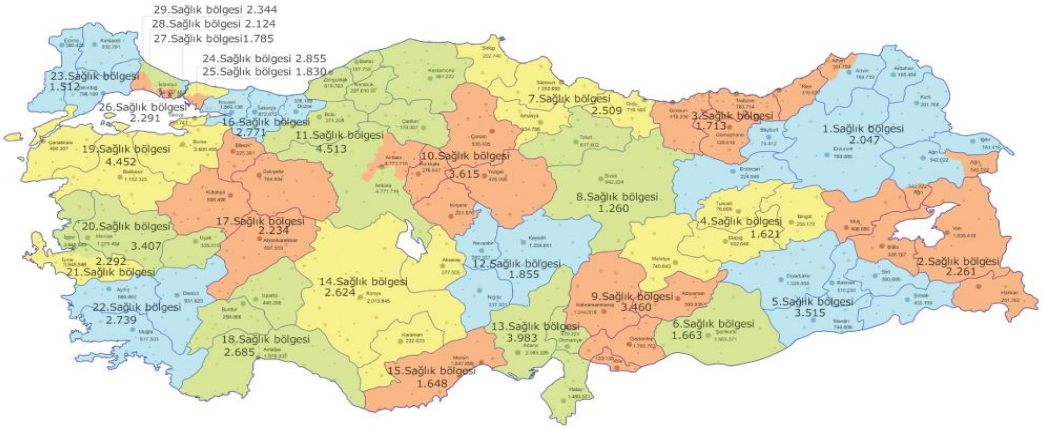
Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayınlanan Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar konulu genelge ile Türkiye'de ilk kez 1950'li yıllarda gündeme gelen ve uzun yıllardır tartışılan sağlık hizmetlerinin bölgelere göre planlanması hayata geçmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu genelge ile Sağlık

Bakanlığı, bütün ülkede il ve ilçeleri kapsayacak şekilde ilk haliyle 29 son haliyle 30 sağlık hizmet bölgesi tanımlamıştır. Coğrafi olarak bütün bölgelerin kapsayacağı alanlar belirlenmiştir. Bu uygulamanın tasarlanmasında Sağlık Bakanlığı, 2006 yılında yürürlüğe giren ve sağlık kurum ve kuruluşlarına ziyaretler gerçekleştirerek sahada çalışılmasına, yerinde tespit ve değerlendirmeler yapılmasına olanak sağlayan "Saha Koordinatörlüğü" yönteminden yararlandığını açıklamıştır. Bu saha ziyaretlerinin hem hizmet sunucu sağlık kurumlarının çevresel, maddi ve fiziksel olanak ve imkanlarını hem de bir bölgedeki sağlık hizmetlerine yönelik genel durumu ölçmek ve tespit etmek amacıyla yürütülmüş olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar 2011 yılında bir çıktıya dönüştürülmüş ve Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi yayınlanmıştır (Akdağ, 2011). Bu rehber ile sağlık kurumlarının coğrafi konumları ve hizmet kapasitelerinin uzun süreli ileriye dönük planlamaları kamuoyuna sunulmuştur. Nüfus ve coğrafya başta olmak üzere halkın sağlık hizmetini alma alışkanlığı gibi nitelikler göz önüne alınarak değerlendirilen bu çalışma, Türkiye'nin tamamında ilçe düzeyinde yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı bu proje tatbiki ile, tüm yurttaşların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarının coğrafi olarak en yakın mesafede karşılanması için imkanlar sunarak sağlık hizmetlerine fiziki erişim olanaklarının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin tüm bölgelerde yaygınlaştırılarak ülke genelindeki sağlık hizmetlerinin kaynaklarının dağılımlarının dengelenmesini hedeflemektedir.

Bölgelere göre sağlık hizmetlerinin planlanmasının temel amaçları; (Sağlık Bakanlığı, 2017)

- Hastane ve sağlık hizmet tesisleri, sağlık insan gücü ve modern teknolojik tıbbi donanım gibi sağlık hizmetleri için kullanılan kaynakların ülke genelinde dengeli dağılımının yapılması
- Sağlık hizmetlerindeki çeşitliliğinin ülke geneline dağıtılması ile vatandaşların tıbbi tanı, bakım ve tedavilerinin yaşadıkları coğrafya (sağlık bölgesi) içerisinde sağlanması

- Bazı şehirlerde ve hastanelerde oluşan yoğunluk ve hasta yığılması ile ortaya çıkan tıbbi tanı, bakım ve tedavinin gecikmesi gibi durumların önlenmesi olarak ilan edilmiştir.



Şekil 1. *T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi* (Sağlık Bakanlığı, 2011)

Sağlık hizmetlerinde bütünleşik sağlık hizmet modelini hayata geçirme hedefi doğrultusunda 2023 yılında 936 sağlık kuruluşu ile 171.949 yatak kapasitesine ulaşmıştır. KÖİ modeli ile 18, tamamı kamu kaynakları kullanılarak 6 olmak üzere toplamda 24 şehir hastanesi hizmete açılmış ve hasta kabulü yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2023 yılında belirlediği şehir hastaneleri için 44.000 yatak sayısına 35.243 yatak sayısı ile büyük oranda ulaşılmıştır. Bakanlığın planlamalarında nitelikli yatak kapasitesi öncelenmiş ve mevcut hizmet sunan şehir hastaneleri 6.645 yoğun bakım yatağı ile hizmete açılmıştır. Bununla birlikte tüm yatak kapasiteleri yoğun bakım yatağına dönüştürülecek şekilde tasarlanmıştır. Mevcut durumda toplam hasta yatak kapasitesinin %20'si şehir hastaneleri ile sağlanmakta olup planlanan projeler tamamlandığında bu oranın %25 düzeyine çıkarılması planlanmaktadır. Faaliyette olan şehir hastaneleri ve yatak sayıları ile Tablo 1'de sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Tablo 1. *T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Yatak Sayıları*

Hastane İsmi	**Yatak Sayısı**
Adana Şehir Hastanesi	1.640
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	4.050
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	4.050
Antalya Şehir Hastanesi	1.000
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	1.100
Bursa Şehir Hastanesi	1.355
Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	1.038
Erzurum Şehir Hastanesi	1.670
Eskişehir Şehir Hastanesi	1.150
Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875
Isparta Şehir Hastanesi	845
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2.720
İstanbul Okmeydanı Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi	1.000
İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	800
İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi	1.125
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060
Kayseri Şehir Hastanesi	1.607
Kocaeli Şehir Hastanesi	1.220
Konya Şehir Hastanesi	1.250
Manisa Şehir Hastanesi	558
Mersin Şehir Hastanesi	1.440
Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi	605
Yozgat Şehir Hastanesi	475
Kütahya Şehir Hastanesi	610
Toplam	**35.243**

Tablo Araştırmacı tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı resmi web sitesinden derlenen bilgilerden oluşturulmuştur.

Şehir hastaneleri; nitelikli yatak, ameliyathane, özellikli tanı ve tedavi merkezleri, teknolojik donanım ve birçok kliniğin bir arada bulunduğu entegre sağlık hizmetleri açısından güçlü yapılandırılmış sağlık tesisleridir. Bu yönüyle ele alındığında, “Şehir hastanelerinin sadece bir hastane değil, alanında özelleşmiş çok sayıda hastanenin bir arada olduğu ‘hastane şehirleri’ olduğuna” kanaat getirmek mümkündür. Böylece, "bu hastanelere başvuran hastaların, sağlıkla ilgili sorunlarının tamamını bir merkezde sonuçlandırması” hedeflendiği anlaşılmaktadır (Koca, 2019).

Türkiye'nin SDP ile başlattığı sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması süreci ana amaçları yönünden ele alındığında; sağlık hizmetlerinin ülke genelinde planlanması, kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetleri sunumu, idari ve mali açıdan etkin ve sürdürebilir yönetim, sağlık tesislerinin verimli işletilmesi, sağlık iş gücü analizi ile nitelik ve nicelik yönünden düzenlenmesi ve sağlıkta en güncel yöntem ve teknoloji ile uluslararası düzeyde rekabet edebilecek sağlık sektörü amaçlarına ulaşabilmek için hedeflenen güçlü sağlık altyapısının en önemli unsurlarından birinin şehir hastaneleri olarak belirlendiği görülmektedir.

2.4 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite kavramına tarihte ilk kez M.Ö. 2150 yılında Hammurabi Kanunlarında rastlanılmakla birlikte; çağdaş anlamda kalite kavramı, 1950'li yıllarda II. Dünya savaşından yenik ayrılan ve bitimiyle birlikte yeniden toparlanma yolları arayan Japonya'da ortaya çıkmıştır. Türkiye'deki ilk kaliteye yönelik adımlar ise 1990'lı yıllarda Türkiye Sanayiciler ve İş Adamları Derneği (TUSİAD) öncülüğünde atılmıştır (Erturgut & Keskin, 2013).

Kalite çalışmalarında ekonomik faaliyetlerin büyük etkisiyle 1950-1980 arası dönemde önemli odak noktası "ürün kalitesi" iken 1980 sonrası dönemde dünya ekonomisinde hakim olmaya başlayan hizmet sektörü ile "hizmet kalitesine" büyük bir yönelim görülmüştür. Günümüz koşullarına uygun modern yönetim bilimleri kapsamında ise kalite, yalnızca çıkan ürüne odaklanmayan, üretim sürecinin tamamını etkili, verimli ve güvenli sürdürmeyi hedefleyen planlamalar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Pamela & Goodman, 1998).

Sağlık hizmetleri, toplumu oluşturan bireylerin hayat kalitesini ve refahını doğrudan etkilemektedir. Bu açıdan ülkelerin sağlık hizmetlerinin seviyesi, uluslararası alanda gelişmişlik düzeylerinin önemli ölçütlerinden birisi olarak kabul görmektedir (Küçük, 2010). Tüm toplumlarda sağlık hizmetleri hususundaki hassasiyet gün geçtikçe artmakta ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramı yoğun bir şekilde gündeme gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin herkes tarafından kabul edilmiş bilimsel kurallara ve standartlara uygun olarak kişilerin talep

ve beklentileriyle örtüşecek şekilde verilmesi anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren, "sağlıkta kalite" kavramı gündem konusu olmaya başlamıştır. Bu kavram 2003 yılında SDP ile sağlık hizmetleri için daha sistematik bir şekilde ele alınmış, sonrasında dönüşüm sürecinin önemli maddelerinden birisi haline gelmiştir. Bu kapsamda düzenlenen belirli standartlar Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde bir araya getirilmiş ve sağlık tesislerinde kalitenin yükseltilmesi ve geliştirilmesine yönelik yoğun çalışmalar başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık sisteminin neoliberal yöntemler uygulanarak yeniden yapılandırılması için gündeme getirilen programların en temel iki nedeni; hem kamu kaynakları kullanılarak yapılan sağlık harcamalarının karşılanamayacak kadar yüksek seviyeye ulaşması, hem de yapılan bu yüksek harcamalara rağmen sağlık hizmetlerinin sunumunun beklentileri karşılamaktan uzak, verimsiz ve düşük kalitede olmasıdır (Elbek & Adaş, 2009). Hizmetin kaliteli olması tüm faaliyet alanları için gerekli olmakla birlikte sağlık hizmetleri için kaçınılamaz bir zorunluluktur (Kömürcü, 2006). Bunun temel nedeni; söz konusu hizmetin bireyin sağlığı olması, yapılan en ufak hatanın bile düzeltilmesinin mümkün olamayacağı gerçeğidir. Bu nedenle, sağlık hizmet sunucularının kendilerini devamlı geliştirmeleri, güncel değişiklerin ve yeniliklerin sürekli takipçisi olmaları ve sundukları hizmette daima kaliteyi yakalamaya uğraşmaları bir ihtiyaçtan ziyade mutlak bir zorunluluktur (Bakan & Büyükbeşe, 2014).

Başarılı bir Toplam Kalite Yönetimi (TKY) çalışması, hastaya doğru tıbbi bakımı sunabilmek için kişinin ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve yapılan tıbbi hataların sayısının ve önem derecesinin azalmasına katkı sağlamaktadır. Bu katkılar; hastanın tıbbi bakım kalitesinde ve hasta memnuniyet düzeyinde yükselme, verimlilik ve kazanç ile sonuçlanmaktadır (Alexander vd., 2006; Macinati, 2008). Mesela yapılan bir takım çalışmalar TKY uygulayan sağlık tesislerinde yatarak tedavi alan hastaların, hemşireler tarafından verilen bakımdan ayaktan tedavi alan diğer hastalara göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Shortell vd., 2000). Ancak sağlık hizmetleri yapısı gereği çok fazla değişkeni bulundurmasından dolayı TKY çalışmalarının bir kısmı başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Başarısızlıkla

sonuçlanan TKY çalışmalarının nedenleri ise verimsiz veya uygunsuz model ve çevrenin uyumsuzluğu olarak üç ana başlık şeklinde belirlenmiştir (Mosadeghrad, 2013).

2.4.1 Sağlıkta Kalite Standartları ve Akreditasyon

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumu oluşturan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve toplumsal açıdan sağlıklarının korunması, tedavi edilmesi, rehabilite edilmesi, geliştirilmesi ve bu hizmetlerin kesintisiz şekilde devam etmesi sağlanarak toplumun refah düzeyinin sürekli iyi yönlü geliştirilmesidir (Aslantekin vd., 2007). Toplum sağlığının bulunduğu düzeyde muhafaza edilmesi ve sürekli iyi yönde geliştirilmesi çaba sarf edilmeksizin gerçekleşecek birer olgu olmadığından bilinçli kişiler ve planlanmış organizasyonlar gerektirir. Sağlık Bakanlığı'nın en temel vazifesi ise bahse konu bu işlerin yapılabilmesini sağlamak için gerekli alt yapıyı oluşturmaktır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde kalitenin esas alınması hedefiyle "Sağlık Kurumlarında Kalite ve Akreditasyon" uygulamalarını 2005 yılında kurumsal şekilde ve sistematik bir programla hayata geçirmiştir. Türkiye'de 2003 yılında uygulamaya geçilen SDP'nin temel amaçlarından biri "nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" dur (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)'nin kurulmasına yönelik çalışmalar çerçevesinde ilk olarak sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi doğrultusunda standartlar belirlenmiş, kaliteli sağlık hizmetlerini amaçlayan "sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon" uygulamaları hayata geçirilmiştir. 2005 yılı sonrasında yapılan değerlendirmelerin neticesinde, kalite standartları; oluşan gereksinimler, öncelikler ve stratejik hedefler doğrultusunda revize edilmiş, devam eden süreçte uluslararası düzeyde ulusal bir kalite ve akreditasyon sistemi geliştirilmiştir. 2017 yılında Ulusal Akreditasyon Programlarının uygulanmasına başlanmıştır (Avcı & Çizmeci Şenel, 2019).

2.4.2 Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Ölçmek ve Kullanmak

Kaliteyi ölçme ve değerlendirme çalışmalarının etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için farklı uygulama standartları ve modelleri geliştirilmiştir (Kara, 2009). Standart, bir şeyler yapmak için üzerinde anlaşılmış kurallar ve tekrarlanabilir yol olarak tanımlanmıştır (TSE, 2013). Model ise sembolik ve fiziksel görselleştirmeden yararlanılarak açıklanan bir düşünce, bir fikirdir (Sabuncu vd., 2013). Geliştirilen bu modeller ve standartlar sayesinde kuruluşlar verdikleri hizmetlerin güçlü ve iyileştirilmeye açık yönlerini görebilmekte, iyileştirmeler yaparak daha iyi/mükemmel hizmet vermeyi hedeflemektedirler.

2.5 Hasta Deneyimi

Müşteri deneyimi kavramı, içinde bulunulan son yarım asırlık sürede üzerine oldukça fazla yoğunlaşılan, farklı olma ve daha ekonomik rekabet avantajı sağlamaya yönelik stratejik bir süreç olarak açıklanan bir kavramdır. Kişinin karar verme süreci ile başlayan ve tedarik zinciri ile birlikte devam eden kişi, ürün, zaman ve çevre ile bütünleşik birtakım etkileşimleri içeren, bilişsel, ruhsal, duyusal ve davranışsal tepkilere yol açan bir dizi duygu, algı ve tutum olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda, hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili algıları giderek artan bir önem kazanmıştır. DSÖ, sağlık hizmetlerinde hastaların daha aktif bir rol oynamasının kritik olduğunu vurgulamaktadır. Hastaların düşünceleri, etkili stratejiler geliştirmek ve iyileştirmeler yapmak için önemli veriler sunmaktadır. Sağlık sunucuları, sektörde rekabet gücünü arttırabilmek için finansal başarı kadar, hastalarda oluşturdukları deneyime de önem vermeleri gerektiğini zamanla daha fazla kavramaktadır. (Buccoliero vd., 2017).

Memnuniyeti, kaliteyi ve güvenliği kapsayan hasta deneyimi, tıbbi maliyetlerin yükselmesi ve tüketiciler için finansal riskin artması nedeniyle sağlık reformunun ayrılmaz bir parçasıdır (Gromley vd., 2019). Sağlık hizmetlerinde, hastalara yönelik hizmet ve etkileşimlerin her hastaya yönelik kişiselleştirilerek uygulanabilmesi, eşsiz ve unutulamayacak bir hizmet deneyimi ve kaliteli sağlık hizmeti sunmada temel

etkenlerdir (Gentile vd., 2007; Pine & Gilmore, 1998). Müşteri deneyimi kavramı, bir müşteri olarak hastanın gözlemleyebileceği, subjektif deneyimleri (ağrısının kontrolü gibi), objektif deneyimleri (muayene için bekleme süresi gibi) ve hastanın davranışsal tepkileri ile ilgili algıları kapsayan belirli bir süreci anlatmak için kullanılabilir (Anhang vd., 2014). Dolayısıyla müşteri deneyimi, hizmet sunucusu ile hasta arasındaki etkileşimin sonuçlarını ifade etmektedir, bu nedenle iyi bir müşteri deneyimi, kişinin tüm etkileşim noktalarına ilişkin algısının bir hasta olarak beklentilerini karşıladığı anlamına gelmektedir (Lee, 2017).

Sağlık hizmetlerinin farklı yöntemlerle ve doğru değerlendirilmesi, sunulan hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesinde büyük önem arz etmektedir. Geleneksel yöntemler olan teknik ve fiziksel raporlama modelleri yaygın şekilde kullanılırken, hastaların geri bildirimleri yoluyla elde edilen değerlendirmeleri sıklıkla göz ardı edilmiştir. Ancak, sağlık sistemleri günümüzde yalnızca klinik kanıta dayalı değerlendirmeleri değil, hastalar tarafından kabul edilebilir ve yararlı bulunan değerlendirmeleri de göz önünde bulundurmaktadır (Jenkinson vd., 2002). Bu nedenle, son yıllarda sağlık tesislerinin yönetimlerinde, sağlık profesyonellerine daha az odaklanan, hastalara ve hasta beklentilerine daha fazla odaklanan bir gelişim süreci yaşanmaktadır. Bu süreç, hasta odaklı bakım kavramının gelişmesine de katkıda bulunmuştur. Bu süreçler, hastaların hem fiziksel hem de ruhsal gereksinimlerinin özenle dikkate alınmasını gerektirmektedir (Cliff, 2012).

Hastanın istenilen memnuniyet seviyesine ulaşması için, yaptıkları değerlendirmeleri anlamak oldukça önemlidir. Hasta deneyimi, sağlık sisteminin ne derece etkili ve verimli çalıştığının kritik göstergelerindendir ve bu nedenle, sağlık hizmet sunucularında hasta deneyimini iyileştirmek yöneticiler, klinik liderler ve politika yapıcılar için önemli öncelikler arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetini kullanan hasta; en iyi bakımı, yüksek kalitede hizmetle birlikte alma beklentisindedir. Bu kapsamda sağlık hizmetinde yolculuğun her adımını birbirine bağlayarak yolun tamamını deneyimleyen tek aktör hastadır. Bu nedenle hastaneler, bireysel hasta yolculuğunu keşfedip anlayarak sağlanan hizmetin kalitesini önemli ölçüde artırabilir (Ben-Tovim vd., 2008). Önceki araştırmalar, hastaların bildirdikleri olumsuz deneyimlerin, tedaviye yanıt verme sürelerini uzattığını ve yeterince uyum sağlayamadığını göstermiştir. Hasta deneyimlerinin olumsuz olması, hastaların sağlık

ve tedavileri üzerinde etkili olduğu kadar, yükselen hizmet maliyetleri boyutunda da önemli etkiler göstermektedir (Chatterjee vd., 2012).

