

**T.C.  
ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ PROGRAMI**

**YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL  
SERVİSİNDE HASTA-PERSONEL İLETİŞİMİNİN HASTA  
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Nihal KOÇAK**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

**Ankara-2014**



**T.C.  
ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ PROGRAMI**

**YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL  
SERVİSİNDE HASTA-PERSONEL İLETİŞİMİNİN HASTA  
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

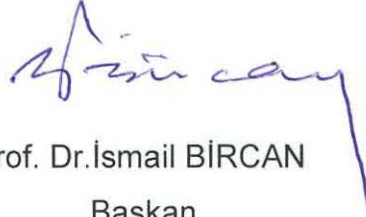
**Hazırlayan  
Nihal KOÇAK**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

**Ankara-2014**

**T.C.**  
**ATILIM ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

*Nihal Koçak* tarafından hazırlanan "Acil Servislerde Hasta-Personel İletişiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi (Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği) başlıklı bu çalışma, 21.05.2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda (*oybirliği*) ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından *Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim* dalında *Yüksek Lisans* tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmail BİRCAN  
Başkan



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU  
Üye/ Tez Danışmanı



Yrd. Doç. Dr. Gonca GÜZEL ŞAHİN

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların demografik karakterlerini ortaya çıkarmak, hasta-personel iletişiminin memnuniyete etkisini etkileyen faktörleri ve hasta-personel iletişimi ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

Bu çalışmamın planlanması ve gerçekleşmesinde birçok kişinin katkısı bulunmaktadır. Başta benim için örnek insan Tez Danışmanım Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na araştırmamda gösterdiği destek ve katkılarından ve her zaman her konuda yardımcı olduğu ve desteklerinden dolayı teşekkürü bir borç bilirim. Üniversite hayatım boyunca bana kapısı her daim açık olan ve her zaman manevi desteğini üzerimde hissettiren çok değerli Hocam Doç. Dr. A.Mete Törüner'e en içten duygularıyla teşekkür ederim. Bu araştırmayı gerçekleştirmemde çalışmayı kabul ederek soruları sabırla yanıtlayan ebeveynlere teşekkür ederim.

Araştırmamın başından sonuna kadar beni destekleyen, zor anlarımda yanımda olan ve cesaretlendiren sevgili iş arkadaşım Fatma Doğan'a, dostlarıma teşekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca, her koşulda yanımda olan ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme, kendisini her zaman örnek aldığım biricik annem Hanım Koçak'a, beni kendime her zaman özel hissettiren babam Ayhan Koçak'a teşekkür ederim.

**ANKARA, 2014**

**NİHAL KOÇAK**

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETİNDE İLETİŞİM

İLETİŞİM KAVRAMI.....	3
İLETİŞİMİN AMACI VE ÖNEMİ.....	4
1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM.....	6
1.1. HASTALARLA İLETİŞİM.....	7
1.1.1. Doktor-Hasta İletişimi.....	8
1.1.2. Hemşire- Hasta İletişimi.....	10
1.2. ACİL SERVİS BÖLÜMÜNDE İLETİŞİM.....	12

## İKİNCİ BÖLÜM

### HASTA MEMNUNİYETİ

<b>2.1. HASTA MEMNUNİYETİNİN FAYDALARI.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. MEMNUNİYETİN ÖLÇÜMÜ.....</b>	<b>17</b>
2.2.1. Elverişlilik.....	17
2.2.2. Hizmetin (Bakımın) Kalitesi.....	19
2.2.3. Cepten Harcama .....	20
<b>2.3. MEMNUNİYETLE İLGİLİ FAKTÖRLER .....</b>	<b>20</b>
2.3.1. Yaş .....	21
2.3.2. Sosyoekonomik durum .....	21
2.3.3. Sağlık problemi .....	21
<b>2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ .....</b>	<b>23</b>
<b>2.5. ACİL SERVİS HİZMETLERİ .....</b>	<b>24</b>

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4. EVREN VE ÖRNEKLEM .....</b>	<b>33</b>
<b>4.5. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ .....</b>	<b>34</b>
<b>4.6. ARAŞTIRMA PROBLEMİ.....</b>	<b>35</b>

<b>4.7. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ .....</b>	<b>35</b>
<b>4.8. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI .....</b>	<b>36</b>
<b>4.9. ANKET BULGULARI VE YORUMLAMA .....</b>	<b>36</b>
4.9.1. Katılımcılara Ait Demografik Veriler .....	37
<b>TARTIŞMA VE SONUÇLAR .....</b>	<b>57</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>62</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>76</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>77</b>

## KISALTMALAR

<b>AS</b>	Acil Servis
<b>ASMO</b>	Acil Servis Medikal Odaları
<b>HÇ</b>	Hastane Çalışanı
<b>HDE</b>	Hızlı değerlendirme Ekipleri
<b>HKE</b>	Hizmet Koordinasyonu Ekipleri
<b>KKB</b>	Klinik Karar Birimler
<b>MO</b>	Müşahede odaları
<b>NSW</b>	New South Wales