Çeşitli sektörlerde olduğu gibi günümüzde sağlık kuruluşları, çeşitli pazarlama yöntemleri kullanmakta ve ihtiyaç duyduğu deneyimsel pazarlama yöntemleri, hizmet vereceği potansiyel kitlenin özellikleri, kendi kuruluş vizyon ve misyonları, ekonomik durumları gibi etmenlere göre farklılıklar göstermektedir (Ho vd., 2006). Kurum içi organizasyonel işlemlere yoğunlaşmaktan çok piyasa yönelimi doğrultusunda oluşan bu uygulamalarda, sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik talep artışlarıyla karşı karşıya kalındığında, hastaların deneyimlerinin ve duygularının daha iyi anlaşılması, sağlık hizmetlerinin sunulma şeklini iyileştirebilir ve hasta memnuniyetini yükseltebilir (Jenkinson vd., 2003; Sofaer & Firminger, 2005).

SDP sürecinde ve programın tamamlanmasını izleyen dönemde sağlık hizmetlerinin kullanımında, sağlık sisteminin altyapısının oluşumunda ve kapasitesinin gelişmesinde ve hasta memnuniyet düzeyinde epey belirgin ve süratli bir yükselme olmuştur (Boyacı, 2020). Örneğin, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ülke genelinde belirli aralıklarla yapılan Yaşam Memnuniyet Araştırmaları sonuçlarında, sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet durumu sorusuna "memnun - orta - memnun değil" yanıt seçenekleri içerisinden "memnun" yanıtını verenlerin yüzdesel oranı, 2003 yılı için %39,5 iken 2007 yılında %66,5'e yükselmiş ve 2010 yılı ve sonrasında bu oran %70'in üzerine çıkmış ve 2022 yılı için %65,8 olarak açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011; 2015; 2017; 2019; 2022).

2.5.1 Hasta Deneyimini Etkileyen Faktörler

Bir hastanın sağlık hizmetine yönelik deneyimini etkileyen faktörler farklı şekillerde kategorilere ayrılmaktadır. Bu faktörler birkaç temel alanda kategorize edildiğinde, sağlık sisteminden, sağlık hizmet sunucusundan, çevresel ve hasta kaynaklı faktörlerden oluşmaktadır (Gökkaya & Erdem, 2017).

Sağlık sistemi kaynaklı faktörler: Erişilebilirlik, bekleme süreleri, teknolojik altyapı, maliyet, bilgi güvenliği sistemin temel faktörleridir. Sağlık hizmetlerinin konum ve ulaşımı, randevu alabilme kolaylığı, teknolojiye ve bilgiye erişim, sağlık

hizmetlerinin hastaya oluşturduğu mali yük gibi faktörler deneyimi önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

Sağlık hizmet sunucusundan kaynaklı faktörler: Etkili iletişim, bakım kalitesi, tutum ve davranış, koordinasyon, bekleme süreleri, bilgiye erişim, mahremiyet ve hasta merkezli yaklaşım olarak temel şekilde ele alınabilir. Açık ve anlaşılır iletişim, tıbbi bakımın kalitesi ve sağlık profesyonelinin yetkinliği, anlayışlı ve açık tutum, takım çalışması ve işbirliği, etkili zaman yönetimi ve minimum bekleme süreleri, durum, tedavi seçenekleri ve bakım sonrası sürece hastayı bilgilendirerek dahil etme ve hasta tercihlerine ve gizliliğine saygı gösterilmesi sağlık hizmet sunucularının hastanın hizmet alırken yaşadığı deneyimi etkileyen temel faktörlerdir.

Çevresel faktörler: Fiziksel yapı, temizlik, konfor ve gürültü başlıca çevresel faktörlerdir. Sağlık hizmet sunumunda kullanılan açık ve kapalı alanların temizliği, estetiği, konforu, gürültü ve ışık düzeyi hastanın deneyimini etkileyen önemli faktörlerdir.

Hasta kaynaklı faktörler: Sağlık okuryazarlığı, kültürel, sosyoekonomik, beklentiler, yaş ve cinsiyet olarak ele alınabilir. Tıbbi bilgileri yorumlayarak karar verebilme yetisi, sağlık hizmetleri ve sonuçlarından beklentiler, gelir düzeyi, eğitim durumu ve kaynaklara erişim hastanın sağlık hizmeti ile ilgili deneyimini etkileyebilir. Ayrıca kültürel ve demografik farklılıklar, çeşitli iletişim engelleri, kültürel uyuşmazlıklar, yaş ve cinsiyet gruplarının kendine özgü ihtiyaç ve beklentileri hasta kaynaklı temel faktörlerdir.

Bu faktörleri etkileyen bir diğer durum ise hastaların tatmin düzeyidir. Literatürde tatmin düzeyleri iki temel başlıkta bilişsel ve duygusal olarak ele alınmıştır. Buna göre: Bilişsel tatmin düzeyinde hastalar, çıkardığı sonuçları tek başına yorumlayarak veya bu sonuçları standart veya daha önce oluşturulmuş beklentilere göre değerlendirerek alınan hizmetin çeşitli boyutlarının pozitif ve negatif yönlerine karar vermektedirler (Ariely & Berns, 2010). Deneyimlerle ilgili bilişsel memnuniyet ve tatmin düzeyleri yaygın olarak geleneksel yöntem olan memnuniyet anketleri yoluyla ölçülür. İkinci tatmin düzeyi duygusaldır, subjektif faktörler üzerinde duran ve hasta ile kurum ilişkisinin hastada oluşturduğu duyguları yakalayan, hastanın yaşadığı deneyimi duygusal olarak değerlendiren ölçümlerdir (Cantó vd., 2018). Bu önermeyle literatürdeki çeşitli araştırmalar, deneyimin objektif bir analizi için, hem bilişsel hem

de duygusal sonuçların dikkate alınması gerektiğini, bu sonuçların farklı olduğunu ve birbirlerinden bağımsız olduklarında deneyimin oluşumunu ve açıklanmasını etkilediğini göstermiştir (Liljander & Strandvik, 1997).

2.5.2 Hasta Deneyimi ve Müşteri/Hasta Sadakati İlişkisi

Hasta deneyimi, hem sunulan hizmetin alıcı ve verici arasındaki bileşenlerini hem de hastaların sağlık hizmet sunucularıyla etkileşimlerini temsil eden, sağlık hizmetlerinin çeşitli unsurlarını kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. Hasta deneyiminin temeli, hastaların tercihleri ve değerleridir ve hasta deneyimi, hastaların algıladıkları bakış açılarından bakım kalitesini yansıtır (Ahmed vd., 2014). Hastalar deneyimleri ile ilgili ne kadar iyi geri bildirimde bulunursa, sağlık hizmeti sunucuları tarafından kendilerini değerli hissetmeleri ve sağlık kurumuna karşı bağlılıkları o kadar yüksek olur (Chen vd., 2022).

Bu konuda başarı sağlamanın temeli, büyük ölçüde hastaların farklı kanallardan yaptıkları geri bildirimlerin ve çağrıların özenle toplanarak değerlendirilmesidir. Hasta deneyimlerinden sağlanan geri bildirimler, sağlık hizmet sunucuları için hizmetin kalitesini gösteren önemli bilgi kaynaklarıdır. Sağlık hizmetinin kullanılarak deneyimlenmesi, diğer ürün ve hizmetlere kıyasla fazladan bir değer oluşturur ve bu durum memnuniyet ile sadakati bir arada getirir (Ho vd., 2006).

Hastalardan alınan geri bildirimler doğası gereği insan odaklı olan sağlık hizmetlerinin temel bir özelliğidir. Hastalardan direkt alınan geri bildirim, hastaların deneyimleri yoluyla hizmet kalitesini test etmenin en iyi yöntemi olarak kabul görmektedir (Cleary & Edgman-Levitan, 1997). Standartlaştırılmış hasta deneyimi anketleri, sağlık hizmetinin kalitesini hastanın bakış açısıyla değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak hastalardan genel değerlendirme kategorilerini kullanarak memnuniyetlerini derecelendirmelerini istemek yerine, belirli bir bakım dönemi sırasında neler olduğuna dair ayrıntılı bilgiler vermelerini istemenin yararlı olduğu kanıtlanmıştır (Cleary, 1998).

Verilen bilgilerden de çıkarılacağı üzere bu düşüncenin temelinde müşteri tatmini vardır. Nitekim kalite çalışmalarının doğasının özü ekonomik rekabet avantajı

sağlamaktır. Bu rekabeti oluştururken sağlık kurumlarının, müşterinin uygun fiyat istikrarını düşük tutarken kaliteyi arttırarak devam ettirmesi ve müşteri sadakatini sürekli yükseltmesi gerekmektedir (Prajogo & Sohal, 2006). Bunu başarabilmenin temel şartı ise durmaksızın, daima ve kalıcı olarak gelişmedir. 'Kaizen' olarak bilinen bu kavram Japonya'da ortaya çıkmış ve "daha iyi" anlamında kullanılmaktadır. Bu kavram aslında kalitenin neden sonu olmayan bir yolculuğa benzetildiği konusunda bizleri aydınlatmaktadır (Kömürcü, 2006).

2.5.3 Hasta Deneyimini Ölçme Yöntemleri

Sağlık hizmetleri sunucuları, sağlık hizmetlerinde en çok kullanılan ve kalite göstergelerinin ilk sıralarında yer alan hasta memnuniyetini yüksek tutmaya ve sürekli daha yukarıya çıkarmaya çalışmaktadır. Lakin hasta memnuniyeti kavramı en yoğun olarak kullanılan kavramlardan birisi olmasına rağmen içeriği ve ölçülmesi hususunda ortak görüşe ulaşılamamıştır. Bu nedenle, sağlık kurumlarının yönetim faaliyetlerine klinik ölçütler dışında kalan, hastanın beklenti ve deneyimlerini eklemesine imkan sağlayacak göstergeler oluşturmak için farklı denemelerde bulunulmuştur. Bu denemeler neticesinde, hasta tarafından bildirilen sonuçların ölçümleri ve hasta tarafından bildirilen deneyimlerin ölçümleri uygulanmaya başlanmıştır. Hasta sonuç ölçümlerinin gelişmişlik düzeyi daha yüksek ve bilimsel açıdan tasdiklenmiş anketlerle kuvvetlendirilmesine rağmen, hasta deneyim ölçümlerinin gelişimi yavaş ilerlemekte ve kişilerin subjektif deneyimlerine dayalı veri toplamanın zorluğu gibi engellerle karşı karşıya kalınmaktadır (Reaney vd., 2020).

Hastalardan çeşitli yollarla alınan geri bildirimler, hasta odaklı bakımın temelini oluşturmakta ve hasta deneyimleri ile sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmenin en geçerli yöntemi olarak kabul edilmektedir. Hastalara genel memnuniyet anketleri yapmak yerine, hizmet alınan bölümler özelinde ayrıntılı raporlar alınmasının daha çok fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Wong vd., 2015). Hasta düşünceleri ve deneyimlerinin bir arada toplanması, sağlık hizmetlerinin daha şeffaf olması, finans ve ödeme politikalarını planlama doğrultusunda oldukça önemlidir. Araştırmalar, hastaların bildirdiği deneyimlerin birtakım klinik sonuçlarla uyumlu olduğunu göstermektedir (Greaves vd., 2012).

Yakın gelecekte, ön plana çıkan duygusal faktörlere yapılan vurgu, birçok bileşenin müşteri yolculuğunun analizinden yola çıkarak müşteri deneyimini iyileştirmesine imkan sağlamıştır (Gualandi vd., 2019). Sağlık hizmetleri kapsamında hasta yolculuğu, hasta ve sağlık hizmet sunucularının farklı bağlantı yerlerinde kişiler ve sistemler arasında çalışma ve deneyimlerini aktardığı, paydaşlar arasında ciddi bir iş akışı sürecidir. Hizmet sunucular, kurum kaynaklarının (hasta yatağı, ameliyathane, teknolojik donanım, poliklinik ve sağlık profesyonelleri gibi) en faydalı biçimde kullanılmasını sağlarken hastaya güvenli ve etkili bakım verme hedefiyle sağlık tesisindeki hasta akışını yönetmeyi amaçlamaktadır. Hasta akış sürecinin verimsiz olması, üretkenlik seviyesinin düşmesine, hastalara yönelik istenmeyen zararlı eylemlerin riskinin artmasına ve hastalar tarafından algılanan kalite düzeyinin düşmesine sebep olabilir (Haraden & Resar, 2004).

Hasta deneyimini test etmek ve değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemlerden birisi olan anketlerin kullanılmasının temel amacı, hasta deneyimini anlamak ve farklı klinik süreçlerin kalite ve güvenlik kapsamında değerlendirmesini yapmaktır (Yanes vd., 2016). Ancak anketler veya klasik sabit gözlem metotları, hasta deneyiminin farklı taraflarını tam manasıyla ortaya çıkarmak için her zaman uygun olmayabilir. Karmaşık hastane ortamında, yapılan işlemlerin yer-zaman durumları ve deneyimledikleri olay anında hastaların algıları ve duygu halleri gibi içerisinde bulunulan birçok farklı değişken hasta deneyimini etkileyebilir. Ayrıca, olayın üzerinden geçen zaman dolayısıyla anımsama aralığının uzunluğuyla bağlantılı olarak hastanın hatırladıklarının yaşanan durum anında deneyimlediklerinden farklı olabileceği düşünülmektedir (Kjellsson vd., 2016). Bu nedenle hastanın anımsadıklarının zamanla uyuşmazlık gösterebileceğinden, yaşanan deneyim ile ilgili doğru ve tam bilgi almak için yapılacak görüşmenin zamanının iyi ayarlanması gerekmektedir.

Sağlık hizmetinin doğası gereği, hizmeti sunanlar ile alanlar arasında bilgi asimetrisinden kaynaklı büyük bir dengesizlik bulunmaktadır. Bu dengesizlik, hastaların aldıkları sağlık hizmetini yorumlamasına fırsat vermemektedir. Ancak, hastaların ihtiyaç ve kaygılarına gösterilen özen, üst düzey, kaliteli ve insancıl bir sağlık sisteminin temelini oluşturur. Verimlilik ve kaliteyi gözlemlemek için hastalardan geri bildirim almak, hizmetin iyileştirilmesi açısından önemlidir. Bazı ülkelerde hükümetler ve düzenleyici otoriteler, ulusal ölçekte hastaların hizmetlerle

ilgili görüşlerini toplamanın gereğini vurgulamaktadır (Jenkinson vd., 2002; Jenkinson vd., 2003). Bazı ülkelerde hasta deneyimlerini değerlendirmek için çeşitli ölçekler yaygın olarak kullanılmakta bu sonuçlar doğrultusunda hastaneler puanlanarak ruhsatlandırma, akreditasyon ve geri ödeme mekanizmaları gibi uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Örneğin, İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) sistemi, hasta deneyimlerini düzenli olarak ölçen standartlaşmış araçlar kullanmakta ve bu verilere göre önlemler almaktadır (Doyle vd., 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise, Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı ile Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri tarafından geliştirilen hasta deneyimi anketleri (CAHPS) kullanılmaktadır (Elliott vd., 2009).

Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları ve Sistemlerine İlişkin Hastane Tüketici Değerlendirmesi (HCAHPS): HCAHPS araştırması, ABD'deki hastane bakımına ilişkin hasta bakış açılarını konu alan, ülke genelinde standart hale getirilmiş, belirli zaman dilimlerinde verilerini kamuoyuna sunan bir araştırma programıdır. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) ile Medicare ve Medicaid Hizmet Merkezleri (CMS) tarafından 2002 yılında başlatılan akademik incelemeler, uzman görüşleri, tüketici grupları ve sektör paydaşlarının verilerini kapsayan bir süreçte geliştirilmiştir. HCAHPS yatan hasta anketi hastanelere gönüllülük esasına göre 2006 yılında sunulmaya başlanmış, 2008 yılında kullanımının teşvik edilmesi amacıyla sonuçların takip edilerek hastanelere ek ödemeler yapılacağı duyurulmuştur (Giordano vd., 2010). Başlangıçta hastane hizmetlerini ve bakım kalitesini iyileştirmek için tasarlanan HCAHPS sonuçları, 2012'den sonra hastanelerde sunulan hizmetlerin kalitesini yükseltmek için hastaneleri teşvik ödemeleriyle ödüllendiren Hastane Değerine Dayalı Satın Alma programı içerisine alınmıştır (CMS, 2012). HCAHPS ölçüleri bakımından teşvik ödemelerinin denetlenebilirliğine ve anket sonuçlarına kamuoyu tarafından rahat ulaşılabilirliğine rağmen sadece nadir sayıda çalışma, hastaların hastane süreçlerindeki deneyimlerini bilimsel şekilde sunmaktadır. Kısacası hasta deneyimi ve memnuniyetine ilişkin verilerin toplanması, ABD'de HCAHPS'nin yaygın kullanımı sonucunda fazlasıyla yerleşmiştir. Bununla beraber geri ödeme uygulamaları dışında, verilerin pratik sonuçlarının ne şekilde kullanıldığı ve ne gibi işlemler yapıldığına ilişkin bilgiler yeterli bulunmamaktadır (Friedel vd., 2023).

Birleşik Krallık (İngiltere) Ulusal Sağlık Servisi (NHS) Bakım Kalite Komisyonu (CQC): Birleşik Krallık İngiltere'deki kamu sağlık sistemi düzenleyicisi NHS, evrensellik, eşitlik ve hizmete erişim konularında ücretsiz olma ilkesine sahiptir ve günümüze kadar merkezi hükümet bütçe kaynakları tarafından karşılanmıştır (Delamothe, 2008). Hasta deneyimi anketleri, ölçme, iyileştirme ve ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik öneriler geliştirmenin bir yolu olarak kullanılmaktadır (CQC, 2014). Tüm anketler kamuoyu tarafından incelenebilir olması için NHS web sitesinde sunulmaktadır. Anketlerden elde edilen hasta deneyimine ilişkin veriler, her hastaneye 10 üzerinden bir puan vermek (ne kadar yüksek olursa o kadar iyi) için kullanılmakta ve anketin her yönündeki sıralama hakkında daha ayrıntılı bilgiler vermektedir (CQC, 2021; CQC, 2022). Kısacası Birleşik Krallık'ta hasta deneyimlerine ilişkin yaygın olarak NHS tarafından toplanan büyük miktarda veri bulunmaktadır. Bu veriler özellikle yüksek sağlık bakım kalitesini sağlamak ve bununla birlikte geri ödemeyi etkilemeksizin kamuoyununu aydınlatmak için kullanılmaktadır (Friedel vd., 2023).

Net Tavsiye Puanı (NTP): Hasta deneyimi anketlerinin sonuçları genellikle belirli anket soruları üzerinden yanıtların ortalama puanının alınarak hesaplanması ile belirlenmiş kalite göstergeleri şeklinde sunulmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları sonuç ölçümleri üzerine rutin aralıklarla rapor oluşturduğundan, hastalar için yapılan anketler çoğunlukla büyük miktarlarda veri üretir ve veri yönetimiyle ilgili talep artışlarına sebep olur. Bu nedenle, veri yönetimini ve raporlamayı sadeleştirmek adına sağlık hizmet sunucuları, tek bir performans göstergesine veya 'birleştirilmiş ölçüme' özetlenen bilgileri kullanmayı tercih edebilir (Friebel & Steventon, 2019). Ancak içeriği karmaşık ve çok boyutlu olan hasta deneyimini tek bir sonuç göstergesine sığdırmak zor olabilir. Bu zorluklardan dolayı sağlık hizmet sunucularının anketlerdeki hasta deneyimlerini değerlendirmenin daha basit ve anlaşılır bir yolu olan, Net Tavsiye Puanı (NTP) kullanmaya yönelik talepleri zamanla artmaktadır. Fred Reichheld tarafından 2003 yılında oluşturulan NTP, dünya genelinde bankacılık, sigortacılık ve teknoloji gibi sektörleri de kapsayan farklı birçok sektörde 'nihai soru' olarak adlandırılan popüler bir araştırma yöntemi olarak kullanılmaktadır (Hamilton vd., 2014). Bununla birlikte son yıllarda NTP, genellikle sistem düzeyinde karşılaştırma yapmak amacıyla sağlık hizmetleri sunucularına da uyarlanmıştır.

NTP tek bir soru ölçümüne dayanmaktadır. Soru genellikle “Hastanemizi bir arkadaşınıza veya meslektaşınıza tavsiye etme olasılığınız nedir?” şeklindedir ve 10’lu likert tipi bir skala üzerinde değerlendirme yapılması bireylerden istenmektedir (0:Asla tavsiye etmem, 10:Kesinlikle tavsiye ederim). Bu soruya verilen yanıta göre, bireyler üç kategoriye ayrılır:

Destekçiler (9-10 puan) - Hastanenin daima yanında olacak ve çevresini ısrarla teşvik edecek, memnun ve sadık kitle.

Tarafsızlar (7-8 puan) - Hastaneyi rakip işletmeler avantajlı ise değiştirebilecek ve çevresini teşvik düzeyi daha düşük, memnun ama sadık olmayan kitle.

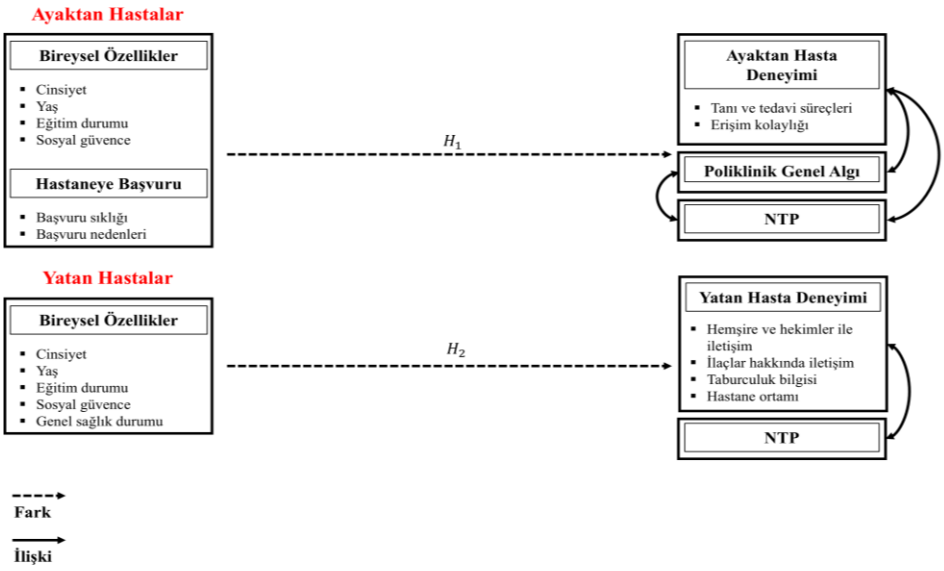
Kötüleyenler (0-6 puan) - Hastanenin itibarına zarar verme potansiyeli olan, olumsuz deneyim yaşamış ve memnun olmayan bireyler (Alismail vd., 2020).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli ve hipotezlerine ilişkin bilgilere yer verilecektir. Sonrasında ise araştırmanın evren ve örnekleminden bahsedilecektir. Son olarak veri toplama araçları ve veri toplama sürecinin detayları ile verilerin analizini de kapsayan süreç hakkında bilgiler verilerek bu bölüm sonlandırılacaktır.

3.1 Araştırmanın Amacı ve Modeli

Bu araştırmanın amacı, Ankara Etlik Şehir Hastanesine başvuran ayaktan ve yatan hastaların deneyimlerini ölçmek olup bireysel özellikler ve hastaneye başvuru durumlarına göre deneyimler, poliklinik genel algı ve NTP skorları açısından karşılaştırmalar yapmaktadır. Bunun yanı sıra araştırma kapsamında ayaktan hasta deneyimi, poliklinik genel algı ve NTP puanları arasındaki ilişki ve yatan hasta deneyimi ile NTP puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi bu araştırmanın diğer bir amacıdır. Söz konusu amaçlar doğrultusunda geliştirilen araştırma modeli Şekil 2'de yer almaktadır.



Şekil 2. *Araştırma Modeli*

Araştırma modeli doğrultusunda ve değişkenler arasındaki ilişkiler de dikkate alınarak kurulan hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H_{1a}. Ayaktan hastaların bireysel özellikler, hastaneye başvuru sıklığı ve nedenlerine göre ayaktan hasta deneyimlerinde farklılık vardır.

H_{1b}. Ayaktan hastaların bireysel özellikler, hastaneye başvuru sıklığı ve nedenlerine göre poliklinik genel algı düzeylerinde farklılık vardır.

H_{1c}. Ayaktan hastaların bireysel özellikler, hastaneye başvuru sıklığı ve nedenlerine göre NTP düzeylerinde farklılık vardır.

H_{1d}. Ayaktan hastaların ayaktan hasta deneyimi alt boyutları, poliklinik genel algı ve NTP puanları arasında ilişki vardır.

H_{2a}. Yatan hastaların bireysel özelliklerine göre yatan hasta deneyimlerinde farklılık vardır.

H_{2b}. Yatan hastaların bireysel özelliklere göre NTP düzeylerinde farklılık vardır.

H_{2c}. Yatan hastaların yatan hasta deneyimi alt boyutları ve NTP puanları arasında ilişki vardır.

3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırma evrenine ilişkin bilgi Sağlık Bakanlığı'nın resmi sitesinden elde edilmiş olup söz konusu hastaneye 28 Eylül 2022-28 Eylül 2023 tarihleri arasında 1 yılda 5.016.501 ayaktan ve 118.032 yatan hastanın, tedavi görmek amacıyla başvurduğu saptanmıştır. Örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %80 güç ile hesaplandığında, ayaktan hasta anketi için davet edilmesi gereken minimum kişi sayısı 385, yatarak tedavi gören hastalar için davet edilmesi gereken kişi sayısı ise minimum 383 olarak bulunmuştur. Genel Hastane, Nöroloji Ortopedi Hastanesi, Göğüs ve Kalp Damar Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ile Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastaneleri örneklem seçimine

dahil edilmiş; Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi, acil servisler ve yoğun bakım klinikleri çalışmaya dâhil edilmemiştir. Ayrıca araştırma hastalar ile sınırlı tutulmuş, hasta yakınları, refakatçiler ve sağlık personeli araştırma kapsamına alınmamıştır. Hastanenin örneklemde temsili tabakalı örnekleme yöntemi ile sağlanmış, evrende ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların başvuru sayıları hastane bazlı hesaplanarak Genel Hastane, Nöroloji Ortopedi Hastanesi, Göğüs ve Kalp Damar Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ile Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastaneleri olmak üzere yapılmış, hastalar ise tesadüfi örnekleme yöntemi ile gönüllülük esaslı çalışmaya dâhil edilmiştir. Elde edilen anketler sonucunda anketlerde yer alan soruları eksiksiz olarak tamamlayan 421 ayaktan hasta ve 406 yatan hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.3 Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmanın verileri, ayaktan hasta deneyimi için "Bakım Kalite Komisyonu - Care Quality Commission (CQC)" anketi ve yatan hasta deneyimi için "Hastane Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemleri Tüketici Değerlendirmesi - Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)" anketi kullanılarak yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Anketlerin son bölümünde katılımcıların bireysel özelliklerini sorgulayan cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence durumu ve genel sağlık durumu gibi sorular bulunmaktadır. Yatan hastalardan veriler taburculuk kararının alınmasından sonra, hastaneden ayrılmadan evvel toplanmıştır. Tüm ölçeklerin sonuna katılımcıların tavsiye olasılıklarını değerlendirmek için Net Tavsiye Puanları eklenmiştir.

Birinci bölümde ayaktan hizmet alan hastaların deneyimlerini ölçmek için "Bakım Kalite Komisyonu - Care Quality Commission (CQC)" tarafından oluşturulan ve National Health Services (NHS) tarafından desteklenen Ayaktan Hasta Deneyimi anketi kullanılmıştır. Anket soruları 5'li likert (5= Çok iyi- 1=Çok kötü) tipindedir. Hastaneye gelmeden önce, gelirken, muayene için beklerken, muayenede, teşhis ve tedavi sürecinde ve genel değerlendirme sorularından oluşan bir ankettir.

İkinci bölümde ise HCAHPS yatan hasta ölçeği kullanılmıştır. Hastane deneyimine ilişkin sorular hemşireyle iletişim, doktorla iletişim, hastane ortamı, ilaçlar hakkında iletişim, taburculuk bilgileri ve hastaneyi arkadaşlara ve aileye tavsiye etme istekliliğine ilişkin soruları içermektedir. Sorular 5'li likert (5= Her zaman- 1=Hiçbir zaman) tipindedir.

Tüm veriler, 2024 yılı Ocak ve Şubat aylarını kapsayan sürede toplanmıştır.

3.4 Verilerin Analizi

Araştırmada tanımlayıcı bulgular frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Araştırma değişkenleri olan ayaktan ve yatan hasta deneyimi anketlerinden elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri, Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri ve basıklık-çarpıklık katsayıları ile incelenmiştir. Gerçekleştirilen inceleme sonucunda değişkenlerin normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiş olup hastaların çalışma kapsamında yer alan anket ve alt boyutlarından aldıkları puanların bireysel özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla ikili karşılaştırmalarda t testi ve ikiden fazla gruplarda ise ANOVA analizi kullanılmıştır. ANOVA analizi sonucunda anlamlı fark bulunan gruplar için Tukey HSD testinden faydalanılmıştır. Araştırma kapsamında yer alan değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin gücü, korelasyon katsayısı için takip eden kriterler kullanılarak belirlenmiştir: 0,00-0,19 "çok zayıf", 0,20-0,39 "zayıf", 0,40-0,59 "orta", 0,60-0,79 "güçlü" ve 0,80-1,0 "çok güçlü". İstatistiksel analizler için SPSS v.23 istatistik yazılımı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 belirlenmiştir.

Bunlara ek olarak araştırmada kullanılan anketlerin ayaktan ve yatan hasta deneyimini ölçüp ölçmediğinden emin olmak ve bulguların güvenilirliğini değerlendirmek için analizler öncesinde geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen analizlere yönelik bilgiler ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

3.4.1 Geçerlik Analizi

Geçerlik, hazırlanan anket ya da ölçme aracının hazırlanan amaca hizmet etme derecesi veya aracın ölçmeye çalışılan durumu ölçebilme düzeyi olarak ifade edilmektedir. Geçerli bir anketin ya da ölçeğin, yalnızca ölçülmek istenen niteliği ölçmeye duyarlı olması ve ölçülmek istenen niteliği diğer niteliklerden ayırt ederek ölçebilmesi beklenmektedir (Seçer, 2015). Ölçme araçlarının geçerliğinin değerlendirilmesinde bazı yöntemler bulunmakta olup en sık kullanılanı yapı geçerliğidir. Yapı geçerliliği, birbiriyle ilişkili olduğu varsayılan soruların ve ifadelerin aynı yapılar altında toplanıp toplanmadığını incelemektedir. Bu ifadelerin benzer yapılar altında gruplanması, ölçeğin yapısal açıdan geçerli olduğunu gösterir. İstatistiksel açıdan yapı geçerliliğini test etmenin en uygun yöntemi olarak faktör analizi önerilmektedir (Güçlü, 2020). Ayaktan ve hasta deneyiminin ölçümünde kullanılan farklı soruların yapısal bakımdan geçerli olup olmadığı açımlayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Yürütülen faktör analizi sonrasında anketlerin yapısal olarak geçerli olup olmadığında yönelik bir model elde edilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizinde yer alan faktörler, temel bileşenler analizi kullanılarak elde edilmiş ve döndürme tekniği olarak varimax döndürme (varimax rotation) yöntemi tercih edilmiştir. Ek olarak, yapı sayısını belirlemek için özdeğerlerin 1'in üzerinde, yapıları oluşturan ifadelerin faktör yüklerinin ise 0,30'un üzerinde olması gerektiği açıklanmaktadır (Güçlü, 2020). Bu tez çalışmasında da bu kriterler dikkate alınmış ve analiz sonucunda elde edilen veriler Tablo 2 ve 3'te sunulmuştur.

Tablo 2. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları*

Sorular	Tanı ve Tedavi Süreçleri	Erişim Kolaylığı
Hasta danışmanları ve diğer personellerin sizi bilgilendirme sürecini nasıl değerlendirirsiniz?	0,769	
Hekiminiz hastalığınız ve tedavi süreciniz hakkında anlayabileceğiniz şekilde açıklama yaptı mı?	0,746	
Hekiminizin sağlığınız veya tıbbi sorununuz ile ilgili muayene sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?	0,729	
Durumunuzu/tedavinizi tartışırken veya muayene sırasında mahremiyetinize önem verilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?	0,682	
Bakım ve tedavinizle ilgili kararlarda istediğiniz kadarıyla katılma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	0,805	
Tetkik alımı sırasında ve sonrasında yeterli bilgilendirme yapılma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?	0,745	
İlacınız ile ilgili kararlarda katılma durumunuz ve ilaçlarınız ile ilgili bilgilendirmenizi nasıl değerlendirirsiniz?	0,769	
Polikliniğe gelme nedeninizin beklediğiniz şekilde çözümlenme durumunu değerlendirir misiniz?	0,728	
Size uygun bir randevu alabilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?		0,653
Randevunuz hastane tarafından daha sonraki bir tarihe değiştirildi mi?		0,660
Muayene için hastaneye gelmeyi beklediğiniz süreyi nasıl yorumlarsınız?		0,516
Hastanenin ulaşımını nasıl değerlendirirsiniz?		0,556
Hasta karşılama, danışma personelinin size karşı davranışını nasıl değerlendirirsiniz?		0,461
Bekleme alanını nasıl değerlendirirsiniz? (Oturma alanı, sıcaklık, temizlik)		0,476
Hekiminizin istediği tetkikleri yaptırmak için ilgili yerlere (Radyoloji, Laboratuvar gibi) ulaşma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?		0,336
Özdeğer	7,330	1,077
Açıklanan Varyans Yüzdesi	48,865	7,182
Toplam Varyans Yüzdesi	48,865	56,047
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,943	
Bartlett Küresellik Testi	3206,113	
p	≤ 0,001	

Tablo 2'ye bakıldığında ayaktan hasta deneyimini ölçmek amacıyla kullanılan 15 sorunun iki boyut altında yer aldığı görülmektedir. Söz konusu boyutların özdeğerleri 1'in üzerindedir ve farklı boyutlar altında toplanan ifadelerin faktör yükleri de 0,3'ün üzerinde yer almaktadır. Ayrıca araştırmanın faktör analizi için yeterli (KMO:0,943>0,60) örneklem büyüklüğüne sahip olduğu ve kovaryans matrisi söz konusu analizler için uygun (Bartlett Küresellik Testi: 3206,113; p≤0,001) olduğu saptanmıştır (Güçlü, 2020). Söz konusu sonuçlar incelendiğinde *"Hasta danışmanları ve diğer personellerin sizi bilgilendirme sürecini nasıl değerlendirirsiniz?", "Hekiminiz hastalığınız ve tedavi süreciniz hakkında anlayabileceğiniz şekilde*

açıklama yaptı mı?", "Hekiminizin sağlığınız veya tıbbi sorununuz ile ilgili muayene sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?", "Durumunuzu/tedavinizi tartışırken veya muayene sırasında mahremiyetinize önem verilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?", "Bakım ve tedavinizle ilgili kararlarda istediğiniz kadarıyla katılma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?", "Tetkik alımı sırasında ve sonrasında yeterli bilgilendirme yapılma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?", "İlacınız ile ilgili kararlarda katılma durumunuz ve ilaçlarınız ile ilgili bilgilendirmenizi nasıl değerlendirirsiniz?" ve *"Polikliniğe gelme nedeninizin beklediğiniz şekilde çözümlenme durumunu değerlendirir misiniz?"* sorularına verilen yanıtlar tanı ve tedavi süreçleri boyutunu ve *"Size uygun bir randevu alabilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?", "Randevunuz hastane tarafından daha sonraki bir tarihe değiştirildi mi?", "Muayene için hastaneye gelmeyi beklediğiniz süreyi nasıl yorumlarsınız?", "Hastanenin ulaşımını nasıl değerlendirirsiniz?", "Hasta karşılama, danışma personelinin size karşı davranışını nasıl değerlendirirsiniz?", "Bekleme alanını nasıl değerlendirirsiniz? (Oturma alanı, sıcaklık, temizlik vb.)"* ve *"Hekiminizin istediği tetkikleri yaptırmak için ilgili yerlere (Radyoloji, Laboratuvar gibi) ulaşma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?"* sorularına verilen yanıtlar ise erişim kolaylığı boyutunu oluşturmaktadır.

Tablo 3 incelendiğinde yatan hasta deneyimini ölçmek amacıyla kullanılan 12 sorunun dört boyut altında yer aldığı görülmektedir. Söz konusu boyutların özdeğerleri 1'in üzerindedir ve farklı boyutlar altında toplanan ifadelerin faktör yükleri de 0,3'ün üzerinde yer almaktadır. Ayrıca araştırmanın faktör analizi için yeterli (KMO:0,742>0,60) örneklem büyüklüğüne sahip olduğu ve kovaryans matrisi söz konusu analizler için uygun (Bartlett Küresellik Testi: 1322,188; p≤0,001) olduğu saptanmıştır (Güçlü, 2020). Söz konusu sonuçlara bakıldığında *"Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?", "Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hemşireler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?", "Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler ne sıklıkla tedaviniz ve bakımınız hakkında açıklama ve bilgilendirmede bulundu?", "Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?", "Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hekimler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?"* ve *"Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler tedavi ve bakımınızla ilgili ne sıklıkla sizin anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundu?"* sorularına verilen yanıtlar hemşire ve hekimler ile iletişim boyutunu, *"Size yeni bir ilaç vermeden önce,*

hemşireler tarafından ilaç hakkında ne sıklıkla bilgi verildi?" ve *"Hemşireler size yeni bir ilaç vermeden önce, muhtemel yan etkilerini anlattı mı?"* sorularına verilen yanıtlar ilaçlar hakkında iletişim boyutunu, *"Hastanede kaldığınız süre boyunca, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi semptomlara veya sağlık problemlerine dikkat edileceği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?"* ve *"Hastanede kaldığınız süre boyunca, doktorlar, hemşireler veya diğer hastane personeli, hastaneden ayrıldığınızda ihtiyacınız olan yardımı alıp almayacağınız konusunda sizinle konuştu mu?"* sorularına verilen yanıtlar taburculuk bilgisi boyutunu ve *"Hastanede kaldığınız süre boyunca odanızın olduğu çevre ne sıklıkla sessizdi?"* ve *"Hastanede kaldığınız süre boyunca ne sıklıkla odanız ve banyonuz temizlendi?"* sorular verilen yanıtlar ise hastane ortamı boyutunu oluşturmaktadır.

Tablo 3. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları*

Sorular	Hemşire ve Hekimler ile İletişim	İlaçlar Hakkında İletişim	Taburculuk Bilgisi	Hastane Ortamı
Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?	0,678			
Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hemşireler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?	0,592			
Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler ne sıklıkla tedaviniz ve bakımınız hakkında açıklama ve bilgilendirmede bulundu?	0,536			
Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?	0,765			
Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hekimler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?	0,750			
Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler tedavi ve bakımınızla ilgili ne sıklıkla sizin anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundu?	0,537			
Size yeni bir ilaç vermeden önce, hemşireler tarafından ilaç hakkında ne sıklıkla bilgi verildi?		0,805		
Hemşireler size yeni bir ilaç vermeden önce, muhtemel yan etkilerini anlattı mı?		0,752		
Hastanede kaldığınız süre boyunca, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi semptomlara veya sağlık problemlerine dikkat edileceği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?			0,859	
Hastanede kaldığınız süre boyunca, doktorlar, hemşireler veya diğer hastane personeli, hastaneden ayrıldığınızda ihtiyacınız olan yardımı alıp almayacağınız konusunda sizinle konuştu mu?			0,853	
Hastanede kaldığınız süre boyunca odanızın olduğu çevre ne sıklıkla sessizdi?				0,768
Hastanede kaldığınız süre boyunca ne sıklıkla odanız ve banyonuz temizlendi?				0,720
Özdeğer	3,595	1,730	1,234	1,005
Açıklanan Varyans Yüzdesi	29,956	14,413	10,281	8,372
Toplam Varyans Yüzdesi	29,956	44,368	54,650	63,021
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,742			
Bartlett Küresellik Testi	1322,188			
p	≤ 0,001			

3.4.2 Güvenirlik Analizi

Araştırmaya katılan hastaların ayaktan hasta deneyimini ölçmek için dikkate alınan soruların güvenirliği içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa, α:) ile değerlendirilmiştir. Cronbach Alfa değeri 0,00-0,40 arasında ise anketin güvenilir olmadığı, ≤0,40-0,60 arasında ise güvenirliğin düşük, ≤0,60-0,80 arasında ise oldukça güvenilir ve ≤0,80-1,00 arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğu çıkarımında bulunulmaktadır (Karagöz, 2019). Gerçekleştirilen güvenirlik analizi sonuçlarına göre toplam 8 sorudan oluşan "tanı ve tedavi süreçleri" alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,910; toplam 7 sorudan oluşan "erişim kolaylığı" alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,799 olarak bulunmuştur. Ayaktan hasta deneyimi anketinin genel güvenirlik düzeyinin ise 0,920 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ayaktan hasta deneyimini değerlendirmek için bir araya getirilen 15 soruluk yapının içsel açıdan tutarlı yani güvenilir olduğu belirtilebilir.