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Katılımcılara Ait Kişisel Bilgiler .....	40
<b>Tablo 2:</b> Acil Serviste Hastayı ile Karşıl原因an Personel.....	41
<b>Tablo 3:</b> Hastaların Sordukları Sorulara Cevap Alma Durumu .....	41
<b>Tablo 4:</b> Doktorların Şikâyetlerini Dinleme Durumu.....	41
<b>Tablo 5:</b> Doktor ile İletişimden Memnun Olma Durumu .....	41
<b>Tablo 6:</b> Hemşire ile İletişimden Memnun Olma Durumu .....	41
<b>Tablo 7:</b> Temizlik Hizmetlerinden Memnun Olma Durumu .....	42
<b>Tablo 8:</b> Doktorun Tıbbi ve Müdahale Tecrübesini Değerlendirme Durumu .....	42
<b>Tablo 9:</b> Hemşirenin Tıbbi ve Müdahale Tecrübesini Değerlendirme Durumu .....	42
<b>Tablo 10:</b> Hastaların Hastanede Tedavi için Herşeyin Yapıldığına İnanma Durumu .....	42
<b>Tablo 11:</b> Hastaların Acil Servise Gelişinden Tedavi Tamamlanıncaya Kadar Geçen Süreden Memnun Olma Durumu .....	42
<b>Tablo 12:</b> Hastaların Hastanenin Teknik Donanım ve Ekipmanından Memnun Olma Durumu .....	43
<b>Tablo 13:</b> Hastaların Acil Serviste Tetkik ve Tedavisi Sürerken Bilgilendirmeden Memnun Olma Durumu .....	43

<b>Tablo 14:</b> Hastaların Tetkikleri Bekleme Süresinden Memnun Olma Durumu .....	43
<b>Tablo 15:</b> Hastaların Acil Servise Gelmekten Memnun Olma Durumu .....	43
<b>Tablo 16:</b> Cinsiyet'e göre ilişkiler Acildeki Doktorun İletişim Memnuniyeti	44
<b>Tablo 17:</b> Acilde Hemşire İletişim Memnuniyeti .....	44
<b>Tablo 18 :</b> Katılımcıların Acil Servise Gelmekten Memnun Olma Durumu	45
<b>Tablo 19:</b> Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Acil Doktor İletişim Memnuniyeti.....	46
<b>Tablo 20:</b> Acilde Hemşire İletişim Memnuniyeti .....	47
<b>Tablo 21:</b> Katılımcıların Acil Memnuniyeti .....	48
<b>Tablo 22:</b> Medeni duruma göre Acilde Doktor İletişim Memnuniyeti.....	49
<b>Tablo 23:</b> Acildeki Hemşire İletişim Memnuniyeti .....	49
<b>Tablo 24:</b> Acil Servise Gelmekten Memnun Olma Durumunun Medeni Duruma Göre Dağılımı .....	50
<b>Tablo 25:</b> Eğitim durumuna göre Acil Doktor İletişiminden Memnuniyet ...	51
<b>Tablo 26:</b> Eğitim DurumunaGöre Acil Hemşire İletişiminden Memnuniyet	.52
<b>Tablo 27:</b> Eğitim Durumuna Göre Acil Servise Gelmekten Memnun Olma Durumu .....	53
<b>Tablo 28:</b> Sosyal güvenceye göre Acil Doktor Memnuniyeti .....	54
<b>Tablo 29:</b> Sosyal Güvenceye Göre Acil Hemşire İletişim Memnuniyeti .....	55
<b>Tablo 30:</b> Sosyal Güvenceye Göre Acil Memnuniyeti .....	56

## GİRİŞ

Görünüşte, iletişim, sağlık hizmetlerinde basit bir kavram olarak ortaya çıkar. Hastalar doktorlar, hemşireler ve çalışanlarla konuşurlar. Doktorlar, hastalara tedavi seçeneklerini açıklar. Ancak, anlaşılır ve kaliteli bir iletişim yolunda genellikle birçok engel karşımıza çıkar. Kaliteli iletişim eksikliği, hastalara sağlanan hizmet kalitesini sınırlar. Bazıları hastalara sağlanan uygun olmayan sağlık hizmetlerinin sebebiyken, bu sorunların bazıları da sağlık hizmeti sistem planından kaynaklanır. İletişim kısıtlamaları genellikle hastaların ziyaretlerini hayal kırıcı ve hoşnutsuz hale getirir.

Tipik bir hastanede yatan hasta ziyaretini düşünün. Buraya geldiğinde, bir hasta tipik olarak evrak işlerini tamamlar, nereye gideceği ve ne yapacağı konusunda çeşitli elemanlarla konuşur, hastalıkları konusunda hekimlerle görüşür ve ziyaretleri boyunca tedavileri hakkında bir takım hemşirelerle iletişim kurarlar. İşte bu çeşitli etkileşimler, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla olan ilişkileri bakımından hastalar için istenmeyen bir karışıklığa yol açar. Hastaların, hizmet talep eden herhangi bir sıradan müşteriden farklı özel karakteristik özellikleri olduğu unutulmamalıdır. Bu kişiler, bu kişilerle iletişimi eşsiz kılan fiziksel ve zihinsel durumlar bakımından en iyi durumlarında olmayabilirler. Hastalarla konuşan hekimlerin hastaların endişesini düşürdüğü ve tatminini arttırdığına dair genel bir inanış olmasına rağmen, birden fazla sağlık hizmeti sağlayıcısı ile konuşmanın yararlı olduğuna dair bir belirti yoktur (Berger ve Calabrese, 1975; Wanzer vd., 2004).

Sağlık hizmeti sistemlerinin ürünleri hizmetler olduğu için, sağlık hizmeti kalitesini ölçmek, hastanın algı ve tecrübelerini de içermesi için klinik ölçümlerin ötesine geçmelidir. Genel olarak, hizmet kalitesinin; gerçekler, güvenilirlik, duyarlılık, güvence ve empati olmak üzere beş boyut ile ölçüldüğüne inanılmaktadır (Parasuraman, Berry ve Zeithaml, 1991: 441). Bazı çalışmalar, altıncı bir boyut olarak kullanım kolaylığını eklemektedir. (Strawderman ve Koubek, 2006: 232). Hizmet kalitesinin yedinci boyutu olarak, sağlık hizmeti sistemi ve hasta arasına iletişimi eklenebilir.

Hastanelerde en fazla sorunların yaşandığı birimler olan acil servislerdir. Çünkü çoğunlukla hastalar acil servislere endişe, telaş ve panik içerisinde başvurmakta ve kendi hastasının veya hastalığının hepsinden önemli ve hemen müdahale edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Sağlık çalışanları ise hasta yoğunluğu nedeni ile hasta ve yakınlarına biraz beklemeleri gerektiğini söylemeleri veya az ilgi göstermeleri sonucu hasta-sağlık çalışanı arasında tartışmalar yaşanmakta ve hasta memnuniyeti olumsuz olarak oluşmaktadır.

Acil servislerde sağlık personeli ve hasta arasında yaşanan iletişim sorunlarını ve memnuniyet düzeylerini ortaya koymak amacı ile gerçekleştirilen bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde genel olarak iletişim ve sağlık iletişimi konusu açıklanmış, ikinci bölümde ise hasta memnuniyeti ve boyutlarına yer verilmiştir. Araştırmanın son bölümünde ise alan araştırması, bugular ve sonuçlara yer verilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### İLETİŞİM ve SAĞLIKTA İLETİŞİM

#### 1.İLETİŞİM KAVRAMI

Dilimize Fransızca'dan gelen "communication" sözcüğü, Latince'deki "communicatio"sözcüğünün karşılığıdır. Bunun kökenindeki "communis" kavramı birçok kişiye ya da nesneye ait olan ve ortaklaşa yapılan anlamlarını taşımaktadır. Yani iletişim sözcüğünün, yalın bir ileti alışverişinden çok, toplumsal nitelikli bir etkileşim, değiş tokuş ve paylaşım içerdiğini söyleyebiliriz (Kuzu, 1997: 33).

Birilerine ortamlarındaki nesnelere, olaylara ve olgularla ilgili değişimleri haber veren, bunlarla ilgili bilgileri birbirine aktaran, aynı olgular, nesnelere, sorunlar karşısında benzer yaşam deneyimlerinden kaynaklanan, benzer duygular taşıyıp bunları birbirine ifade eden insanların oluşturduğu topluluk ya da toplum yaşamı içinde gerçekleştirilen tutum, yargı, düşünce, duygu bildirişimine iletişim denir (Balta, 2001: 127).

İletişim;

- Diğer insanlarla aramızdaki yapıcı ilişkilerdir,
- Bizim ve karşımızdaki kişi veya kişilerin hoşuna giden ilişkilerdir,
- Kendimiz ve karşımızdaki için olumlu şeyler amaçlayan ilişkilerdir,
- Zevk ve saygı içeren ilişkilerdir,

- Başarılı ilişkilerdir,

İnsan ilişkilerinin vazgeçilmez unsuru olan iletişim, örgütsel ve toplumsal faaliyetlerin sürdürülmesi için de zorunludur (Atıcı, 2005: 93).

İnsanların birbirleriyle iletişim içinde olmalarının ana amacı temel bazı gereksinimlerini gidermektir. İnsan iletişim sisteminin etkinliği bireylerin kendileri hakkındaki bilgilerini anlatma, düzeltme ve dolayısıyla davranışlarına rehberlik etmede de yardımcıdır.

Bir sosyal yapı içerisinde iletişime ihtiyaç göstermeyen hiçbir iş yoktur. Çünkü iletişim, insanların birbirini anlamaları için gerekli olan bir köprüdür.

İnsan ister tek başına, ister toplumla birlikte yaşasın, iletişim kurarak amaçlarına ulaşır. İnsanda iletişim kurma ihtiyacı, çevreyi etkileme isteğinden kaynaklanır. Bu nedenle iletişim, ister ilgiyi yaymak, ister eğitmek, ister eğlendirmek ya da yalnızca anlatmak için olsun, asıl amaç, bilgi verme ve karşısındakini etkilemektir.

İnsan yaşamını iletişim kurarak sürdürür. Yaşam bir bakıma iletişim kurma serüvenidir Normal zihinsel fonksiyonlara sahip bir insan, iletişim kurmadan yaşayamaz.. İletişim, insanın bireysel ve sosyal yaşamının vazgeçilmez unsurudur. İnsan, günlük yaşamında diğer insanlarla, kurumlarla, kuruluşlarla, gruplarla veya kendisiyle iletişim kurarak yaşar.

İletişim, insanın kendini bir insan olarak gerçekleştirilmesi ve sosyal süreçlere girmesi bakımından önemlidir. İletişim sayesinde insanlar zihinlerindeki kavram ve fikirleri açığa vurma, onları paylaşma ve

değerlendirme olanağına sahip olurlar. Başkalarını etkileme ve onlardan etkilenme, yararlanma, yararlı olma ve başarı gösterme iletişim sayesinde olur. İnsanlar arasında var olan ilişkilerin sürmesi ve yeni ilişkilerin kurulması iletişimle gerçekleşir.