Ayaktan hasta deneyiminin yanı sıra yatan hasta deneyimini ölçmek için de içsel tutarlılık katsayısından (Cronbach Alfa, α:) yararlanılmıştır. Gerçekleştirilen güvenirlik analizi sonuçlarına göre toplam 6 sorudan oluşan "hemşire ve hekimler ile iletişim" alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,776; toplam 2 sorudan oluşan "ilaçlar hakkında iletişim" alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,639; toplam 2 sorudan oluşan "taburculuk bilgisi" alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,709 ve toplam 2 sorudan oluşan "hastane ortamı" alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,508 olarak bulunmuştur. İçsel tutarlılık analizinde, hastane ortamı için Cronbach alfa değeri düşük bulunmuştur. Bu durumun nedeni olarak Cronbach alfa değerinin ölçekteki madde sayısına oldukça duyarlı olması görülmekte olup az sayıda madde içeren ölçeklerde/anketlerde (özellikle 2 maddeli ölçeklerde/anketler) düşük Cronbach alfa değerinin bulunmasının yaygın olduğu bildirilmektedir (Streiner vd., 2015). Aoki ve arkadaşları tarafından HCHAPS anketinin Japonya versiyonu için gerçekleştirilen araştırmada benzer soruların yer aldığı "hastane ortamı" boyutunun Cronbach alfa değeri (0,49) de bu çalışmadakine benzer bulunmuştur (Aoki vd., 2020). Ayaktan hasta deneyimi anketinin genel güvenirlik düzeyinin 0,764 olduğu tespit edilmiştir. Yatan hasta deneyimini değerlendirmek için bir araya getirilen 12 soruluk yapının içsel açıdan tutarlı yani güvenilir olduğu belirtilebilir.

3.5 Etik Kurul

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu'nun 22.11.2023 tarihli ve 09/231 karar sayılı izin belgesi ile çalışmanın uygulanmasının etik açıdan uygun olduğu belirlenmiştir. İlgili "Etik Kurul Onayı" EK-1'de sunulmuştur.

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nin 14.12.2023 tarihli ve E-97367300-799-231692978 karar sayılı izin belgesi ile çalışmanın Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde uygulanmasının idari açıdan uygun olduğu belirlenmiştir. İlgili "Hastane Uygulama İzinleri" EK-2'de sunulmuştur.

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın çeşitli sınırlılıkları vardır. Birincisi; Türkiye'de konu ile ilgili yapılan çalışmaların azlığı ve literatürde benzer çalışmaların sayıca yetersiz olmasıdır. Kullanılan ölçeklerin sonuçlarının ulusal boyutta karşılaştırılabileceği çalışma sayısı bulunamamış uluslararası boyutta ise sınırlı sayıda bulunabilmiştir. Bu çalışma, bir hastane kampüsündeki hastaların deneyimlerini tanımlamayı amaçlamıştır ve bu nedenle sonuçlar diğer sağlık hizmet sunucuları için geçerli olmayabilir. Katılmayı reddeden hastaların katılmayı kabul edenlerden bir şekilde farklı olması durumunda katılım yanlılığı potansiyeli de mevcuttur. Bununla birlikte Türkçe bilmeyen hastalar da bu çalışmanın dışında tutulmuştur ve bu hastaların farklı deneyimleri olmuş olabilir. Hasta görüşmeleri her ne kadar taburculuk işlemleri gerçekleştikten sonra yapılmış olsa da hastalar hastaneden ayrılmadan önce yapılmıştır. Bu durum hastaların deneyimlerine ilişkin algılarını tam olarak açıklama isteklerini engellemiş olabilir. Ayrıca hastalar hastaneden sonraki süreci uygulamalı yaşamadıkları için tam deneyimlerini tam olarak yansıtamamış olabilirler.

4. BULGULAR

Tablo 4'te ayaktan hastaların bireysel özelliklerine ilişkin sonuçlara yer verilmiştir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu kadınlar (n=253), 30-44 yaş grubunda (n=153) yer alanlar, eğitim durumuna göre önlisans/lisans mezunları (n=172) ve sosyal güvence durumuna göre SGK çalışanları (n=235) oluşturmaktadır.

Tablo 4. *Ayaktan Hastaların Bireysel Özellikleri*

Bireysel Özellikler	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
Cinsiyet		
Kadın	253	60,1
Erkek	168	39,9
Yaş		
18-29	102	24,2
30-44	153	36,3
45-64	139	33,0
65 ve üzeri	27	6,4
Eğitim Durumu		
İlköğretim	78	18,5
Lise	163	38,7
Önlisans/Lisans	172	40,9
Yüksek Lisans/Doktora	8	1,9
Sosyal Güvence		
SGK	413	98,0
Özel Sağlık Sigortası	4	1,0
Anlaşmalı Kurumlar	4	1,0
Toplam	**421**	**100**

Ayaktan hastaların son 1 yıllık süreçte hastaneye başvuru sıklığı ve başvuru nedenlerine ilişkin sonuçlara Tablo 5'te yer verilmiştir. Hastaların %44,2'sinin yılda 2-3 kez ve %23,0'ünün ise yılda 4-8 kez söz konusu hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Bahsi geçen hastaneye ilk kez başvuru yapanların oranı ise yalnızca

%15,0 olarak bulunmuştur. Hastaların başvuru nedenleri incelendiğinde %44,2 ile tıbbi tanı ve tedavi almak, %24 ile tetkik yaptırmak ve %20 ile tetkik sonuçlarını göstermek için hastaneye başvurdukları belirlenmiştir.

Tablo 5. *Ayaktan Hastaların Son 1 Yılda Hastaneye Başvuru Sıklığı ve Başvuru Nedenleri*

Başvuru Sıklığı	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**
1 kere	63	15,0
2-3 kere	186	44,2
4-8 kere	97	23,0
8-10 kere	33	7,8
10 kereden fazla	42	10,0
Başvuru Nedenleri		
Tetkik yaptırmak	101	24,0
Tetkik sonuçlarını göstermek	84	20,0
Tıbbi tanı ve tedavi almak	186	44,2
Düzenli check up yaptırmak	5	1,2
Cerrahi girişim öncesi kontrol	3	0,7
Tedavi sonrası kontrol	24	5,7
Ameliyat sonrası kontrol	5	1,2
Diğer	13	3,1
Toplam	421	100

Tablo 6'da katılımcıların ayaktan hasta deneyimi anketinde yer alan sorular ve boyutlardan aldıkları puanların ortalama ve standart sapma sonuçları bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde katılımcıların tanı ve tedavi süreçleri boyutuna ilişkin puanların 3,86 ± 0,68 olduğu bulunmuştur. Erişim kolaylığına ilişkin boyut puanının ise 3,84 ± 0,57 olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu sonuçlara göre ayaktan hastaların hastaneye ilişkin tanı ve tedavi süreçleri ile erişim kolaylığı algılarının "iyi" düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 6. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Sorular ve Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler*

Ayaktan Hasta Deneyimi Sorular ve Boyutlar	Ortalama (x̄)	Standart Sapma (±)
Hasta danışmanları ve diğer personellerin sizi bilgilendirme sürecini nasıl değerlendirirsiniz?	3,95	0,81
Hekiminiz hastalığınız ve tedavi süreciniz hakkında anlayabileceğiniz şekilde açıklama yaptı mı?	3,87	0,96
Hekiminizin sağlığınız veya tıbbi sorununuz ile ilgili muayene sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?	3,87	0,92
Durumunuzu/tedavinizi tartışırken veya muayene sırasında mahremiyetinize önem verilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?	4,00	0,88
Bakım ve tedavinizle ilgili kararlarda istediğiniz kadarıyla katılma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	3,84	0,80
Tetkik alımı sırasında ve sonrasında yeterli bilgilendirme yapılma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?	3,85	0,88
İlacınız ile ilgili kararlarda katılma durumunuz ve ilaçlarınız ile ilgili bilgilendirmenizi nasıl değerlendirirsiniz?	3,76	0,88
Polikliniğe gelme nedeninizin beklediğiniz şekilde çözümlenme durumunu değerlendirir misiniz?	3,81	0,83
Tanı ve Tedavi Süreçleri	**3,86**	**0,68**
Size uygun bir randevu alabilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?	3,69	0,98
Randevunuz hastane tarafından daha sonraki bir tarihe değiştirildi mi?	4,70	0,61
Muayene için hastaneye gelmeyi beklediğiniz süreyi nasıl yorumlarsınız?	3,55	0,92
Hastanenin ulaşımını nasıl değerlendirirsiniz?	3,50	1,02
Hasta karşılama, danışma personelinin size karşı davranışını nasıl değerlendirirsiniz?	4,02	0,85
Bekleme alanını nasıl değerlendirirsiniz? (Oturma alanı, sıcaklık, temizlik)	3,79	0,94
Hekiminizin istediği tetkikleri yaptırmak için ilgili yerlere (Radyoloji, Laboratuvar gibi) ulaşma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	3,70	0,91
Erişim Kolaylığı	**3,84**	**0,57**

Tablo 7'de Ankara Etlik Şehir Hastanesine ayaktan başvuran hastaların hastaneye ilişkin NTP sonuçlarına yer verilmiştir. Söz konusu sonuçlar incelendiğinde hastaların %47'sinin Destekçiler olarak ifade edilen ve NTP puanları 9 ile 10 olan

hastalardan oluştuğu görülmektedir. Tarafsızlar olarak ifade edilen ve NTP puanları 7 ile 8 olanların oranının ise %30,2 olduğu saptanmıştır. Hastaların ortalama puanlarının ise 7,62 ± 2,46 olduğu belirlenmiştir. Söz konusu sonuçlara göre Ankara Etlik Şehir Hastanesine ayaktan başvuran hastaların neredeyse %50'sinin hastaneyi tavsiye edeceği söylenebilir.

Tablo 7. *Ankara Etlik Şehir Hastanesi Ayaktan Hastaların Hastaneye İlişkin Net Tavsiye Puanları (NTP)*

NTP	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**	**Ortalama ($\bar{x}$)**	**Standart Sapma (±)**
0 (Asla tavsiye etmem)	6	1,4	7,62	2,46
1	8	1,9		
2	10	2,4		
3	15	3,6		
4	15	3,6		
5	20	4,8		
6	22	5,2		
7	62	14,7		
8	65	15,4		
9	89	21,1		
10 (Kesinlikle tavsiye ederim)	109	25,9		
Toplam	**421**	**100,0**		

Tablo 8'de Ankara Etlik Şehir Hastanesine ayaktan başvuran hastaların poliklinik hizmetlerine ilişkin genel algı düzeylerini gösteren sonuçlar yer almaktadır. Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan hastaların %38,7'sinin genel olarak poliklinik hizmetlerini "iyi" ve %29,7'sinin "çok iyi" düzeyde bulduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. *Ankara Etlik Şehir Hastanesi Ayaktan Hastaların Poliklinik Hizmetlerine İlişkin Genel Algı Düzeyleri*

Genel Algı	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**	**Ortalama ($\bar{x}$)**	**Standart Sapma (±)**
Çok kötü	0	0,0	3,93	0,87
Kötü	22	5,2		
Orta	111	26,4		
İyi	163	38,7		
Çok iyi	125	29,7		
Toplam	**421**	**100,0**		

Tablo 9'da araştırmaya katılan hastaların ayaktan hasta deneyimi anketi alt boyutları, poliklinik genel algı ve NTP puanlarının bireysel özellikler, hastaneye başvuru sıklığı ve başvuru nedenlerine göre bağımsız gruplar T testi ve ANOVA analizi ile gerçekleştirilen karşılaştırmalara ilişkin sonuçlara yer verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde yaşa göre tanı ve tedavi süreçleri alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiş (F= 3,140, p= 0,025) olup 18-29 yaş grubunda yer alanların tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin puanlarının (4,00 ± 0,67) 65 yaş ve üzerindekilere (3,58 ± 0,71) kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erişim kolaylığı alt boyutunda hastaneye başvuru nedenlerine göre de istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F= 2,557, p= 0,014) ve ameliyat sonrası kontrol (4,60 ± 0,23) amacıyla hastaneye başvuranların tetkik sonuçlarını göstermek (3,72 ± 0,57) üzere hastaneye başvuranlara kıyasla erişim kolaylığı alt boyutundan aldıkları puanın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer göstergeler açısından ise istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Söz konusu sonuçlara göre araştırma kapsamında kurulan H_{1a} hipotezi sadece yaş ve başvuru nedenleri için kabul edilmiş, H_{1b} ve H_{1c} hipotezleri ise reddedilmiştir.

Tablo 9. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutları, Poliklinik Genel Algı ve NTP'nin Bireysel Özellikler ve Hastaneye Başvuruya İlişkin Sorulara Göre Karşılaştırılması*

	Tanı ve Tedavi Süreçleri		**Erişim Kolaylığı**		**Poliklinik Genel Algı**		**NTP**	
Bireysel Özellikler	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**
Cinsiyet								
Kadın	3,83 ± 0,68	t= -1,246 p= 0,214	3,81 ± 0,55	t= -1,342 p= 0,180	3,92 ± 0,87	t= -0,224 p= 0,823	7,59 ± 2,47	t= -0,325 p= 0,745
Erkek	3,92 ± 0,69		3,89 ± 0,59		3,94 ± 0,89		7,67 ± 2,45	
Yaş								
18-29	4,00 ± 0,67 [a]	**F= 3,140 p= 0,025**	3,87 ± 0,63	F= 0,127 p= 0,944	4,08 ± 0,81	F= 1,975 p= 0,117	7,82 ± 2,34	F= 0,543 p= 0,653
30-44	3,86 ± 0,67 [ab]		3,85 ± 0,58		3,92 ± 0,85		7,65 ± 2,41	
45-64	3,82 ± 0,68 [ab]		3,83 ± 0,62		3,88 ± 0,92		7,53 ± 2,62	
65 ve üzeri	3,58 ± 0,71 [b]		3,79 ±0,60		3,67 ± 0,87		7,22 ± 2,41	
Eğitim Durumu								
İlköğretim	3,98 ± 0,70	F= 1,083 p= 0,356	4,01 ± 0,60	F= 2,409 p= 0,067	4,09 ± 0,84	F= 1,169 p= 0,321	7,62 ± 2,93	F= 0,486 p= 0,692
Lise	3,86 ± 0,68		3,80 ± 0,60		3,87 ± 0,86		7,65 ± 2,12	
Önlisans/Lisans	3,81 ± 0,67		3,81 ± 0,61		3,91 ± 0,89		7,56 ± 2,57	
Yüksek Lisans/Doktora	3,93 ± 0,82		3,92 ± 0,65		4,00 ± 1,07		8,63 ± 1,60	
Sosyal Güvence								
SGK	3,87 ± 0,68	F= 0,754 p= 0,471	3,85 ± 0,60	F= 1,577 p= 0,208	3,94 ± 0,87	F= 1,306 p= 0,272	7,65 ± 2,46	F= 1,144 p= 0,320
Özel Sağlık Sigortası	3,62 ± 0,72		3,32 ± 0,45		3,75 ± 0,95		6,00 ± 2,44	
Anlaşmalı Kurumlar	3,53 ± 0,99		3,75 ± 0,88		3,25 ± 1,25		6,75 ± 2,06	
Hastaneye Başvuruya İlişkin Sorular								
Başvuru Sıklığı								
1 kere	4,06 ± 0,70	F= 2,337 p= 0,055	4,00 ± 0,63	F= 2,003 p= 0,093	4,13 ± 0,87	F= 2,574 p= 0,051	7,90 ± 2,58	F= 0,686 p= 0,602
2-3 kere	3,81 ± 0,66		3,87 ± 0,56		3,91 ± 0,85		7,62 ± 2,39	

Tablo 9. Devamı

4-8 kere	3,83 ± 0,69		3,75 ± 0,63		3,80 ± 0,86		7,65 ± 2,29	
8-10 kere	3,73 ± 0,69		3,72 ± 0,64		3,73 ± 0,94		7,03 ± 2,85	
10 kereden fazla	3,98 ± 0,67		3,83 ± 0,62		4,17 ± 0,88		7,64 ± 2,64	
Başvuru Nedenleri								
Tetkik yaptırmak	3,85 ± 0,69		3,91 ± 0,61 [ab]		3,84 ± 0,85		7,56 ± 2,49	
Tetkik sonuçlarını göstermek	3,88 ± 0,65		3,72 ± 0,57 [a]		3,99 ± 0,81		7,42 ± 2,49	
Tıbbi tanı ve tedavi almak	3,84 ± 0,71		3,82 ± 0,60 [ab]		3,92 ± 0,92		7,80 ± 2,35	
Düzenli check up yaptırmak	3,80 ± 0,42	F= 0,762 p= 0,619	4,11 ± 0,49 [ab]	**F= 2,557 p= 0,014**	3,80 ± 0,83	F= 1,188 p= 0,308	7,60 ± 3,13	F= 0,959 p= 0,461
Cerrahi girişim öncesi kontrol	3,58 ± 0,59		3,33 ± 0,92 [ab]		3,00 ± 1,00		5,33 ± 2,08	
Tedavi sonrası kontrol	3,95 ± 0,58		3,91 ± 0,65 [ab]		4,04 ± 0,75		7,33 ± 2,92	
Ameliyat sonrası kontrol	4,47 ± 0,32		4,60 ± 0,23 [b]		4,40 ± 0,89		9,20 ± 1,30	
Diğer	3,95 ± 0,67		4,07 ± 0,62 [ab]		4,23 ± 0,72		7,38 ± 2,72	

Aynı satırda ve aynı harflere (a-b) sahip gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.

Ayaktan hasta deneyimi anketi alt boyutları, poliklinik genel algı ve NTP değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir ve sonuçlar Tablo 10'da bulunmaktadır. Tablo 10 incelendiğinde tanı ve tedavi süreçleri ve erişim kolaylığı ayaktan hasta deneyimi alt boyutlarının birbirleriyle ve poliklinik genel algı değişkeni ile güçlü düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Söz konusu değişkenlerin NTP ile ilişkisinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre değişkenler arasında orta-güçlü düzeyde ilişkinin olduğu çıkarımında bulunulabilir. Söz konusu sonuçlara göre araştırma kapsamında kurulan H_{1d} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 10. *Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutları, Poliklinik Genel Algı ve NTP Arasındaki Korelasyon Değerleri*

	Tanı ve Tedavi Süreçleri	Erişim Kolaylığı	Poliklinik Genel Algı	NTP
Tanı ve Tedavi Süreçleri	1			
Erişim Kolaylığı	0,767**	1		
Poliklinik Genel Algı	0,765**	0,635**	1	
NTP	0,588**	0,543**	0,563**	1

**p<0,01

Tablo 11'de yatan hastaların bireysel özelliklerine ilişkin sonuçlara yer verilmiştir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu kadınlar (n=244), 45-64 yaş grubunda (n=141) yer alanlar, eğitim durumuna göre ilköğretim mezunları (n=164) ve sosyal güvence durumuna göre SGK çalışanları (n=181) oluşturmaktadır. Katılımcıların genel sağlık durumuna ilişkin sonuçlar incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun sağlık durumunu iyi (n=251) olarak algıladığı belirlenmiştir.

Tablo 11. *Yatan Hastaların Bireysel Özellikleri*

Demografik Özellik	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	162	39,9
Kadın	244	60,1
Yaş		
18-29	82	20,2
30-44	114	28,1
45-64	141	34,7
65 ve üzeri	69	17,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	164	40,4
Lise	156	38,4
Önlisans/Lisans	80	19,7
Yüksek Lisans/Doktora	6	1,5
Sosyal Güvence		
SGK	397	97,8
Özel Sağlık Sigortası	6	1,5
Anlaşmalı Kurumlar	3	0,7
Genel Sağlık Durumu		
Çok iyi	74	18,2
İyi	251	61,8
Orta	55	13,5
Kötü	22	5,4
Çok kötü	4	1,0
Toplam	**406**	**100**

Tablo 12'de araştırmaya katılan hastaların yatan hasta deneyimi anketinde yer alan sorular ve boyutlardan aldıkları puanların ortalama ve standart sapma sonuçları bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde katılımcıların hemşire ve hekimler ile iletişim boyutuna ilişkin puanlarının 4,58 ± 0,48; ilaçlar hakkında iletişim boyutuna ilişkin puanlarının 4,33 ± 0,87; taburculuk bilgisi boyutuna ilişkin puanlarının 1,83 ± 0,32 ve hastane ortamı boyutuna ilişkin puanlarının ise 4,35 ± 0,65 olduğu bulunmuştur. Söz

konusu sonuçlara göre yatan hastaların hastaneye ilişkin hemşireler ve hekimler ile iletişim, ilaçlar hakkında iletişim ve hastane ortamı hakkında algılarının "çok iyi" düzeyde olduğu söylenebilir. Taburculuk bilgisine ait cevap seçenekleri "evet" ve "hayır" şeklinde olduğundan taburculuk bilgisine ait algılarının da istenen düzeyde olduğu belirtilebilir.

Tablo 12. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Sorular ve Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler*

Sorular	**Ortalama ($\bar{x}$)**	**Standart Sapma (±)**
Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?	4,78	0,52
Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hemşireler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?	4,74	0,52
Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler ne sıklıkla tedaviniz ve bakımınız hakkında açıklama ve bilgilendirmede bulundu?	4,67	0,61
Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?	4,52	0,76
Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hekimler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?	4,39	0,94
Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler tedavi ve bakımınızla ilgili ne sıklıkla sizin anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundu?	4,41	0,80
Hemşire ve Hekimler ile İletişim	4,58	0,48
Size yeni bir ilaç vermeden önce, hemşireler tarafından ilaç hakkında ne sıklıkla bilgi verildi?	4,60	0,70
Hemşireler size yeni bir ilaç vermeden önce, muhtemel yan etkilerini anlattı mı?	4,07	1,25
İlaçlar Hakkında İletişim	4,33	0,87
Hastanede kaldığınız süre boyunca, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi semptomlara veya sağlık problemlerine dikkat edileceği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?	1,85	0,35
Hastanede kaldığınız süre boyunca, doktorlar, hemşireler veya diğer hastane personeli, hastaneden ayrıldığınızda ihtiyacınız olan yardımı alıp almayacağınız konusunda sizinle konuştu mu?	1,82	0,38
Taburculuk Bilgisi	1,83	0,32
Hastanede kaldığınız süre boyunca odanızın olduğu çevre ne sıklıkla sessizdi?	4,55	0,68
Hastanede kaldığınız süre boyunca ne sıklıkla odanız ve banyonuz temizlendi?	4,17	0,90
Hastane Ortamı	4,35	0,65

Tablo 13'te Ankara Etlik Şehir Hastanesinde yatan hastaların hastaneye ilişkin NTP sonuçlarına yer verilmiştir. Söz konusu sonuçlar incelendiğinde hastaların %59,7'sinin Destekçiler olarak ifade edilen ve NTP puanları 9 ile 10 olan hastalardan oluştuğu görülmektedir. Tarafsızlar olarak ifade edilen ve NTP puanları 7 ile 8 olanların oranının ise %27,8 olduğu saptanmıştır. Hastaların ortalama puanlarının ise 8,47 ± 2,08 olduğu belirlenmiştir. Söz konusu sonuçlara göre Ankara Etlik Şehir Hastanesinde yatan hastaların neredeyse %60'ının hastaneyi tavsiye edeceği söylenebilir.

Tablo 13. *Ankara Etlik Şehir Hastanesinde Yatan Hastaların Hastaneye İlişkin Net Tavsiye Puanları (NTP)*

NTP	**Frekans (n)**	**Yüzde (%)**	**Ortalama (x̄)**	**Standart Sapma (±)**
0 (Asla tavsiye etmem)	8	2,0	8,47	2,08
1	1	0,2		
2	3	0,7		
3	3	0,7		
4	5	1,2		
5	9	2,2		
6	22	5,4		
7	44	10,8		
8	69	17,0		
9	53	13,1		
10 (Kesinlikle tavsiye ederim)	189	46,6		
Toplam	**406**	**100,0**		

Tablo 14'te araştırmaya katılan hastaların yatan hasta deneyimi anketi alt boyutları ve NTP puanlarının bireysel özelliklere göre bağımsız gruplar T testi ve ANOVA analizi ile gerçekleştirilen karşılaştırmalara ilişkin sonuçlara yer verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde yaşa göre hastane ortamı alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiş (F= 2,805, p= 0,040) olup 65 yaş ve üzerindekilerin (4,56 ± 0,54) hastane ortamı puanlarının 30-44 (4,30 ± 0,66) ve 45-64 (4,31 ± 0,70) yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumuna göre ilaçlar hakkında iletişim alt boyutundan alınan

puanlar karşılaştırıldığında ilköğretim mezunlarının (4,42 ± 0,78) yüksek lisans/doktora mezunlarına (3,50 ± 1,30) kıyasla (F= 2,727, p= 0,044); taburculuk bilgisi alt boyutunda ilköğretim mezunlarının (1,88 ± 0,28) önlisans/lisans mezunlarına (1,76 ± 0,36) kıyasla (F= 2,556, p= 0,048) ve NTP açısından ise önlisans/lisans (8,94 ± 1,53) lise mezunlarına (8,19 ± 2,28) kıyasla (F= 2,574, p= 0,043) puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup sonuçlar istatistiki açıdan anlamlıdır. Son olarak yatan hastalar genel sağlık durumlarına göre yatan hasta deneyimi anketi alt boyutu ve NTP skorları açısından karşılaştırıldığında genel sağlık durumunu "çok iyi" olarak algılayanların hemşire ve hekimler ile iletişim, ilaçlar hakkında iletişim, taburculuk bilgisi, hastane ortamı ve NTP puanlarının diğerlerine kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Söz konusu sonuçlara göre araştırma kapsamında kurulan H_{2a} hipotezi yaş, eğitim durumu ve genel sağlık durumu için ve H_{2b} hipotezi ise eğitim durumu ve genel sağlık durumu için kabul edilmiştir.

Tablo 14. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutları ve NTP'nin Bireysel Özelliklere Göre Karşılaştırılması*

	Hemşire ve Hekimler ile İletişim		**İlaçlar Hakkında İletişim**		**Taburculuk Bilgisi**		**Hastane Ortamı**		**NTP**	
Bireysel Özellikler	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**	**Ortalama (x̄)-Standart Sapma (±)**	**t/F p**
Cinsiyet										
Kadın	4,57 ± 0,47	t= 0,401	4,31 ± 0,88	t= 0,608	1,82 ± 0,33	t= 0,288	4,32 ± 0,66	t= 1,149	8,50 ± 2,11	t= -0,321
Erkek	4,59 ± 0,51	p= 0,689	4,36 ± 0,85	p= 0,544	1,83 ± 0,32	p= 0,773	4,40 ± 0,64	p= 0,251	8,43 ± 2,03	p= 0,748
Yaş										
18-29	4,63 ± 0,42		4,23 ± 0,88		1,79 ± 0,37		$4,32 \pm 0,61^{ab}$		8,81 ± 1,67	
30-44	4,55 ± 0,51	F= 1,802	4,32 ± 0,82	F= 0,846	1,87± 0,27	F= 1,719	$4,30 \pm 0,66^{b}$	**F= 2,805**	8,42 ± 2,10	F=2,811
45-64	4,52 ± 0,50	p= 0,146	4,33 ± 0,89	p= 0,469	1,80 ± 0,34	p= 0,162	$4,31 \pm 0,70^{b}$	**p= 0,040**	8,12 ± 2,30	p= 0,079
65 ve üzeri	4,67± 0,46		4,46 ± 0,88		1,86 ± 0,29		$4,56 \pm 0,54^{a}$		8,84 ± 1,90	
Eğitim Durumu										
İlköğretim	4,56 ± 0,51		$4,42 \pm 0,78^{a}$		$1,88 \pm 0,28^{a}$		4,44 ± 0,66		$8,49 \pm 2,10^{ab}$	
Lise	4,59 ± 0,46		$4,29 \pm 0,92^{ab}$		$1,81 \pm 0,34^{ab}$		4,26 ± 0,67		$8,19 \pm 2,28^{a}$	
Önlisans/Lisans	4,59 ± 0,47	F= 0,190	$4,28 \pm 0,87^{ab}$	**F= 2,727**	$1,76 \pm 0,36^{b}$	**F= 2,556**	4,39 ± 0,58	F= 2,764	$8,94 \pm 1,53^{b}$	**F= 2,574**
Yüksek Lisans/Doktora	4,66 ± 0,31	p= 0,903	$3,50 \pm 1,30^{b}$	**p= 0,044**	$1,83 \pm 0,25^{ab}$	**p= 0,048**	4,00 ± 0,77	p= 0,062	$9,17 \pm 0,75^{ab}$	**p= 0,043**
Sosyal Güvence										
SGK	4,58 ± 0,48		4,34 ± 0,86		1,83 ± 0,32		4,35 ± 0,65		8,46 ± 2,09	
Özel Sağlık Sigortası	4,47 ± 0,67	F= 0,741	3,75 ± 1,40	F= 1,855	1,83 ± 0,40	F= 0,387	4,25 ± 0,68	F= 1,523	8,50 ± 1,76	F= 0,497
Anlaşmalı Kurumlar	4,88 ± 0,19	p= 0,478	4,83 ± 0,28	p= 0,158	2,00 ± 0,00	p= 0,679	5,00 ± 0,00	p= 0,219	9,67 ± 0,57	p= 0,609
Genel Sağlık Durumu										
Çok iyi	$4,79 \pm 0,34^{a}$		$4,49 \pm 0,93^{a}$		$1,92 \pm 0,22^{a}$		$4,67 \pm 0,46^{a}$		$9,28 \pm 1,60^{a}$	
İyi	$4,58 \pm 0,47^{b}$	**F= 7,733**	$4,35 \pm 0,78^{ab}$	**F= 2,225**	$1,83 \pm 0,32^{a}$	**F= 5,693**	$4,32 \pm 0,63^{b}$	**F= 7,836**	$8,51 \pm 1,89^{b}$	**F= 7,323**
Orta	$4,40 \pm 0,52^{bc}$	**p= 0,001**	$4,04 \pm 1,03^{b}$	**p= 0,032**	$1,79 \pm 0,34^{a}$	**p= 0,001**	$4,21 \pm 0,79^{b}$	**p= 0,001**	$7,62 \pm 2,52^{c}$	**p= 0,001**
Kötü	$4,29 \pm 0,67^{c}$		$4,29 \pm 1,06^{ab}$		$1,72 \pm 0,42^{ab}$		$3,97 \pm 0,76^{b}$		$7,95 \pm 2,55^{bc}$	
Çok kötü	$4,41 \pm 0,56^{abc}$		$4,50 \pm 0,57^{ab}$		$1,25 \pm 0,50^{b}$		$4,75 \pm 0,28^{ab}$		$6,00 \pm 4,89^{bc}$	

Aynı satırda ve aynı harflere (a-b) sahip gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur.

Yatan hasta deneyimi anketi alt boyutları ve NTP değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir ve sonuçlar Tablo 15'te bulunmaktadır. Tablo 15 incelendiğinde taburculuk bilgisi ve hastane ortamı alt boyutları arasındaki ilişki haricinde tüm alt boyutların birbiriyle ve NTP ile arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. İlişkinin gücüne bakıldığında hemşire ve hekimler ile iletişimin, hastane ortamı ve NTP ile arasında orta düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyutlar ve NTP arasındaki ilişkinin ise zayıf düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu sonuçlara göre araştırma kapsamında H_{2c} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 15. *Yatan Hasta Deneyimi Anketi Alt Boyutlar ve NTP Arasındaki Korelasyon Değerleri*

	Hemşire ve Hekimler ile İletişim	İlaçlar Hakkında İletişim	Taburculuk Bilgisi	Hastane Ortamı	NTP
Hemşire ve Hekimler ile İletişim	1				
İlaçlar Hakkında İletişim	0,272**	1			
Taburculuk Bilgisi	0,150**	0,290**	1		
Hastane Ortamı	0,426**	0,222**	0,080	1	
NTP	0,525**	0,108**	0,134**	0,297**	1

**p<0,01

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, şehir hastanelerinden hizmet alan hastaların hastane süreçleri ile ilgili deneyimlerini ölçmek amaçlanmıştır. Sonuç ölçütleri olarak analiz edilen hasta deneyiminin 7 boyutu (tanı ve tedavi süreçleri, erişim kolaylığı, poliklinik genel algı, hemşire ve hekimler ile iletişim, ilaçlar hakkında iletişim, taburculuk bilgisi, hastane ortamı)incelenmiştir. Randevu ve bekleme süreleri, coğrafi konum, fiziksel büyüklük, hasta başına düşen personel sayısı, iletişim ve otelcilik hizmetleri hastane deneyimini etkileyebilecek olası etkenler olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada, ayaktan tedavi alan hastaların: çoğunluğunu (%60,1) kadınlar oluşturmuştur. Yaş gruplarında (%69,3) orta-ileri yaş grubunun (30-64 yaş) ağırlıklı olduğu görülmüştür. Katılımcıların %38,7'si lise mezunu iken %40,9'u üniversite veya daha yüksek seviyeden mezun olmuştur. Bu oranlar Türkiye'de 2003 yılında yapılan bir çalışmadaki bulgular ile benzer olmakla birlikte, kadın hastaların ve ileri yaş gruplarının hastaneye başvuran popülasyonda ağırlıkta olması ve örneklem seçilirken cinsiyete ve eğitim durumuna göre tabakalandırma yapılmamış olması nedeniyle benzer olduğu düşünülmektedir (Erdem & Pirinçci, 2003).

Katılımcıların hastaneye başvuru sıklığı ele alındığında son 1 yıl içerisinde hastaneye 2-3 kez başvuranların oranı %44,2 ve 4-8 kez başvuranların oranı %23 olarak bulunmuştur. Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamak hastanelere başvuru sayısı 2022 yılında kişi başına 6 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Ayaktan tedavi alan hastaların tanı ve tedavi süreçleri boyutu incelendiğinde deneyimlerinin (3,86) iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu boyutun içeriğine bakıldığında Katılımcıların verdikleri yanıtlardan hastane personelinin kendilerine karşı davranışlarından yüksek oranda tatmin olduğu anlaşılmıştır.

Tanı ve tedavi süreçleri alt boyutunda katılımcıların, hekim ile kurdukları iletişim ve muayene sürelerinden tatmin oldukları görülmüştür. Muayene sırasında, hastaların sıkıntılarını anlattığı durumların %67'sinde sözü kesilmeden önce ortalama 11 saniye boyunca konuştukları tespit edilmiştir (Ospina vd., 2019). Sağlık okuryazarlığı üzerine 2004 yılında yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada yalnızca %12'lik bir kısmın bu konuda yetkin olduğu görülmüştür. Bu yetersiz anlama

düzeyinin hastaların karmaşık cümle yapılarını anlama, sözlü talimatları uygulama ve sağlık hizmeti sunucularıyla iletişim kurmalarını da engellediği önemle belirtilmiştir (Dewalt vd., 2004). İyi hasta-hekim iletişiminin, bakım kalitesini büyük oranda etkileme potansiyeline sahip olduğu bilinmektedir (Wu vd., 2022). Anlaşılabilir şekilde iletişim kurulması, literatürdeki çalışmaların da desteklediği gibi hasta deneyimlerinin olumlu olmasına katkı sağlamıştır. Çin'de 2021 yılında yapılan bir çalışma sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek olan hastaların daha iyi bir ayakta tedavi deneyimi yaşama olasılığının daha yüksek, iletişim ve bilgi kullanım yeteneğinin ise hasta deneyimi üzerinde en büyük etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (Wang vd., 2021).

Tanı ve tedavi süreçleri alt boyutunda, katılımcıların muayene sırasında mahremiyet durumlarını olumlu olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Türkiye'de 2016 yılında Konya'da 1.013 katılımcı ile yapılan bir çalışma sonucunda katılımcıların hasta mahremiyeti hususunda hassas oldukları ve mahremiyete özen gösteren hastaneleri daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Yapılan çalışmada başvurdukları sağlık tesislerinde mahremiyet beklentilerinin %89,7 oranında karşılandığı sonucuna varılmıştır (Özer & Özata, 2021). Mahremiyet eksikliği, hastalar tarafından kritik bir endişe olarak tanımlanmış ve sağlık hizmeti alırken mahremiyetinin korunması konusunda savunmasız tarafta oldukları algısına kapıldıklarını ifade etmişlerdir. Muayene ve görüşme sırasında odaya başkalarının girmesi, hastalara ve onların mahremiyetlerine saygı eksikliği olarak görülmüştür. Odada hekim ve hemşire dışında birilerinin olduğunu bildiren hastalar, hassas tıbbi ve psikiyatrik bilgilerinin gizliliği konusunda endişe duyduklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların tedavileri, tetkikleri ve ilaçları ile ilgili verilen kararlara katılımından deneyim düzeylerinin olumlu olduğu görülmüştür. Bu durum hasta merkezli bakımın önemini göstermektedir. Hastalar özerklik ve bakımlarına, kendi katılım düzeylerine ilişkin tercihlerini ve isteklerini dile getirmişlerdir. Ortak karar alma konusunda tercihler farklılık göstermektedir, hastaların bir kısmı daha azını bilmek isterken, bir kısmı ise daha fazla bilgi istemektedir. Bazı hastalar klinik kararları klinik personele bırakma konusunda kendilerini rahat hissettiklerini ancak bakım planını anlamak ve böylece hastalar ile bakım ekibi arasındaki güç dinamiklerini dengelemek istediklerini bildirmişlerdir. Son zamanlarda, hasta merkezli bakıma yönelik eksikliğin, kişisel katılım becerisi ve özgüven eksikliğinden

kaynaklanabileceği düşüncesi tartışma konusu olmuştur. Özellikle hasta-hekim ilişkisindeki bilgi asimetrisi ve katılım alanını belirleyememe, hastaların bakım ve tedavi ile ilgili karar alma sürecine katılma becerisinin kritik bir etken olduğu varsayımında bulunulmuştur. Hastalar genellikle tıbbi süreçlerine yaptıkları katkının değerini, tıbbi bilgileri anlayamadıklarını ve kişisel tercihlerinin önemli olmadığını düşünmektedir (Joseph-Williams vd., 2014). Bu durum güç dengesizliği hissinin artmasına katkıda bulunmuştur. Sonuç olarak, bu kişiler kararları tıbbi uzmanlara devretme eğilimindedirler.

Katılımcılar polikliniğe gelme nedenlerinin çözüme ulaşması durumunu genel olarak tatmin edici düzeyde değerlendirmiştir. Tanı ve tedavi süreçleri boyutunun genel düzeyi ile değerlendirildiğinde çözüm alan hastaların deneyimleri benzer düzeyde bulunmuştur.

Ayaktan tedavi alan hastaların erişim kolaylığı boyutu incelendiğinde algılarının (3,84) iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Katılımcılar randevu alabilme durumlarından genel anlamda tatmin olduklarını belirtmişlerdir. Hastane tarafından randevu tarihi değiştirilen hasta sayısının da düşük oranlarda olduğu görülmüştür. Ayaktan tedavi alan hasta grubunda semptomlarının randevuyu beklediği sürede kötüleştiğini belirten hastaların oranı (%17,1) 2011 yılında İngiltere genelinde yapılan çalışmaya (%31) kıyasla düşük bulunmuştur (NHS, 2011). Ayrıca 2020 yılında ABD'de yapılan bir çalışmadan elde edilen bulgular, bekleme süreleri ve diğer gecikmelerle ilgili net ve doğru beklentilere sahip olmalarının, hastaların sağlık durumu veya tedavileri hakkında endişe duymamaları açısından önemli olduğunu, acil veya önleyici bakımın gerçekleşmesinin, deneyimlerini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur (Nepal vd., 2020).

Katılımcıların ağırlıklı olarak hastaneyi seçme nedenleri olan ulaşım rahatlığı ve uzman hastane olmasına rağmen ulaşımın katılımcılar için daha düşük tatmin düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Hastanenin bulunduğu lokasyon bilgisi ve bölgenin nüfus yoğunluğu değerlendirildiğinde tatmin düzeyinin ulaşım imkanlarından dolayı azaldığı düşünülmektedir. Katılımcıların verdikleri yanıtlardan hasta karşılama personelinin kendilerine karşı davranışlarından ve bekleme alanlarından yüksek oranda tatmin olduğu anlaşılmıştır.

Erişim kolaylığı alt boyutunda hastaneye başvuru nedenlerine göre istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F= 2,557, p= 0,014). Ameliyat sonrası kontrol (4,60 ± 0,23) amacıyla hastaneye başvuranların tetkik sonuçlarını göstermek (3,72 ± 0,57) üzere hastaneye başvuranlara kıyasla erişim kolaylığı alt boyutundan aldıkları puanın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ameliyat sonrası kontrol için hastaneye gelen grubun işlemlerinin daha net olmasından ve tetkik sonuçlarını göstermek için gelen hasta grubunun işlemlerinde yaşadıkları belirsizlikler nedeniyle oluştuğu düşünülmüştür.

Ayaktan hasta deneyiminin alt boyutları, poliklinik genel algı ve NTP puanlarının bireysel özellikler, hastaneye başvuru sıklığı ve başvuru nedenleri ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde yaşa göre tanı ve tedavi süreçleri alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiş (F= 3,140, p= 0,025) olup 18-29 yaş grubunda yer alanların tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin puanlarının (4,00 ± 0,67) 65 yaş ve üzerindekilere (3,58 ± 0,71) kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. ABD'de 2015 yılında HCHAPS ölçeği kullanılarak, demografik faktörlerin hastane deneyimlerine etkileri üzerine yapılan bir çalışmada, daha genç ve daha eğitimli hastaların sağlık hizmetlerine yönelik değerlendirmelerinin daha az olumlu olduğu bulunmuştur (McFarland vd., 2015). Nitekim çalışma bu yönlü değerlendirildiğinde uyuşmayan sonuçlar ortaya çıkmıştır. Katılımcıların bireysel özellikleri ele alındığında bu durumun kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Ayaktan tedavi alan katılımcıların verdikleri tavsiye skoru NTP ölçek analizi ile ölçülmüş destekçi oranları %47 olarak tespit edilmiştir. Peru'da 2022 yılında ulusal ölçekte 184 sağlık tesisinde 13.434 kişi ile yapılan bir araştırmada NTP puanı %17,1 olarak bulunmuştur (Leslie vd., 2022).