İletişim şüphesiz insanlar ve diğer tüm sosyal sistemler için önemlidir. Ancak, iletişim özellikle bugün her zamankinden daha büyük bir öneme sahiptir. Günümüzde iletişimin öneminin artmasının nedeni, iletişim bugün bir güç kaynağı olan bilgi iletiminin temel aracı olmasıdır. Yaygın bir tanımla içinde bulunduğumuz çağ “enformasyon çağı” olarak nitelendirilmektedir. Çağımıza adını veren bilginin bir değer olarak ortaya çıkması ve iletilmesi, iletişim sayesinde mümkün olabilmektedir.

İletişim, insanın kendini sosyal bir varlık olarak ifade etmesi için zorunludur. İnsan, çevresi ile iletişim kurarak yaşar. Onun her davranışı, konuşması, susması, duruşu ve oturuş biçimi, kendini ifade etmesidir. Yani çevresine mesaj iletmesidir. İletişim bilgi üretme, iletme ve algılama sürecidir. İletişim kurmakta asıl amaç, anlaşılabilir mesajların gönderilmesi ve karşı tarafın tutum ve davranışlarında değişiklik yapılmasıdır.

Sessizliği ve yalnızlığı seçen insan, vücut diliyle, çevresine mesaj iletmeye çalışır; yani insanlar sessiz kaldığı zamanlarda bile, ya vücut diliyle dışa doğru, ya da iç muhasebe ile içe doğru kendisiyle iletişim kurar. Kendisi ile iletişim kurduğu zaman duygu ve düşüncelerini değerlendirir, etkileşim içine girer, kendine mesaj gönderir, onları yorumlar ve geri bildirimde

bulunarak inanç, tutum ve davranışlarında değişikliğe gider. Bu süreç, insanın iletişim kurmadan yapamayacağını gösterir.

Her insan iletişimi farklı şekilde algılar ve yorumlar. Bir mesajı almak ve yorumlamak, ya da göndermek, kişisel birikimimiz tarafından etkilenir. İnsanoğlunun tüm başarılarının arkasında en temel factor iletişim yeteneğidir. Bu yetenek ona soyut düşünebilme, daha ilkel bir yaşamı daha uygar bir yaşama dönüştürebilme olanağını sağlamıştır.

## **1.2.SAĞLIK HİZMETİNDE İLETİŞİM**

İletişim, kelimeler, cümleler, ifadeler ve benzeri gibi sadece bilgi olmaktan fazlasıdır, öte yandan iletişim, sözel ve sözel olmayan mesajların insanlar arasındaki alışverişi ile paylaşılan bilgiler, anlamlar ve duygular sayesinde ortaya çıkan bir insanı işlemdir (Hargie ve Dickinson, 2004: 85). Sağlık iletişimi, sağlık problemleri için gündem belirleme, sağlığın korunması, bilimsel iletişim (sağlık birimleri arası), doktor-hasta iletişimi ve önleyici sağlık iletişimini içeren belirli sorun temelli bir iletişim alt kategorisidir. Bu yüzden, dar bir açıdan konuşmak gerekirse, sağlık hizmetindeki bilgi terimi medikal uzmanlığı belirtirken, iletişim bu uzmanlığın hastalar ve hastaların akrabalarına iletişimi ve alışverişidir ve hastalarla medikal uzmanlığı birbirine bağlayan bir çeşit etkileşimdir (Rogers, 1996: 34). Sağlık hizmetinde iletişim genelde yüz yüze iletişim olarak düşünülür, ancak telefon görüşmesini de içermektedir (Kreps, Bonaguro ve Query, 1998: 12). Bu yüzden, iletişim, hem hastalar ve ailelerle hem de meslektaşlarla yapılan iletişimi içeren çok yözlü ve karmaşık bir işlemdir.

## 1.2. 1.Hastalarla İletişim

Hasta temelli iletişimin, on yıllardır sağlık hizmetinde bir odak noktası sağlanmasına rağmen, hasta anketleri hastaların kötü iletişime bağlı ciddi problemler tecrübe ettiklerini göstermeye devam etmektedir. Hastalar tarafından bildirilen temel iletişim sorunları arasında, yetersiz ve ya yanlış bilgi, ilgi, hastanın ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamada yetersizlik ve saygı ve katılım eksikliğini bulduk. Bunun yanı sıra, doktor-hasta iletişimi üzerine olan çalışmalar, hastalarla ilgili tıbbi bilgilerinden yüzde 50'sinden daha azının doktorlar tarafından sağlandığını göstermektedir (Roter ve Hall, 1989: 177). Kesintiler de doktor-hasta iletişimde başka bir soruna yol açmaktadır; ortalama olarak, hastaların konuşmaya başladıktan 18 saniye sonra sözlerinin kesildiği ve sadece % 23'ünün doktorun konuşmayı kesmeden konuşmayı tamamladığı görülmektedir (Berry, 2007: 72).