Ayaktan hasta deneyiminin poliklinik hizmetlerinin genel algı düzeyi incelenmiş sonuçlar yüzdelik olarak ortalama (3,93) %78,6 bulunmuştur. İngiltere genelinde aynı anket yoluyla toplanan ve en son açıklanan veriler ile değerlendirilmiş, 2004-2005 yılı ortalaması %75,6, 2011-2012 yılı ortalaması ise %79,2 olarak açıklanmıştır (Honeyford vd., 2017). Ayaktan tedavi anketi CQC ile ilgili daha güncel bir veriye ulaşılamamıştır.

Ayaktan hasta deneyimi anketi alt boyutları, poliklinik genel algı ve NTP değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkisi değerlendirilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde tanı ve tedavi süreçleri ve erişim kolaylığı ayaktan hasta deneyimi alt boyutlarının birbirleriyle ve poliklinik genel algı değişkeni ile güçlü düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Söz konusu değişkenlerin NTP ile ilişkisinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre değişkenler arasında orta-güçlü düzeyde ilişkinin olduğu çıkarımında bulunulabilir. Hollanda'da 6 büyük hastanede 10.902 ayaktan hasta ile yapılan bir çalışmada NTP'nin diğer yapılarla orta ile güçlü korelasyonlar gösterse de, dağılımı açısından küresel derecelendirmeden ve özellikle çoklu ayaktan hasta anketi sorularından önemli ölçüde farklı olduğu belirlenmiştir. Daha da önemlisi, NTP hasta deneyimleriyle genel derecelendirmeye ve genel puana göre daha zayıf ilişkiler göstermiş ve hasta deneyimlerini özetlemek için daha az geçerli bir puan haline gelmiştir (Krol vd., 2015).

Yatarak tedavi alan hastaların demografik özellikleri cinsiyet dağılımına göre bakıldığında %60,1 ile kadınların yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş grupları ele alındığında ise (30-64) orta-ileri yaş grubu %62,8 ile katılımcıların büyük bir bölümünü oluşturmuştur. Katılımcıların %40,4'ü ilköğretim mezunu iken %38,4'ü lise mezunudur. Ayrıca katılımcıların genel sağlık durumu değerlendirmelerinde kendilerini iyi ve çok iyi olarak nitelendiren grup %80 olarak bulunmuştur. Bu oranlar Kanada'da 1996 yılında sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik yapılan çalışmanın sonuçları ile benzer olmakla birlikte kadın hastaların ve ileri yaş gruplarının hastaneye başvuran popülasyonda ağırlıkta olması ve örneklem seçilirken cinsiyete ve eğitim durumuna göre tabakalandırma yapılmamış olması nedeniyle benzer olduğu düşünülmektedir (Rosenberg & Hanlon, 1996).

Hemşire ve hekimler ile iletişim alt boyutunda, katılımcıların hemşire bakım deneyimleri değerlendirildiğinde olumlu sonuçlar bulunmuştur. Pittsburgh Üniversitesi Tıp Merkezi'nde, 2019 yılında hasta-hemşire iletişimini konu alan çalışmada, yatarak tedavi alan hastaların olumsuz deneyimlerinin hasta başı iletişim becerilerindeki eksiklik olduğu bulunmuştur (Allenbaugh vd., 2019). Hemşirelerin hastalara hastanede yattığı süre boyunca daha fazla vakit ayırmasının hastaların deneyimlerine olumlu yönde etki ettiği belirlenmiştir. Ancak hastanelerin büyük bir bölümünün ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle yeterli düzeyde istihdam oluşturamadığı bazı kuruluşların ise kar veya akademik statü gibi diğer önemli hastane hedeflerinden

dolayı bunu sağlayamadığı bildirilmiştir (Jha vd., 2008). ABD'de 2012 yılında hasta-hekim bakım deneyimi üzerine yapılan çalışmada, yatan hastaların sunulan hizmetlerden genel deneyiminin neredeyse aynı olduğu ve hasta ile etkileşime geçen tüm personelin bir bütün olarak algılandığı belirlenmiştir (Seiler vd., 2012). Hastanede yatan hastaların deneyimlerinin sadece klinik sonuçlarına değil aynı zamanda bakım algılarına da bağlıdır. Hastaların aldıkları bakıma ilişkin algıları, hastanede yatarken daha iyi bir deneyim yaşamalarına yardımcı olabilecek faktörlerin incelenmesi ve süreçlerin uygulanması önemlidir (Tiperneni vd., 2022).

Hemşire ve hekimler ile iletişim alt boyutunda katılımcıların hekim tedavi deneyimleri olumlu bulunmuştur. ABD'de 2020 yılında, hasta-hekim ve hasta-hemşire iletişiminde %90'ın üzerinde bir iyileşme sağlayarak hekimlerle ve hemşirelerle, hasta deneyimlerini değerlendirmeyi ve geliştirmeyi amaçlayan bir çalışma yayınlamıştır. Hastaların farklı görevlileri, ekip üyelerini ve bakım planlarını tanımlamalarına destek olmak için görsel broşürler kullanılarak, müdahale sonrasında HCAHPS, doktor iletişiminde bir iyileşme göstererek %84,4 hedefine ulaşmıştır (Hitawala vd., 2020). Benzer şekilde ABD'de Baystate Tıp Merkezi'nde 2017 yılında yapılan bir çalışmada, hekimin alan performansını yansıtan HCAHPS puanını iyileştirmek amacıyla belirli görgü kurallarına dayalı hekim iletişim becerilerini ve yapılandırılmış geri bildirimle hekim koçluğunu geliştirmeye odaklanan kapsamlı bir hekim eğitimi modülü tasarlanmış, ancak HCAHPS puanlarının hekim iletişim bölümünde anlamlı bir iyileşme sağladığı bulunamamıştır (Seiler vd., 2017). Çin'de 2016 yılında hastaların hastane deneyimlerini etkileyen faktörler üzerine yapılan bir çalışmanın bulguları ilginç sonuçları ortaya çıkarmıştır. Yatılı hasta bakımında hasta deneyimini doğrudan etkileyen en güçlü faktörün sağlık çalışanlarının yani hekim, hemşire ve diğer personelin davranışları olduğu gösterilmiştir. Bu faktör, hastanın hekime olan güveni, hastanın hemşireye olan güveni, hastaya bakım veren hemşire sayısının yeterli olmasından oluşmuştur (Chen vd., 2016). Bu çalışma ile benzer şekilde hasta-hekim ilişkisi ve hasta-hemşire ilişkisinin önemini vurgulayan sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Hekim-hasta ilişkisindeki bilgi asimetrisi, eğer hastalar hekimlerinin merhametlerine muhtaç hissederlerse daha da derinleşmektedir (Detsky & Baerlocher, 2011). Mesela hastalar zor bir hasta olarak sınıflandırılmaktan ve böyle bir sınıfa dahil olmanın kendilerine verilecek bakımları üzerinde olumsuz etkiler yaratmasından endişe edebilirler (Stiggelbout vd., 2012). Bu nedenle çok fazla soru sormaktan veya

karar alma süreçlerine aktif olarak katılmak gibi haklarını kullanmaktan kaçınabilirler. Genellikle, iyi bir hastanın uyum sağlama ve pasif kalma ile karakterize edildiğine dair klasik bir düşünce hakimdir ve bu durum hastaların özerklik isteğini gölgede bırakabilir (Joseph-Williams vd., 2017). Hastaların tedavileri sırasında potansiyel zarar verme ihtimali olan ve önlenebilir durumlara (temizlik, mahremiyet, gürültü gibi) şahit olduklarında dahi, büyük kısmının susmayı veya duyarsız kalmayı seçtiklerini bildirmektedir (Adams vd., 2012). Bu kavram geçmişte "beyaz önlük sessizliği" olarak tanımlanmıştır (Judson vd., 2013). Bu tanım hastaların karar almadaki rollerine ilişkin davranışları ve iyi bir hasta olmak için neler yapmamasına ilişkin inançlarıyla yakından bağlantılı bulunmuştur. Belirtilen etki özellikle hastalığın risk düzeyinin yüksek olduğu, hekime bağımlılığın artması nedeniyle hayati tehlike oluşturan durumlarda çok daha belirginleşmektedir. Olağanüstü durumlarda hastalar kendilerini bu durumun rehinesi olarak bile tanımlayabilirler (Berry vd., 2017).

İlaçlar hakkında iletişim alt boyutunda, katılımcılar tedavileri süresince ilaçlar hakkında uygulama öncesi hemşireler tarafından bilgilendirilme düzeylerini tatmin edici boyutta bulmuşlardır. Hollanda'da 2023 yılında yatan hastaların ilaç bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada, yatan hastaların ilaçların yan etkileri ve faydalı etkileri hakkında bilgi sahibi olmayı tercih ettikleri ve bu durumun tedaviye iyi yönde katkı sağladığı sonucuna varılmıştır (Wilkes vd., 2023).

Taburculuk bilgisi alt boyutunda, katılımcıların çok büyük bölümünün taburculuk ve sonraki bakımı değerlendirmeleri olumlu olmuştur. Hastanın taburcu olduktan sonra yapması gerekenler konusunda yazılı olarak bilgilendirilmesi, hastanın hastanedeki tedavi kalitesinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin şikayet durumunda hastanın işlem konusunda bilgilendirilmesi, hasta deneyiminin önemli belirleyicileri olarak bulunmuştur (New vd., 2016). Patel & Bechmann (2023) tarafından yapılan bir çalışmada, hastayı bilgilendirmenin yalnızca hasta deneyimini olumlu hale getirmek için değil, aynı zamanda sonraki süreçte tedavisinde yapılacak takip tedavisinin kalitesini arttırmak açısından da önemli olduğu tespit edilmiştir. Karmaşık tıbbi hastalar sağlık kuruluşundan taburcu olduktan sonra değişen düzeylerde endişe ve bilgi ihtiyaçları yaşadıklarını belirtmiştir. Hastanın sağlık kuruluşundan taburcu edilmesinden sonraki adımlara ilişkin talimatlar, aynı zamanda hastayı, bir başka hekim tarafından yapılacak daha sonraki muayene için kendi rolünü anlama konusunda motive etmelidir (Patel & Bechmann, 2023). Bu bağlamda,

bölgedeki sağlık sağlayıcılarının mevcudiyeti, sağlık kuruluşundan çıkış talimatlarının netliği, sağlık hizmetlerinin coğrafi olarak erişilebilirliği (ulaşım faktörü), sosyal faktörler ve diğer faktörler de önemli bir rol oynamaktadır.

Hastane ortamı alt boyutunda, çevrenin sessizliği ve temizliği değerlendirildiğinde katılımcıların deneyimleri olumlu bulunmuştur. Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda en çok bildirilen uyku bozucu faktörün gürültüden kaynaklı rahatsızlık olduğu belirtilmektedir (Taylor vd., 2018). Tek kişilik hasta odalarının gürültü rahatsızlığını azaltmaya yardımcı olduğunu ve hastaların algıladığı uyku kalitesine fayda sağladığını desteklemektedir. Ayrıca yeni inşa edilen bir hastanede hastaların diğer hastaların gürültülerinden rahatsız olmadıklarını ve eski hastanelerle karşılaştırıldığında hastane çalışanlarının gürültülerini daha az duyduklarını bildirilmiştir (Pyrke vd., 2017). İyileştirici bir ortam; odanın sessizliği, temizliği, ısısı, havalanması ve aydınlatması üzerindeki hasta kontrolünü vurgulamaktadır (DuBose & Hadi, 2016). Kanada'da 2016 yılında yatan hastaların uyku kalitesini ölçmeye yönelik yapılan çalışmada, tek hasta odalarındaki hastaların çok kişilik odalardaki hastalardan daha uzun uyuduğu bulunmuştur. Hastaların %85'inin odada tek kalmayı tercih ettiği ve ana nedenin mahremiyet olduğu tespit edilmiştir. Mahremiyet eksikliği, hastalar tarafından kritik bir endişe olarak tanımlanmış ve hastane odalarını diğer hastalarla paylaşmak zorunda kalmak, hastalara ve onların mahremiyetlerine saygı eksikliği olarak görülmüştür. Oda arkadaşı olduğunu bildiren hastalar, hassas tıbbi ve psikiyatrik bilgilerin gizliliği konusunda özellikle endişe duymaktadırlar. Bölünmüş uyku, gürültü, çıplaklık, tuvalet ve banyoyu başkasıyla paylaşmak hastalara ek stres katmaktadır (Dobing vd., 2016). Benzer şekilde Avustralya'da yapılan karma yöntem vaka çalışmasında 48 hastanın 45'i %93,8 tek kişilik odalarda uyku ve dinlenmenin daha iyi olacağını öngörmüştür (Cusack vd., 2019). Enfeksiyonun önlenmesi, günümüzde yeni inşa edilen hastanelerde tek kişilik odaların giderek daha fazla standart haline gelmesinin bir sonucu olarak görülmüştür (Halaby vd., 2017). Bu araştırmalara ek olarak, örneklemi İskoçya'da hastanede yatan 2.249 hastadan oluşan bir katılımcı grubuyda yapılan çalışmada, deneyimin önemli belirleyicilerinin fiziksel konfor, duygusal destek ve hasta tercihlerine saygı olduğu bulunmuştur (Jenkinson vd., 2002). Araştırmanın yapıldığı hastane bu yönden ele alındığında binaların yeni olması, odaların tek ve çift

kişilik ve konforlu olması gibi faktörlerin bu konuda hasta deneyimlerini olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Yatarak tedavi alan katılımcıların verdikleri tavsiye skoru NTP ölçek analizine göre değerlendirilmiş destekçilerin oranı %59,7 olarak bulunmuştur. Hindistan'da NTP kullanılarak 2020 yılında yapılan bir çalışmada kamu ve özel hastane karşılaştırması yapılmış sonuç olarak kamu hastanesi için %-3, özel hastane için ise %18 olarak bulunmuştur (Singh vd., 2020). NTP, çok sayıda yanıt üretebilen hızlı ve basit bir ölçüm olarak sağlık kuruluşları için cazip bir seçenek olabilir; ancak bu verilerin mutlaka sağlık hizmetlerinin iyileştiği anlamına gelmediği öne sürülmektedir. Her ne kadar dünya çapında kullanılmakta olsa da NTP'nin tek başına bir ölçüm olarak yetersiz olabileceği, uygulanırken dikkate alınması gereken kültürel farklılıkların bulunduğu vurgulanmaktadır (Koladycz vd., 2018). Bu nedenle gelecekteki araştırmalar, kültürel uygunluğun değerlendirilmesi ve NTP'nin farklı ülkeler için uygun şekilde uyarlanması için gerekli olabilecek anket değişikliklerinin (NTP alt kategorilerinin oluşturulması gibi) dikkate alınmasıyla birlikte birden fazla ülkede NTP değerlendirmesini içerebilir. Bu, eğer NTP kullanılıyorsa, bunun uygulandığı bağlama uygun olmasını sağlamaya yardımcı olacaktır (Adams vd., 2022). Genel olarak, NTP kullanımına ilişkin sınırlamalar vardır; bu nedenle sağlık kuruluşlarının, hasta deneyiminin birincil ölçüsü olarak NTP'yi seçmeden önce bir dizi faktörü dikkate alması gerekebilir. NTP'nin özellikle sağlık hizmetleri ortamlarında kullanımını doğrulamak için titiz yöntemlerle daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların yatan hasta deneyimi anketi alt boyutları ve NTP puanları ve bireysel özellikleri ile karşılaştırmalar yapılmış, sonuçlar incelendiğinde yaşa göre hastane ortamı alt boyutundan alınan puanlar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiş ($F= 2,805$, $p= 0,040$) olup 65 yaş ve üzerindekilerin ($4,56 \pm 0,54$) hastane ortamı puanlarının 30-44 ($4,30 \pm 0,66$) ve 45-64 ($4,31 \pm 0,70$) yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar Çin'de, 2019 yılında yapılan bir çalışmadan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Çalışmada farklı hasta grupları arasındaki deneyim puanları karşılaştırılmış, yaşlı hastaların tüm boyutlarda daha daha olumlulu deneyimlere sahip olduğu bulunmuştur (Hu vd., 2019).

Eğitim durumuna göre ilaçlar hakkında iletişim alt boyutundan alınan puanlar karşılaştırıldığında ilköğretim mezunlarının (4,42 ± 0,78) yüksek lisans/doktora mezunlarına (3,50 ± 1,30) kıyasla (F= 2,727, p= 0,044); taburculuk bilgisi alt boyutunda ilköğretim mezunlarının (1,88 ± 0,28) önlisans/lisans mezunlarına (1,76 ± 0,36) kıyasla (F= 2,556, p= 0,048) ve NTP açısından ise önlisans/lisans (8,94 ± 1,53) lise mezunlarına (8,19 ± 2,28) kıyasla (F= 2,574, p= 0,043) puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar Pakistan'da Jalil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan elde edilen daha düşük eğitim düzeyinin sağlık tesislerine yönelik daha daha olumlu deneyimlerle ilişkili olduğu sonucu ile uyuşmaktadır (Jalil vd., 2017).

Yatan hastalar genel sağlık durumlarına göre yatan hasta deneyimi anketi alt boyutu ve NTP skorları açısından karşılaştırıldığında genel sağlık durumunu "çok iyi" olarak algılayanların hemşire ve hekimler ile iletişim, ilaçlar hakkında iletişim, taburculuk bilgisi, hastane ortamı ve NTP puanlarının diğerlerine kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha iyi sağlık durumuna sahip hastaların deneyimlerinin daha olumlu olduğu belirlenmiş, elde edilen bulgular Çin'de, 2019 yılında yapılan çalışmanın bulguları ile benzer bulunmuştur (Hu vd., 2019). Katılımcıların büyük bölümü aldığı tıbbi bakımın etkinliğini bildiğini belirtmiş ve genel olarak sağlık durumunu iyi olarak nitelendirmiştir. Sağlık Hizmeti Etkinliği Veri ve Bilgi Seti'ndeki ölçümlerde daha iyi performans sergileyen Medicare yönetimli bakım planlarına kayıtlı kişilerin, sağlık planları hakkında bilgi edinme ve müşteri hizmetleriyle ilgilenme konusunda daha iyi deneyimler bildirmelerine rağmen daha yüksek global puanlar vermedikleri bulunmuştur (Schneider vd., 2001). ABD'de 2006 yılında hastaların sağlık hizmetini puanlaması ile hizmet sağlayıcıların iletişim kalitesi ve bakımın teknik kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan çalışmada 2 ayrı sağlık kuruluşundaki yaşlı hastalar değerlendirilmiş ve aralarında hastaların deneyimleri ile klinik bakımın kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (Chang vd., 2006). Yukarıda yer alan çalışmalarda hastaların deneyimleri ile klinik bakımın kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak ABD hastanelerindeki hastaların deneyimleri ile klinik bakımın kalitesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. HCAHPS anketinde yüksek puan alan hastaneler ile düşük puan alan hastaneler arasındaki kalite farklılıkları çok büyük olmasa da, ölçülen diğer değişkenlerden bağımsız olarak tüm koşullarda yüksek puan alan hastanelerde bakım sürekli olarak

daha iyi olmuştur (Jha vd., 2008). Bulgular, bu iki performans alanı arasında ödün verilmesine gerek olmadığını göstermektedir.

Yatan hasta deneyimi anketi alt boyutları ve NTP değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkisi değerlendirilmiş ve çıkan sonuçlar incelendiğinde taburculuk bilgisi ve hastane ortamı alt boyutları arasındaki ilişki haricinde tüm alt boyutların birbiriyle ve NTP ile arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. İlişkinin gücüne bakıldığında hemşire ve hekimler ile iletişimin, hastane ortamı ve NTP ile arasında orta düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyutlar ve NTP arasındaki ilişkinin ise zayıf düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Yatan hasta deneyimi anketinin genel puanı yüzdelik olarak %85,6 olarak bulunmuştur. Bu puan ABD genelinde 2008 yılında toplanan HCAHPS derecelendirmelerinin en üst çeyreğinde yer alan hastaneler için %85,7 iken, alt çeyrekte yer alan hastaneler için %82,8 olarak bulunmuştur (Jha vd., 2008). ABD'de yapılan Covid-19 salgınının hastane deneyimini etkileyip etkilemediği üzerine 3.900.887 katılımcıyı kapsayan kohort çalışmasının sonucunda, hasta deneyimi puanlarının 2008 yılından bu yana ilk kez düştüğü ve 2020-2021 yılları arasında genel HCAHPS puanının %3,6 oranında daha düşük bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Elliott vd., 2023). Avrupa'da 7 ülkeden 2019 yılında HCAHPS kullanılarak 186 hastanede 11.289 hastadan toplanan veriler analiz edilmiş hastanelerin genel ortalaması %80,4 ülkeler halinde ise; Polonya (%82,1-n=4136), Belçika (%79,5-n=2623), Finlandiya (%79,3 -n=1947), İrlanda (%82,9-n=285), Yunanistan (%79,2-n=847), İsviçre (%87,2 -n=981) ve İspanya (%80,2-n=470) olarak bulunmuştur (Orindi vd., 2019). Çalışmaların örneklem büyüklerinin benzer olduğu kabul edilmiştir. Bu çalışmanın tek bir hastanede yapılmasının farklılık oluşturabileceği düşünülmekle birlikte oranlar arasındaki farkın çalışmanın yapıldığı zaman dilimiylede bağlantıları olabileceği düşünülmüştür. Farkın bir diğer nedeninin ise çalışmalar arasında yaşanan salgın hastalığın hastanelerin önemimi ortaya çıkarması olmuş olabilir. Nitekim çalışmanın yapıldığı hastanenin yeni olması hizmet kalitesinin alt boyutlarının neredeyse tamamında tatmin edici düzeyde olmasını sağladığı düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, Türkiye'nin ve Avrupa'nın en büyük entegre sağlık kampüsü olan Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde, ayaktan ve yatarak hizmet alan hastaların deneyimlerini incelemeyi amaçlamaktadır. Sonuç ölçütleri olarak uluslararası kalite göstergeleri ve Türkiye'deki literatür eksiklikleri çerçevesinde analiz edilen hasta deneyiminin boyutları, tavsiye puanları ile birlikte incelenmiştir. İncelenen sonuç ölçütleri hastaların genel olarak hastaneden aldıkları hizmetten tatmin olduklarını ve deneyimlerinin olumlu olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular, hasta deneyimlerini iyileştirmek amacıyla politikalar geliştirmeye ve hizmet kalitesini artırmaya yardımcı olabilir. Çıkan sonuçlar kapsamlı şekilde değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarının hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini yükseltebilir.

Araştırma sonuçları, Ankara Etlik Şehir Hastanesi Entegre Sağlık Kampüsü'nde ayaktan ve yatarak hizmet alan hastaların, randevu alma süreçlerinde ve bekleme sürelerinde ortalama deneyimlere sahip olduklarını göstermektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması için mevcut çalışmaların daha kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu durum, sağlık sisteminin yapısal değişikliklerine bağlı olup, hastaneler özelinde çözümlerle sınırlı kalamayacaktır. Hastanelerdeki yoğunluk ve yüksek talep, muayene randevu sürelerini uzatarak hasta deneyimlerini olumsuz etkilemektedir. Hekim sayısının artırılması güç olduğundan, mesai dışı poliklinik hizmetleri gibi alternatif çözümlerle randevu sürelerinin kısaltılması, hasta deneyimi üzerinde olumlu bir etki yaratabilir.

Hastaların hastaneyi tercih etme nedenleri arasında konum ve personelin tanınırlığı öne çıkmaktadır. Ancak ulaşım kolaylığına ilişkin deneyimlerin istenilen seviyede olmadığı gözlemlenmiştir. Hastanenin konumunun avantajlı olmasıyla birlikte, bölgedeki ulaşım imkanlarının geliştirilmesi önemli bir çözüm olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, hastane kampüsünün büyüklüğü de iç ulaşımda sorunlara yol açabilmektedir. Hastalar için yönlendirme işaretlerinin konulması ve iç mekanda daha iyi ulaşım seçenekleri sağlanması, deneyimleri olumlu yönde etkileyebilir.

Muayene saatleri için beklenen süreler, hasta deneyimini etkilemektedir. Daha da önemlisi, hastalara ne kadar bekleyeceklerinin ve neden beklediklerinin net ifadelerle açıklanmasıdır. Bekleme sürelerinin hastalara şeffaf bir şekilde iletilmesi, hekim muayenesini beklerken oluşan endişe ve stresi azaltabilir. Hastanelerin hizmet sunumundaki karmaşayı azaltmak için organizasyonel eylemler net bir şekilde tanımlanmalıdır. Acil durumlar ve plansız hasta yükü gibi insana dayalı faktörler, bekleme sürelerini artırabilir. Ani gelişen durumlar için kesin bir çözüm olmamakla birlikte, hastalara daha sık bilgilendirmeler yapılması ve bekleme alanlarının konforlu hale getirilmesi (temizlik, sıcaklık, koltuk, TV vb.) hasta deneyiminlerini olumlu yönde etkileyebilir.

Hastaların hekimle geçirdiği süre, muayene deneyiminde önemli bir faktör olarak görülmüştür. Araştırma, hekimle en az 6 dakika süre geçiren hastaların deneyimlerinin olumlu olduğunu ortaya koymuştur. Bu konuda daha fazla literatür çalışması yapılması ve nitelikli iş gücünün bu yönde planlanması, hasta deneyimlerine olumlu katkılar sağlayabilir.

Çalışmanın genel bulgularından ortaya çıkan önemli bir sonuç, hastaların bilgilendirilme ve tedavilerine katılma süreçlerinin ayaktan hastalar ile yatan hastalar arasında ciddi farklılıklar göstermesidir. Poliklinik deneyimi ile yataklı servis deneyiminin farklı bilgilendirme sonuçları vermesi sağlık hizmeti sağlayıcısının uzmanlık alanı, mesleki algı düzeyi, ihtiyaç duyulan hizmetin netliği ve ayrılan vakitle ilgili olabilir. Hastalar ile hekimlerin muayene vakitlerin genişletilmesi ayrıca hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları grubunun iletişim becerilerini yükseltmek için gerekli eğitimlerin özenle verilmesi bu soruna çözüm sağlayabilir.

Genel olarak yapılan çalışmalardan çıkarılan sonuç ayaktan ve yatarak tedavi alan hastaların deneyimlerinin tatmin edici düzeyde olduğudur. Ancak yatarak ve ayaktan tedavi alan hastaların deneyimleri arasında belirgin bir fark olduğu belirlenmiştir. Verilen tedavinin kalitesi ve hastaneden taburcu olurken yaşadığı iyilik hali, hastanın hastanede yatış süresindeki deneyimlerini olumlu yönde etkilemektedir. Ayaktan hastaların süreçlerinin daha karmaşık olması ve kendilerini belirsizlik içinde hissetmeleri deneyimlerinin tam anlaşılmasını engellemiş olabilir. İki durumda da sağlık personelinden yaşanılan deneyim en önemli faktör olmuştur. Diğer yandan tıbbi bakım, organizasyon ve iletişim hasta deneyimleri üzerinde anlamlı bir etki

oluşturmuştur. Ulaşım, bekleme süreleri ve fiziki alanların hasta deneyimine yansıdığı ancak en az etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Yapılan analizler sonucunda sağlık hizmetlerinin kalitesini artırıcı ve hastaların daha olumlu deneyimler yaşamasını sağlamak amacıyla bazı önerilerde bulunulmuştur:

Araştırma yalnızca Ankara Etlik Şehir Hastanesi Entegre Sağlık Kampüsünde yapılmıştır. Türkiye'nin farklı hastanelerinde aynı çalışmanın yapılması örneklem sayısının yükselmesine ve ulusal ve uluslararası karşılaştırmalar yapılabilmesine olanak sağlayabilir.

Sağlık politikalarının tasarımında klinisyen ve hasta odaklı multidisipliner yaklaşımlar geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimi, hasta ve çalışan deneyimlerini ve genel sağlık sisteminin etkinliğini önemli ölçüde iyileştirebilir.

Sağlık yöneticilerinin, klinisyenlerin ve tüm çalışanların, hasta deneyimi ve kalite yönünden bilgilendirilmeleri ve yapılan araştırmalara sağlık çalışanlarının deneyimlerinin de eklenmesinin süreçlere yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Kalite göstergeleri ile birlikte hasta deneyiminin ölçülmesi ve değerlendirilmesi için oluşturulmuş kriterler geliştirilerek daha standart hale getirilebilir. Eş zamanlı veri toplama, şikayet ve önerileri inceleme, hasta yolculuğunun izini sürme gibi yöntemlerle periyodik ölçümler yapılabilir ve ortaya çıkacak sonuçlarla hızlı ve yerinde iyileştirmeler sağlanabilir.

7. KAYNAKLAR

Acartürk, E., & Keskin, S. (2012). (2012). Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17*(3. s.25-51).

Adams, C., Walpola, R., Schembri, A. M., & Harrison, R. (2022). The ultimate question? Evaluating the use of Net Promoter Score in healthcare: A systematic review. *Health Expect, 25*(5).

Adams, J. R., Elwyn, G., Legare, F., & Frosch, D. L. (2012). Communicating with physicians about medical decisions: a reluctance to disagree. *Arch Intern Med, 172*(15).

Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. Patient. *An Official Journal of the International Academy of Health Preference Research*(7).

Akdağ, R. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı.* Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Akdağ, R. (2010). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı- Değerlendirme Raporu (2003- 2010).* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Akdağ, R. (2012). *T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013–2017.*

Akdur, R. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi. *Yeni Türkiye, 7*(40).

Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu". *Ankara Üniversitesi Basımevi*.

Alexander, J. A., Weiner, B. J., & Griffith, J. R. (2006). Quality Improvement and Hospital Financial Performance. *Journal of Organizational Behaviour*(27. s.1003-1029).

Alismail, A., Schaeffer, B., Oh, A., Hamiduzzaman, S., Daher, N., Song, H. Y., Furukawa, B., & Tan, L. (2020). The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look into Using Tablet-Based Tool vs Traditional Survey Method. *Patient related outcome measures*(11), s. 137-142.

Allenbaugh, J., Corbelli, J., Rack, L., Rubio, D., & Spagnoletti, C. (2019). A Brief Communication Curriculum Improves Resident and Nurse Communication Skills and Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med, 34*(7).

Almomani, B. A., Al-Sawalha, N. A., Al-Keilani, M. S., & Aman, H. A. (2020). The difference in knowledge and concerns between healthcare professionals and patients about genetic-related issues. *A questionnaire-based study, 15*(6).

Aoki, T., Yamamoto, Y., & Nakata, T. (2020). Translation, adaptation and validation of the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) for use in Japan: a multicentre cross-sectional study. , 10(11), 1-7. *BMJ open, 10*(11), s. 1-7.

Arab, M., Tabatabaei, G. S., Rashidian, A., & Forushani, R. A. (2012). The Effect of Service Quality on Patient loyalty: a Study of Private Hospitals in Tehran, Iran. *Iran J Public Health, 41*(9), s. 71-77.

Ariely, D., & Berns, G. S. (2010). Neuromarketing: the hope and hype of neuroimaging in business. *Nat Rev Neurosci, 11*(4).

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., & Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2*(6).

Atabay, S. Ş. (2022). Sağlık Hakkı ve Unsurları. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 9*(3), s. 105-113.

Atasever, M., Gözlü, M., Özaydın, M. M., Güler, H., Örnek, M., Barkan, O. B., Kavak, Y., & İlhan, M. N. (2018). Şehir Hastaneleri Araştırması. *Sağlık-Sen Stratejik*.

Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği.* İstanbul: Cilt Express Basımevi Beta Yayıncıcılık.

Avcı, K., & Çizmeci Şenel, F. (2019). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu: Faydası, Önemi ve Etkisi Nedir? *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*(2), s. 221-234.

Bahar, Z., & Açıl, D. (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7*(1. s.59-67).

Bakan, İ., & Büyükbeşe, T. (2014). Sağlıkta Hizmet Kalitesi, Öğrenen Örgüt ve İş Tatmini İlişkisi: Bir Alan Araştırması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 4*(2).

Bult-Spiering, M. ve Dewulf, G. (2008). Strategic Issues in Public-Private Partnerships in International Perspective. Blackwell Publishing, Oxford, UK.

Ben-Tovim, D. I., Dougherty, M. L., O'Connell, T. J., & McGrath, K. M. (2008). Patient journeys: the process of clinical redesign. 2008 Mar 17;188(S6):S14-7. doi: 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01668.x. PMID: 18341470. *Med J Aust., 188*(6. s.14-7).

Berry, L. L., Danaher, T. S., Beckham, D., Awdish, R. L., & Mate, K. S. (2017). When Patients and Their Families Feel Like Hostages to Health Care. *Mayo Clin Proc., 92*(9).

Beylik, U., Kayral, İ. H., & Çıraklı, Ü. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2*(4. s.183-189).

Bostan, S., & Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: Sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 7*(2).

Boyacı, İ. (2020). Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü (2003-13): Covid-19 Pandemisi İle Mücadele Sürecinde Sağlık Reformlarına Yeniden Bakış. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19*(37).

Buccoliero, L., Bellio, E., & Solinas, E. (2017). Hospital Experimental Marketing. *Micro & Macro Marketing, 1*(111-134). doi:10.1431/86071

Bülbül, D. (2017). Türkiye'de Kamu Özel İşbirliği Uygulamasının Mali Saydamlık Açısından Değerlendirilmesi. *The Journal of International Scientific Researches, 2*(7).

Cantó, P. V., Soler, M. M., & González-Chordá, V. M. (2018). Satisfacción de los usuarios en 2 hospitales con diferente modelo de gestión. *Journal of Healthcare Quality Research, 33*(6).

Chang, ,. T., Hays, R. D., Shekelle, P. G., Maclean, C. H., Solomon, D. H., Reuben, D. B., . . . Wenger, N. S. (2006). Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Annals of Internal Medicine, 144*(9).

Chatterjee, P., Joynt, K. E., Orav, J. E., & Ashish, J. K. (2012). Patient experience in safety-net hospitals: implications for improving care and value-based purchasing. *Arch Intern Med, 172*(16), s. 1204-1210. doi:10.1001/archinternmed.2012.3158

Chen, H., Li, M., Wang, J., Xue, C., Ding, T., Nong, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2016). Factors influencing inpatients' satisfaction with hospitalization service in public hospitals in Shanghai, People's Republic of China. *Patient Prefer Adherence*(10).

Chen, X., Zhao, W., Yuan, J., Qin, W., Zhang, Y., & Zhang, Y. (2022). The Relationships Between Patient Experience with Nursing Care, Patient Satisfaction and Patient Loyalty: A Structural Equation Modeling. *Patient Prefer Adherence*(16).

Chung, K., Yoo, H., & Choe, D. (2020). Ambient context-based modeling for health risk assessment using deep neural network. *J Ambient Intell Humaniz Comput, 11*(4).

Cleary, P. D. (1998). Satisfaction may not suffice! A commentary on 'A patient's perspective'. *Int J Technol Assess Health Care, 14*(1).

Cleary, P. D., & Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*(19).

Cliff, B. (2012). The evolution of patient-centered care. *Journal of Healthcare Management, 57*(2. s.86-88).

CMS. (2012). *U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program*. 11 28, 2022 tarihinde https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/H. adresinden alındı

CQC. (2014). *Care Quality Commission Trends in the Adult Inpatient Survey 2005–2014*. 11 28, 2022 tarihinde https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/trends-adult-inpatient-survey-2005-2014. adresinden alındı

CQC. (2021). *Care Quality Commission (a) NHS Adult Inpatient Survey 2021 Results*. 11 28, 2022 tarihinde https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/adult-inpatient-survey. adresinden alındı

CQC. (2022). *Care Quality Commission (b) NHS Patient Surveys*. 11 28, 2022 tarihinde https://nhssurveys.org/. adresinden alındı

Cusack, L., Wiechula, R., Schultz, T., Dollard, J., & Maben, J. (2019). Anticipated advantages and disadvantages of a move to 100% single-room hospital in Australia: A case study. *J Nurs Manag, 27*(5).

Çıraklı, Z. L., & Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*.

Delamothe, T. (2008). How the NHS measures up. *BMJ., 28*(336).

Detsky, A. S., & Baerlocher, M. O. (2011). Do nice patients receive better care? *JAMA, 306*(1).

Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med, 19*(12).

Dobing, S., Frolova, N., McAlister, F., & Ringrose, J. (2016). Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported SleeDuration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. *PloS one, 11*(6:e0156735.).

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open, 3*(1), s. e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570

DuBose, J. R., & Hadi, K. (2016). Improving inpatient environments to support patient sleep. *Int J Qual Health Care, 28*(5).

Elbek, O., & Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiatri Derneği Bülteni, 12*(1).

Elliott, M. N., Beckett, M. K., Cohea, C. W., Lehrman, W. G., Cleary, P. D., Giordano, L. A., Goldstein E.H., & Fleisher, L. A. (2023). Changes in Patient Experiences of Hospital Care During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum, 4*(8:e232766.).

Elliott, M. N., Kanouse, D. E., Edwards, C. A., & Hilborne, L. H. (2009). Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization. *Med Care, 47*(8), s. 842-9. doi:10.1097/MLR.0b013e318197b22a

Erdem, R., & Pirinçci, E. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *O.M.Ü Tıp Dergisi, 20*(1), s. 39-46.

Erturgut, R., & Keskin, U. (2013). Bireysel Performans ve Örgütsel Performans Arasındaki İlişkinin Temellerine Dair Felsefik Bir İnceleme. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadı Enstitüsü Yönetim Dergisi, 23*(73).

Fedai, R. (2020). Şehir Hastaneleri'nin Gelişimi Sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 18*(10).

Fontecha, J., Gonzalez, I., & Bravo, J. (2023). A usability study of a mHealth system for diabetes self-management based on framework analysis and usability problem taxonomy methods. *J Ambient Intell Humaniz Comput*.

Friebel, R., & Steventon, A. (2019). Composite measures of healthcare quality: sensible in theory, problematic in practice. *BMJ Qual Saf., 28*(2).

Friedel, A. L., Siegel, S., Kirstein, C. F., Gerigk, M., Bingel, U., Diehl, A., Steidle, O., Haupeltshofer, S., Andermahr, B., Chmielewski, W., & Kreitschmann-Andermahr, I. (2023). Measuring Patient Experience and Patient Satisfaction-How Are We Doing It and Why Does It Matter? A Compariso of European and U.S. American Approaches. *Healthcare (Basel), 11*(6).

Gentile, C., Spiller, N., & Noci, G. (2007). How to sustain the customer experience: An overview of experience components that co-create value with the customer. , 25(5), 395-410. *European management journal, 25*(5. s.395-410).

Giordano, L. A., Elliott, M. N., Goldstein, E., Lehrman, W. G., & Spencer, P. A. (2010). Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. *Med Care Res Rev, 67*(1).

Gökkaya, D. (2021). Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*(31).

Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1*(26), s. 149-184.

Greaves, F., Pape, U. J., King, D., Darzi, A., Majeed, A., Wachter, R. M., & Millett, C. (2012). Associations between Internet-based patient ratings and conventional surveys of patient experience in the English NHS: an observational study. *BMJ Qual Saf, 21*(7), s. 600-5. doi:10.1136/bmjqs-2012-000906

Gromley, D. K., Costanzo, A. J., Goetz, J., İsrael, J., Hill-Clark, J., Pritchard, T., & Staubach, K. (2019). Impact of Nurse-Led Interprofessional Rounding on Patient Experience. *Nurs Clin North, 54*(1. s.115-126).

Gualandi, R., Masella, C., Viglione, D., & Tartaglini, D. (2019). Exploring the hospital patient journey: what does the patient experience? *Plos One, 14*(12).

Güçlü, İ. (2020). *Sosyal Bilimlerde Nicel Veri Analizi Örneklerle SPSS Uygulamaları ve Yorumlaması.* Ankara: Gazi Kitabevi.

Güngör, H. (2012). *Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme, Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi, (Ankara).* Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

Halaby, T., Al-Naiemi, N., Beishuizen, B., Verkooijen, R., Ferreira, J. A., Klont, R., & Vandenbroucke-Grauls, C. (2017). Impact of single room design on the spread of multi-drug resistant bacteria in an intensive care unit. *Antimicrob Resist Infect Control, 15*(6).

Hamilton, D. F., Lane, J., Gaston, P., Patton, J. T., MacDonald, D. J., Simpson, A. R., & Howie, C. R. (2014). Assessing treatment outcomes using a single question: the net promoter score. *Bone Joint J., 96*(B(5)).

Haraden, C., & Resar, R. (2004). Patient flow in hospitals: understanding and controlling it better. Frontiers of health services management. *20*(4).

Hitawala, A., Flores, M., Alomari, M., Kumar, S., Padbidri, V., Muthukuru, S., Rahman, S., Alomari, A., Khazaaleh, S., Gopalakrishna, K. V., & Michael, M. (2020). Improving Physician-patient and Physician-nurse Communication and Overall Satisfaction Rates: A Quality Improvement Project. *Cureus, 12*(4:e7776).