Sağlık hizmetindeki hasta temelli iletişim üzerindeki odak değişikliklerinin bölünmesi ve hastaların gerçek tecrübeleri, özellikle doktorlarla konuşurken (Berry, 2007: 59) daha yaşlı hastaların endişeleri konusundan soru sormama ve konuşmamaya eğilimli olmaları ve doktorların da hastaların stres seviyelerini ve bilgi ihtiyaçlarını azımsamaya eğilimli olmaları gibi farklı sonuçlara sebebiyet verebilir (Ford, Fallowfield ve Lewis, 1994: 770). Ancak klinik tedavi uzmanları da hastalarla iletişim konusunda sorunlarla karşı karşıya kalır, örneğin denetimsel destek ve zaman kıtlığı sonucu (Dosanjh, Barnes ve Bhandari, 2001: 199). Hastalarla iletişimde kendine güvendeki eksiklik de hastalarla iletişimden kaçınmaya sebebiyet

verebilecek ve bu yüzden de sağlık hizmeti profesyonellerinin hastaların endişeleri konusunda yeterince bilgilendirilmemesine yol açabilecek başka bir problemdir (Langewitz vd., 1998: 274; Luderer ve Behrens, 2005: 2211;12). Bunun yanı sıra, iletişim ile yeterince ifade edilemeyen duygu kıdemli doktorlarda kötü zihinsel sağlık riskini artırır (Graham ve Ramirez, 2002: 190). Sonuçlar, paylaşımlı gündem belirleme ve uzman olarak hastanın tanınmasıyla hasta katılımının yükseltilmesi ile hasta temelli iletişim için sürekli bir odağın gerekliliğinin altını çizmektedir.

### **1.2.2. Doktor-Hasta İletişimi**

Doktor ve hastalar arasındaki iletişim sağlık hizmeti çalışmalarında gittikçe artan miktarda ilgi çekmektedir. Son yirmi yıldır, tanımlayıcı ve deneysel araştırma medikal danışmalar süresince olan iletişim sürecinin üzerine ışık tutmaya çalışmaktadır. Ancak, bu çalışmalardan kazanılan kavrayış sınırlıdır. Bu muhtemel, kişiler arası ilişkilerde doktor-hasta ilişkisinin en karmaşıklardan birisi olmasıyla ilgilidir. Bu, eşit olmayan pozisyonlardaki bireylerin etkileşimini içerir, genellikle gönüllülük esasına dayanmaz, hayati öneme sahip problemlerle ilgilenir ve bu yüzden de duygusal olarak doludurlar ve yakın işbirliği gerektirir (Chaitchik vd., 1992: 40). Karmaşık teknolojiler tıbbi tanı ve tedaviler için kullanılabilirken, kişiler arası iletişim hekimler ve hastaların bilgi takasındaki birincil araçtır (Street, 1991: 540).

Doktor-hasta iletişiminin belirli yönleri hastanın davranışları ve iyi hali üzerinde etkilere sahip olduğu görülmektedir, örneğin; hizmetten tatmin, tedaviye bağlılık, tıbbi bilgiyi hatırlama ve anlama, hastalıkla mücadele, hayat

kalitesi ve sağlık durumu bile (Carter vd., 1982: 538; Larsen ve Smith, 1981: 478; Smith, Polis ve Hadac, 1981: 273).

Etkileşim ve iletişim özellikle hayati tehlike arz eden, kanser gibi, hastalıklarda önemlidir. Örnek olarak, “kötü haber danışması” son on yılda araştırma için önemli bir konu haline gelmiştir (GIVIO, 1986: 314; Greenwald ve Newitt, 1982: 534; Morrow, Hoagland ve Carpenter, 1983: 89; Nijhuis, 1979). Son zamanlarda, iletişim araştırmacıları kanserin psikolojik yönlerine karşı yükselen bir ilgi göstermektedirler. Bu sebeple, psikolojik onkoloji çalışmaları yazının devamında örnek olarak işlev görecektir. Var olan literatür temel olarak, burada uygun olduğu düşünülen İngiliz, Flemenk ve Amerikan verilerinden söz etmektedir.

Doktor-hasta arasındaki iletişimin neden bu kadar güçlü bir kavram olduğunu tamamen anlayabilmek için, şunlara bakmak önemlidir:

- (1) Tıbbi iletişimin farklı amaçları;
- (2) Doktor-hasta iletişiminin analizi;
- (3) Danışma halleri süresince gösterilen belirli davranışlar ve
- (4) Belirli hasta sonuçları üzerindeki iletişimsel davranışların etkisi

### **1.2.3. Hemşire- Hasta İletişimi**

Hemşire, hasta ya da sağlık hizmetine gereksinim duyan birey ile bu yardım gereksinimini algılayıp, onu karşılamak üzere eğitilmiş kişidir (Velioglu, Pektekin ve Şanlı, 1991). Hemşirelik ise, insanlara doğrudan hizmet veren meslek grubu içinde yer alır. Hemşirelik mesleğinde, her yaş ve

sosyo-ekonomik düzeydeki birey ile iletişim kurulmaktadır. Bu iletişimlerde, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde temel ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlıkları ile ilişkili sorunlarla baş edebilmelerine yardımcı olmak amacıyla birtakım faaliyetler yapılmakta, gösterilen tepkiler değerlendirilerek geri bildirimler verilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin yüksek olması gerekir.

İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin gerek hastalarla gerekse hekimlerle iletişim yetersizliğinden dolayı zaman zaman sorunlar yaşadığı görülmektedir (Tjia vd., 2009: 147). Hasta bakımının kalitesini artırmak ve hasta memnuniyetini geliştirmek öncelikle hemşireler ve personel arasındaki iletişim becerilerini geliştirmek ile mümkün olmaktadır (Quisling, 2009: 27). Ayrıca bakım odaklı etkili iletişimin hasta bakımına olumlu yönde yansıdığıdır (Boscart, 2009: 1830). Hasta ile işbirliği yaparak tedavisine katılımını sağlamak için iletişim gereklidir (Yarış ve Dikici, 2008: 40). Bu duruma dikkat çekmek için hasta bakımında iletişimin önemini vurgulayan çalışmalar vardır (Collins, 2009: 24). Hemşirenin iletişim becerilerini değerlendirmek için yapılan araştırmada, hasta ile işbirliğine girerek etkili bakım verebilmek amacıyla hastaları yakından tanımanın önemli olduğu vurgulanmıştır (Tutuk ve Doğan, 2002: 38). Yine benzer şekilde hemodiyaliz hastalarıyla diyaliz sırasında iletişim kurularak bakım desteği sağlamada etkili iletişimin önemine dikkat çekilmiş ve hemşirelerde farkındalığı arttırmak için çalışmalar yapılmıştır (Moran, Scott ve Darbyshire, 2009: 23). Hastalık ve hastaneye yatma hasta birey ve yakınları için önemli yaşam deneyimlerindedir. Bu sü-

reçte hastaya etkin bakım verebilmek, yakınlarına gerekli desteği sağlayabilmek etkin iletişim becerisi ile mümkün olacaktır.

Hemşirelik mesleğinde etkili iletişim becerisinin yanında duygu kontrolü ve duyguları yönlendirebilme becerisi de gereklidir (Radcliffe, 2009: 24; Thompson, 2009: 50). Bunun için ilk önce kendi duygularını ve kendilerine ilişkin eksikliklerini fark edebilmeleri yani kişilik özelliklerini tanımaları gerekmektedir. Çalışma ortamında da iletişimin nasıl etkili kullanılabileceğine ilişkin açık bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır (Wink, 2009: 189).

Hasta ile tanışmak, öykü almak, tanı koymak, tedavisine karar vermek- uygulamak, bakıma yön vermek ve etkinliğini artırmak için iletişimin önemi büyüktür. İletişim tedavide önemli bir bakım aracıdır. Yaşamın her döneminde var olan, ancak hastalık durumunda daha da önem kazanan iletişim becerisi tüm sağlık çalışanlarınca bilinmesi ve hasta bireyle ilk karşılaşmadan itibaren dikkate alınması gereken bir beceridir. Bu nedenle hastanın gereksinmelerinin saptanmasında zaman zaman sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların giderilmesinde de iletişim becerisi önemlidir (Babadağlı, Ekiz-Erim ve Erdoğan, 2006: 64; Bowles, Mackintosh ve Torn, 2001: 349; Özcan, 1996: 112; Wilkinson vd., 1999: 344).

Hemşireler çalıştıkları kurumlarda hasta bakım hizmetleri verirken gerek hasta ve gerekse hasta yakınları ile sürekli iletişim halindedirler. Bu önemli görevi icra eden hemşirelerin hastalarını memnun edebilmeleri için etkili iletişim becerisine sahip olmaları gerekmektedir.

### 1.3. ACİL SERVİS BÖLÜMÜNDE İLETİŞİM

Bilgi paylaşımı hem yatan hasta hem de Acil Servis (AS) bölümleri için önemli bir tatmin belirleyicisidir (Nerney ve ark, 2001: 144). Bir AS'deki yaşlı hastaların tatmini ile ilişkilendirilen etmenlerin araştırmasında, hastalar tarafında hissedilen endişe ve kaygıların etkili iletişim yoluyla hafifletilmiştir (Nerney ve ark, 2001: 144). Dahası, kişilerarası çalışan becerileri, iletişim becerileri ve bilgi tedariki AS'lerdeki hasta tatmininin öngörücüleridir (Boudreaux ve ark, 2004: 23; Boudreaux & O'Hea, 2004: 55; Taylor & Bengert, 2004: 529).

Hemşireler sürekli hastalar için duygusal ilginin önemini vurgulamaktadırlar (Jacox ve ark, 1997: 22; Boudreaux ve ark, 2003: 264; Darby, 2002: 347; Johansson ve ark, 2002: 340; Aiello ve ark, 2003: 188; Boudreaux & O'Hea, 2004: 55; Al-Mailam, 2005: 116; Liu & Wang, 2007: 269). Ancak, bu hastaların kendilerinin ne hissettikleriyle çelişmektedir. Hastaların hemşirelikle ilgili tatminlerini belirlemek için yapılan bir ankette, hastaların şu hemşirelik vasıflarını bekledikleri bulunmuştur: arkadaşça bir kişilik, nezaket, hastanın ihtiyaçlarına hızlı yanıt ve gerekli hizmetin sağlanması için yeterli zaman (Fitzpatrick, 1991: 1130). Hastalar ayrıca kendi durumlarıyla ilgili teknik hizmeti ve sağlanan açıklamaları önemli bulmaktadırlar (Megivern ve ark, 1992: 13; Sitzia & Wood, 1997: 1835; Schmidt, 2003: 395; Chan & Chau, 2005: 501).