Ho, Y. C., Li, Y. C., & Su, T. H. (2006). A discussion of refractive medical behavior from an experiential marketing viewpoint. *J Hosp Mark Public Relations, 16*(1-2), s. 45-68. doi:10.1300/J375v16n01_05

Honeyford, K., Greaves, F., Aylin, P., & Bottle, A. (2017). Secondary analysis of hospital patient experience scores across England's National Health Service - How much has improved since 2005? *PLoS One., 26*(12(10):e0187012.).

Hu, L., Ding, H., Liu, S., Wang, Z., Hu, G., & Liu, Y. (2019). Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy, 23*(1), s. 115-124. doi:10.1111/hex.12974

Jalil, A., Zakar, R., Zakar, Z. M., & Fischer, F. (2017). Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC health services research, 17*(1), s. 155. doi:https://doi.org/10.1186/s12913-017-2094-6

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care, 11*(4).

Jenkinson, C., Coulter, A., Reeves, R., Bruster, S., & Richards, N. (2003). Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments. *Journal Of Public Health, 25*(3), s. 197-201. doi:10.1093/pubmed/fdg049

Jha, A. K., Orav, J. E., Zheng, J., & Epstein, A. M. (2008). Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med, 359*(18).

John, P. (2007). *Uluslararası Göç Görünüm Raporu: SOPEMI.* Paris: WHO.

Joseph-Williams, N., Edwards, A., & Elwyn, G. (2014). Power imbalance prevents shared decision making. *BMJ*(348:g3178).

Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Edwards, A., Stobbart, L., Tomson, D., Macphail, S., Dodd, C., Brain, K., Elwyn, G., & Thomson, R. (2017). Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*(357:j1744).

Judson, T. J., Detsky, A. S., & Press, M. J. (2013). Encouraging patients to ask questions: how to overcome "white-coat silence". *JAMA, 309*(22).

Kara, E. (2009). Yerel Yönetimlerde EFQM Mükemmellik Modelinin Uygulanması [Yüksek lisans tezi]. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karagöz, Y. (2019). SPSS AMOS META uygulamalı nitel-nicel-karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Karar, Ş. (2013). Türkiye'de Sağlık Sistemi ve 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı. Yüksek Lisans Tezi.

Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(3. s.235-236).

Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kırılmaz H., Bağış M., Salim B., & Şimşir İ. (2015). ‘‘Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma’’, Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi, 11(25. S.91-113).

Kim-Soon, N., Abdulmaged, I. A., Mostafa, S. A., Mohammed, M. A., Musbah, F. A., Ali, R. R., & Geman, O. (2022). A framework for analyzing the relationships between cancer patient satisfaction, nurse care, patient attitude, and nurse attitude in healthcare systems. J Ambient Intell Humaniz Comput, 13(1).

Kjellsson, G., Clarke, P., & Gerdtham, U.-G. (2016). Forgetting to remember or remembering to forget: a study of the recall period length in health care survey questions. J Health Econ(35).

Koca, F. (2019). *Hedefimiz, 2023'te tüm odalarımızın nitelikli olması.* https://www.trthaber.com/haber/gundem/bakan-koca-hedefimiz-2023te-tum-odalarimizinnitelikli-olmasi-446642.html. adresinden alındı

Koladycz, R., Fernandez, G., Gray, K., & Marriott, H. (2018). The Net Promoter Score (NPS) for Insight Into Client Experiences in Sexual and Reproductive Health Clinics. *Glob Health Sci Pract, 6*(3).

Kömürcü, N. (2006). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite.* 11 30, 2015 tarihinde http://212.174.46.149/w/sb/egt/pdf/saglik_hizmetlerinde_kalite.pdf (30.11.2015). adresinden alındı

Krol, M. W., de Boer, D., Delnoij, D. M., & Rademakers, J. J. (2015). The Net Promoter Score--an asset to patient experience surveys? *Health Expect, 18*(6).

Kumaraswamy, M. M., & Morris, D. A. (2002). Build-operate-transfer-type procurement in Asian megaprojects. *Journal of construction Engineering and Management, 128*(2).

Küçük, F. (2010). Toplam Kalite Yönetiminde Sorunların Önemsenme Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Kamu-İş, 11*(3).

Larson, J. S. (1991). *The Measurement of Health: Concepts and Indicators.* Greenwood: Greenwood Publishing Group.

Lee, D. (2017). A model for designing healthcare service based on the patient experience. *International Journal of Healthcare Management*.

Leslie, H. H., Lee, H.-Y., Blouin, B., Kruk, M. E., & García, P. J. (2022). Evaluating patient-reported outcome measures in Peru: a cross-sectional study of satisfaction and net promoter score using the 2016 EnSuSalud survey. *BMJ Qual Saf, 31*(8).

Liljander, V., & Strandvik, T. (1997). Emotions in service satisfaction. *International Journal of Service Industry Management, 8*(2).

Macinati, M. S. (2008). The Relationship Between Quality Management Systems and Organizational Performance in the Italian National Health Service. *Health Policy*(85. s.228-241).

McFarland, D. C., Ornstein, K., & Holcombe, R. F. (2015). Demographic factors and hospital size predict patient satisfaction variance--implications for hospital value-based purchasing. *J Hosp Med, 10*(8).

Mollahaliloğlu, S., Özbay, H., Özgen, H., Öncül, H. G., Erişti, H. E., Gökçimen, M., Yalçın Balçık, P., Hakan Oğuz, A., & Karaman, Ö. (2002-2003). *(2002-2003). Türkiye Ulusal Sağlık Hesaplamaları.* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Mosadeghrad, A. M. (2013). Obstacles to TQM Success in Health Care Systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 26*(2. s.147-173).

Mutlu, A., & Işık, K. A. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş.* Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.

MÜSİAD. (2009a). *Sağlık Sektörü 2008 Yılı Değerlendirmesi ve Sağlık Sektörünün Geleceği.* İstanbul: Ofset Basım Yayın.

MÜSİAD. (2009b). *Sağlıkta 2009 Yılı Değerlendirmesi 2010 Yılı Önerileri.* İstanbul: MaviOfset.

Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur, 22*(4), s. 366-81. doi:10.1108/09526860910964834

Nepal, S., Keniston, A., Indovina, K. A., Frank, M. G., Stella, S. A., Quinzanos-Alonso, I., McBeth, L., Moore, S. L., & Burden, M. (2020). What Do Patients Want? A Qualitative Analysis of Patient, Provider, and Administrative Perceptions and Expectations About Patients Hospital Stays. *J Patient Exp, 7*(6).

New, P. W., McDogall, K. E., & Scroggie, C. (2016). Improving discharge planning communication between hospitals and patients. *Internal medicine journal, 46*(1), s. 57-62. doi:10.1111/imj.12919

NHS. (2011). *National NHS Patient Survey Programme Outpatient Department Survey.* 28.11.2022 tarihinde https://www.nhssurveys.org adresinden alındı.

Orindi, B. O., Lesaffre, E., Quintero, A., Sermeus, W., & Bruyneel, L. (2019). Contribution of HCAHPS specific care experiences to global ratings varies across 7 countries: what can be learned for reporting these global ratings?. , 57(. *Medical Care, 57*(11:e65-e72).

Ospina, S. N., Phillips, K. A., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M. R., Branda, M. E., & Montori, V. M. (2019). Eliciting the patient's agenda-secondary analysis of recorded clinical encounters. *Journal of general internal medicine*(34).

Övgün, B., & Berk, P. (2020). Şehir Hastaneleri Reformunun Uluslararası Boyutu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 13*(69).

Özer, K., & Özata, M. (2021). Poliklinik Hizmeti Alanların Bakış Açısıyla Hasta Mahremiyeti. *Assam Uluslararası Hakemli Dergi (Assam-Uhad)-Assam Internatıonal Refereed Journal, 8*(18).

Özkan, O. (2024). Bir Sağlık Politikası Analizi: Kamu Hastane Birlikleri. Türkiye Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi, 7(2), 1-16. https://doi.org/10.51536/tusbad.1448779

Pala, K., Erbaş, Ö., Bilaloğlu, E., İlhan, B., Tükel, R., & Adıyaman, S. (2018). Public Private Partnership in Health Care: Case of Turkey. *World Medical Journal (WMJ), 4*(16), s. 44-48.

Pamela, S., & Goodman, S. (1998). Management: Challenges in the 21st Century. *South Western College Publishing, Paul Minn.*

Patel, P. R., & Bechmann, S. (2023). *Discharge Planning.* In StatPearls.

Pine, J. B., & Gilmore, J. H. (1998). Welcome to the experience economy. *Harv Bus Rev, 76*(4. s.97-105).

Prajogo, D. I., & Sohal, A. S. (2006). The Relationship Between Organization Strategy, Total Quality Management (TQM) and Organization Performance—The Mediating Role of TQM. *European Journal of Operational Research*(168).

Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S., & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Med Care Res Rev, 71*(5. s.522-544).

Pyrke, R. J., McKinnon, M. C., McNeely, H. E., Ahern, C., Langstaff, K. L., & Bieling, P. J. (2017). Evidence-Based Design Features Improve Sleep Quality Among Psychiatric Inpatients. *HERD, 10*(5).

Reaney, M., Cline, J., Wilson, J. C., & Posey, M. (2020). Generating relevant information from patients in the technology-enhanced era of patient-focused drug development: opportunities and challenges. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research, 14*(1).

Resmi Gazete (2017), Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 15.08.2017, Sayı: 694.

Rosenberg, M. W., & Hanlon, N. T. (1996). Access and utilization: A continuum of health service environments. *Social Science & Medicine, 43*(6), s. 975-983. doi:10.1016/0277-9536(96)00007-x

Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G., & Atabek, T. (2013). *Hemşirelik Esasları.* 11 27,

Sadeghi, A., Barati, O., Bastani, P., Jafari, D.D., & Etemadian, M. (2016). Experiences of Selected Countries in the Use of Public-Private Partnership in Hospital Services Provision. Journal of the Pakistan Medical Association, 66(11), 1401-6

Samancıoğlu, S., & Karadakovan, A. (2010). Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5*(13. s.125-141).

Sargutan, E. (1996). *Türk Sağlık Politikası- Değerlendirmeler İlkeler Öneriler* (Cilt 3).

Sargutan, E. (2005). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8*(3).

Savaş, T., Keleş, R., & Göktaş, B. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 22-31.

Schneider, E. C., Zaslavsky, A. M., Landon, B. E., Lied, T. R., Sheingold, S., & Cleary, P. D. (2001). National quality monitoring of Medicare health plans: the relationship between enrollees' reports and the quality of clinical care. *Med Care, 39*(12).

Seçer, İ. (2015). *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi: Analiz ve raporlaştırma.* Anı Yayıncılık.

Seiler, A., Knee, A., Shaaban, R., Bryson, C., Paadam, J., Harvey, R., Igarashi, S., LaChance, C., Benjamin, E., & Lagu, T. (2017). Physician communication coaching effects on patient experience. *PLoS One, 12*(7:e0180294.).

Seiler, A., Visintainer, P., Brzostek, R., Ehresman, M., Benjamin, E., Whitcomb, W., & Rothberg, M. B. (2012). Patient satisfaction with hospital care provided by hospitalists and primary care physicians. *J Hosp Med., 7*(2).

Shortell, S. M., Jones, R. H., Rademaker, A. W., Gillies, R. R., Dranove, D. S., Hughes, E. F., Budetti, P. P., Reynolds, K. S., & Huang, C. F. (2000). Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Medical Care, 38*(2. s.207-217).

Singh, A., Tewari, E., & Ravi, P. (2020). SERVQUAL (service quality) vs NPS (net promoter score): a comparative study of private and public hospitals in Sikkim.

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health*(26).

Stiggelbout, A. M., Van der Weijden, T., De Wit, M. P., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., Trevena, L., & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*(344:e256.).

Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use.* Oxford university press.

Sülkü, S. N., Saraçoğlu, B., & Açıkgöz, Ş. (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri. *Ekonomik Yaklaşım, 23*(Özel).

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi, 1*(1).

Taylor, E., Card, A. J., & Piatkowski, M. (2018). Single-Occupancy Patient Rooms: A Systematic Review of the Literature Since 2006. *HERD, 11*(1).

T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu.* Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). *Sağlık bölge planlamasına ilişkin uygulamalar hakkında genelge. (Sayı: 27132).* Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi.* Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2010.* Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). (2012). *SKS Işığında Sağlıkta Kalite.* Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2014.* Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2016.* Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlık Hizmet Bölgesi.* Sağlık Hizmetleri Planlama Daire Başkanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2018.* Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). *Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik. (Sayı:31746)* Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2022 haber bülteni.* Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.

Tengilimoğlu, D. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi.* Ankara: Nobel Yayınları.

Tiperneni, R., Patel, S., Heis, F., Ghali, S., Du, D., Ghali, W., Russo, L., & Granet, K. (2022). HCAHPS: having constant communication augments hospital and patient satisfaction. *BMJ Open Qual, 11*(4:e001972).

TSE. (2013). *Türk Standardları Enstitüsü.* 11 27, 2013 tarihinde http://www.tse.org.tr/docs/standard-ve-ekonomik-teknik-dergi/standardteknikdergihaziran2013.pdf. adresinden alındı

Wang, X. Q., Chen, M. J., Yun, Q. P., Sun, S. W., Wang, X. K., Shi, Y. H., Ji, Y., Guan, Z. J., & Chang, C. (2021). Impact of health literacy on patient experience of outpatients in China and its mechanism. *Beijing da xue xue bao. Yi xue ban = Journal of Peking University. Health sciences, 53*(3), s. 560-563. doi:https://doi.org/10.19723/j.issn.1671-167X.2021.03.020

WHO. (1948). *World Health Organization Constitution.* Geneva: https://www.who.int/about/governance/constitution.

Wilkes, S., Van Der Sijs, H., Van Der Sman, S., Van Der Kuy, H., & Zaal, R. (2023). Inpatients' information needs about medication: A narrative systematic literature review. *Patient education and counseling*(115:107921). doi:10.1016/j.pec.2023.107921

Wong, E. L., Coulter, A., Hewitson, P., Cheung, A. W., Yam, C. H., Lui, S. F., Tam, W. W., & Yeoh, E. K. (2015). Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. *PLoS One, 10*(4), s. e0122299. doi:10.1371/journal.pone.0122299

Wu, C. C. (2011). The Impact Of Hospital Brand Image On Service Quality, Patient Satisfaction And Loyalty. *African Journal Of Business Management, 5*(12), s. 4873-4882. doi:10.5897/AJBM10.1347

Wu, Q., Jin, Z., & Wng, P. (2022). he Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *J Gen Intern Med, 37*(6), s. 1388-1393. doi:10.1007/s11606-021-07008-9

Yanes, A. F., McElroy, L. M., Abecassis, Z. A., Holl, J., Woods, D., & Ladner, D. P. (2016). Observation for assessment of clinician performance: a narrative review. *BMJ Qual Saf, 25*(1).

Yıldırım, F. (2023). Şehir Hastanelerinin Misyon ve Vizyon Beyanlarının İçerik. *ÇAKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14*(1), s. 143-162.

Yıldırım, Z., Kekeç, H. M., & Polat, A. (2018). Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5*(14), s. 550-563.

Zengin, N. (2010). "Sağlık Hakkı" ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi, 1*(1), s. 44-52.

Zun, A. B., Ibrahim, M. I., Mokhtar, A. M., Halim, A. S., & Wan Mansor, W. A. (2019). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the hospital consumer assessment of healthcare providers and systems (HCAHPS) into the Malay language. *Int J Environ Res Public Health, 16*(11).

Ek-3. Ayaktan Hasta Anketi Soru Formu

1. Son 12 ayda herhangi bir nedenle kaç kez bu hastanedeki poliklinikleri ziyaret ettiniz?

□ Bu ilk seferdi □ 2-3 kere □ 4-8 kere □ 8-10 kere □ 10 kereden fazla

2. Bu ziyaretin amacı neydi? Lütfen uygun olan bütün seçenekleri işaretleyin.

□ Tetkik yaptırmak □ Tetkik sonuçlarını göstermek □ Tıbbi tanı ve tedavi almak

□ Düzenli chek up yaptırmak □ Cerrahi girişim öncesi kontrol □ Tedavi sonrası kontrol

□ Ameliyat sonrası kontrol

□ Diğer (Lütfen açıklayınız)……..

3. Size uygun bir randevu alabilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

4. Randevunuz hastane tarafından daha sonraki bir tarihe değiştirildi mi?

□ Hayır □ Evet, 1 kez □ 2 veya 3 kez □ 4 veya 5 kez □ 5 kereden fazla

5. Muayene için hastaneye gelmeyi beklediğiniz süreyi nasıl yorumlarsınız?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

6. Hastanenin ulaşımını nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

7. Hasta karşılama, danışma personelinin size karşı davranışını nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

8. Bekleme alanını nasıl değerlendirirsiniz? (Oturma alanı, sıcaklık, temizlik)

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

9. Hekiminizin sağlığınız veya tıbbi sorununuz ile ilgili muayene sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

10. Hekiminizin hastalığınız ve tedavi süreciniz hakkında anlayabileceğiniz şekilde açıklama yaptı mı?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

11. Hekiminizin istediği tetkikleri yaptırmak için ilgili yerlere (Radyoloji Laboratuvar gibi) ulaşma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

12. Tetkik alımı sırasında ve sonrasında yeterli bilgilendirme yapılma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

13. Hasta danışmanları ve diğer personellerin sizi bilgilendirme sürecini nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

14. Durumunuzu/tedavinizi tartışırken veya muayene sırasında mahremiyetinize önem verilme durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

15. Bakım ve tedavinizle ilgili kararlarda istediğiniz kadarıyla katılma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

16. İlacınız ile ilgili kararlarda katılma durumunuz ve ilaçlarınız ile ilgili bilgilendirmenizi nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

17. Genel olarak, poliklinikten aldığınız hizmeti nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok İyi □ İyi □ Yeterli □ Kötü □ Çok kötü

18. Etlik Şehir Hastanesini bir arkadaşınıza, ailenize veya meslektaşınıza tavsiye etme olasılığınız nedir?

(Hiç olası değil) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Çok büyük olasılıkla)

DEMOGRAFİK BİLGİLER

19. Cinsiyetiniz; □ Kadın □ Erkek

20. Doğum Yılınız;

21. Eğitim Durumunuz;

□ İlköğretim □ Lise □ Önlisans / Lisans □ Yüksek Lisans / Doktora

22. Sosyal Güvenceniz;

□ SGK Çalışan □ SGK Emekli □ Anlaşmalı Kurumlar □ Özel Sağlık Sigortası

□ Diğer

Ek-4. Yatan Hasta Anketi Soru Formu

1. Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

2. Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hemşireler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

3. Hastanede kaldığınız süre boyunca hemşireler ne sıklıkla tedaviniz ve bakımınız hakkında açıklama ve bilgilendirmede bulundu?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

4. Size yeni bir ilaç vermeden önce, hemşireler tarafından ilaç hakkında ne sıklıkla bilgi verildi?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

5. Hemşireler size yeni bir ilaç vermeden önce, muhtemel yan etkilerini anlattı mı?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

6. Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler size ne sıklıkla nezaket ve saygıyla davrandı?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

7. Hastanedeki kaldığınız süre boyunca hekimler sizi ne sıklıkla dikkatle dinledi?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

8. Hastanede kaldığınız süre boyunca hekimler tedavi ve bakımınızla ilgili ne sıklıkla sizin anlayabileceğiniz şekilde açıklamalarda bulundu?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

9. Hastanede kaldığınız süre boyunca ne sıklıkla odanız ve banyonuz temizlendi?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

10. Hastanede kaldığınız süre boyunca odanızın olduğu çevre ne sıklıkla sessizdi?

□ Her zaman □ Genellikle □ Bazen □ Nadiren □ Hiçbir zaman

11. Hastanede kaldığınız süre boyunca, doktorlar, hemşireler veya diğer hastane personeli, hastaneden ayrıldığınızda ihtiyacınız olan yardımı alıp almayacağınız konusunda sizinle konuştu mu?

□ Evet □ Hayır

12. Hastanede kaldığınız süre boyunca, hastaneden ayrıldıktan sonra hangi semptomlara veya sağlık problemlerine dikkat edileceği konusunda yazılı bilgi aldınız mı?

□ Evet □ Hayır

13. Etlik Şehir Hastanesini bir arkadaşınıza, ailenize veya meslektaşınıza tavsiye etme olasılığınız nedir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Hiç olası değil) (Çok büyük olasılıkla)

14. Genel olarak, genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

□ Çok İyi □ İyi □ Kararsızım □ Kötü □ Çok Kötü

15. Cinsiyetiniz; □ Kadın □ Erkek

16. Doğum Yılınız;

17. Eğitim Durumunuz;

□ İlköğretim □ Lise □ Yüksekokul □ Üniversite □ Yüksek Lisans □ Doktora

18. Sosyal Güvenceniz;

□ SGK Çalışan □ SGK Emekli □ Anlaşmalı Kurumlar □ Özel Sağlık Sigortası □ Diğer