Bu algıya rağmen, Donabedian (1980) tarafından yapılan bir araştırma verilen hizmetin teknik yönleri bakımından kısıtlı bilgiye sahip olduklarının altını çizmektedir. Diğer araştırmacılar da, hastaların teknik beceri ve yetkinliklerinden ziyade çalışanların kişilerarası becerileriyle daha ilgili olduklarına gösteren bu sonucu desteklemiştir (Nelson E & C, 1993: 89; O'Connell ve ark, 1999: 75; Taylor & Benger, 2004: 529).

Hastaların hemşirelerden beklentileri hemşirenin bilgisi ve yetkinliğiyle aynı zamanda da 'kişisel' ilgisiyle alakalıdır (Johansson ve ark, 2002: 340). Dahası, hastalar hemşirelerin bir refakatçi ve danışman, ihtiyaçlarına duyarlı, iyi iletişim becerisi sahibi olmalarını, gerekli bilgiyi sağlamalarını ve hastayı hem duygusal hem de fiziksel olarak yönlendirmelerini beklerler. Hastaların beklentilerinin bu yönleri hastaların hemşirelik hizmetinden duyduğu tatminin ölçümü açısından önemlidir.

Ayrıca hasta yakınlarının kendi hastalarının daha acil olduğu düşüncesiyle bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemesi, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin yüksek olması, hasta ve hasta yakınları tarafından işlerin düzenli yürümediği veya öncelik sıralamasında adil davranılmadığı yönündeki şüpheleri, şiddet uygulayan kişinin alkol alması veya ilaç/madde etkisi altında olması, bazı hastalık tanıları (deliryum, demans, psikoz vb.) ve stresli aile üyelerinin varlığı şiddet uygulayanlarla ilgili diğer faktörlerdir (Al ve ark., 2012: 118; Ayrancı vd., 2006: 287; Chapman & Styles, 2006: 247; Geolot vd., 2005; Günaydın ve Kutlu, 2012: 3; İlhan vd., 2009: 27; Keser ve Bilgin, 2011: 30; Pınar & Pınar, 2013: 9; Ünlüsoy, 2010: 72).

## İKİNCİ BÖLÜM

### HASTA MEMNUNİYETİ

Hasta memnuniyetinin (tatmini) başta tıbbi altyapıya ve bakım hizmetine olan erişim konularıyla alakalı olarak algılanırdı (Jawahar, 2007: 14). Hasta memnuniyeti genellikle müşterinin tedavi sonucu edindiği hizmet görüşü olarak tanımlanır. Hasta memnuniyetinin önemi uzun bir süreci kapsayan, iki bin yıl önce antik Roma'dan beri var olan, bir tarihe sahiptir. Plato bir sözünde “doktor bizi dilimliyor ve sonra da üstüne para istiyor, sanki bir lütufta bulunuyor gibi. Bu kişi katı bir denetleme altına alınmalıdır” demiştir ve bu bir meclis kurulma çağırısı yaparak ve “hastalıklar hakkında ve ilaç ve ameliyat aletlerinin hastalar üzerinde nasıl kullanılması gerektiği hakkında” görüşler talep ederek yapılabilir” (Campbell, 1999: 178). Sağlanan hizmetin kalitesini yorumlamak ve geliştirmek için, hizmetin kalitesini sağlık hizmeti çerçevesinde araştırmanın önemi büyüktür. Sonuç olarak, kaliteli araştırma hastanın bakım hizmetiyle ilgili memnuniyetinin bir haritasını çıkaracak tahkikatları içerir. Bakım (hemşire) hizmetinin kalitesini geliştirmek için, hemşirenin hastanın memnuniyetini etkileyen etmenleri bilmesi gerekmektedir (Peter, Magnus ve Bengt, 2002: 340).

Fitzpatrick (1991) 1984'den beri Avustralya birleşik değerlendirme poliçesinin amaçlarının verimlilik, etkililik ve mesuliyeti vurguladığını söylemiştir. Hasta memnuniyeti, mesuliyetin bir göstergesi olarak kullanılmıştır. Memnuniyet, bu yüzden, sağlık hizmeti girişimlerini doğrulayan ve geçerli kılan vekil bir gösterge gibi görülmüştür (RPSM; 2006). Sağlık

hizmet kuruluşları oldukça fazla rekabetçi bir ortamda çalışmaktadırlar ve hasta memnuniyeti pazar payı elde etmek ve sürdürmekte bir anahtar haline gelmiştir. Hasta memnuniyetinin kabul edilir seviyelerde olmadan, sağlık planları tam bir onay alamaz ve tamamen onay planlarından yararlanan rekabet sınırında eksikliğe sebep olacaktır (Khan, 2007: 94). Jones (1978)' a göre, memnuniyet anketleri sağlık hizmetleri konusunda hastalardan geri bildirim ana kaynağıdır ve böylece yeniden yapılanma servislerine satın alma kararları hakkında bilgilendirip teklifler yaratır ve ayrıca poliçe değişikliklerinin etkilerini değerlendirmede kullanılabilir (Avis, Bond ve Arthur, 1995: 319).

Hemşire hizmeti ile hasta tatmini, hastaların aklındaki ideal hemşirelik hizmeti beklentilerinin ve gerçekten verilen hemşirelik hizmetinin etkileşimi sonucu ortaya çıkan hastaların öznel bilişsel-duygusal tepkileri olarak tanımlanmaktadır (Risser, 1975: 47; Eriksen, 1995: 67; Johansson ve ark, 2002: 340). Ne yazık ki, hasta tatmininin genel kavramsal tanımı hakkında fikir birliği eksikliği vardır (Fitzpatrick, 1991: 1130; Bond & Thomas, 1992: 54; Cleary ve ark, 1992: 55; Williams, 1994: 513). Laschinger ve ark, (2011: 37) hasta tatmini kavramı için çok az sayıda çalışmanın deneysel destek sağladığını söylemektedir.

Aslında, araştırmacılar, doğası gereği çok boyutlu olmasından dolayı, hasta tatmininin birçok farklı yoldan ölçüldüğü konusunda yorumda bulunmaktadır, çünkü ortada bu konunun dayandırılacağı bir veri tabanı

yoktur (Hall & Dorman, 1990; Chang, 1997: 28; Sitzia & Wood, 1997: 1832; Merkouris ve ark, 1999: 20).

Hasta tatmini yine de hastane yöneticileri için önemlidir, çünkü bu hastanın hizmet kalitesi algısı ve yine bu hastanın ileride bu hizmeti tekrar kullanma veya başkalarını bunu tavsiye etme niyeti arasında arabuluculuk yapar (Laschinger ve ark, 2011: 38).

Dahası, kalite algısı zamanla gelişen uzun süreli bir yaklaşım olarak tanımlanabilirken, hasta tatmini belirli bir tecrübeye dayalı kısa süreli bir tepki olarak tanımlanabilir. Bu yüzden, hastaların söz konusu sağlık hizmeti sağlayıcısını başkalarına tavsiye etmesiyle ilgilenen sağlık hizmeti pazarlamacılarının aksine, hemşireler hastaların sağlık durumlarını iyileştirmek için hasta tatmin verilerinden yararlanmaya odaklanmaktadırlar.

Bu yüzden, hasta tatminine hem bir sonuç ölçütü (ileriki tedaviyi izleyen sağlık durumuyla ilgili tatmin) hem de işlem kriteri (hizmetin verildiği şekil ile ilgili tatmin) olarak yaklaşılabilir (Coulter ve ark, 2009: 26).

Hemşirelikle ilgili hasta tatmini için yapılan araştırma çerçeveleri kaynakta gösterilmektedir (Greeneich, 1993: 71). Bu çerçevelerde kullanılan kavramlar açıklamaları, kaygıları, karşılıklı amaç saptamalarını, hastalarını duygularını ifadelerine karşı duyarlılığı, teknik yeterliliği, hemşirelik bilgisini, iletişimi, tedavide eşitliği ve bilgi vermeyi içermektedir (Bursch ve ark, 1993: 587). Acil servis bölümleriyle ilgili genel AS hasta tatmini ile ilgili beş önemli değişken, muayeneden önceki bekleme süresi, hemşirelik hizmeti, doktorun

kaygıları, çalışanların nasıl örgütlendiği ve hastaların sorunlarıyla alakalı doktorlar ve hemşireler tarafından sağlanan bilgidir (Bursch ve ark, 1993: 588; Krishe & Baraff, 1993; Sandovski ve ark, 2001: 119).

Boudreaux ve ark, (2004: 17) AS hizmetindeki hasta tatmini üzerine yapılan çalışmaların tutarsız bulgular içerdiğini ve bu yüzden doğru çıkarımların mümkün olmadığını altını çizmektedirler. Araştırmacılar bu uyumsuzluklara sebep olan birkaç yöntemsel sorun bulmuşlardır. Sonuçlar AS araştırma için standart hale getirilmemiştir.

Bazı çalışmalar, örnek olarak, genel tatmin ve söz konusu AS'i başkalarına tavsiye etme oranlarını kullanmıştır. Sonuçlar kavramsal olarak benzer ve bir hayli ilişkili olsalar da, gerçekte benzer değildir. Hemşire çalışma ve hastaların hemşirelik hizmetine karşı tatminleri üzerine olan çalışmalar için bir diğer sorun ise evrensel olarak kabul edilen gösterge havuzu kısıtlıdır. Çalışmalar sayı, tür ve kullanılan öngörülerin doğası bakımından çeşitlilik göstermektedir, bu yüzden bulgular arasındaki çelişkiler o kadar da şaşırtıcı değildir (Boudreaux ve ark, 2004: 17). Boudreaux ve ark, (2004: 17) araştırma yöntemlerinin, bazı araştırmalar anket çalışması kullanırlarken bazılarının telefon anketi kullanması, yetkili değerlendirmesi ve AS ziyaretinden sonra geçen süre nedeniyle araştırmalar arasında farklılık gösterdiğini, bu yüzden de geriye dönük analizler için doğru olmayan sorunların ortaya çıkmasına neden olduklarını söylemektedirler.

Son olarak, çalışmalar arasındaki tutarsızlıkları yapay olarak şişiren istatistiksel analizlerin sonuçlarını yorumlamak amacıyla araştırmalar

arasında geleneksel p-değerini çıkarmak stratejisini kullanmaya yönelik bir eğilim vardır.

## 2.1. HASTA MEMNUNİYETİNİN FAYDALARI

Hasta memnuniyeti birçok açıdan sağlık hizmeti işlemleri için önemlidir. Sağlık hizmetinden memnun kalmayan hastalar sağlık hizmeti sağlayıcılarını değiştirebilir ve ya daha sık şekilde “çoklu doktor” görmek isteyebilir – ön ödemeli sağlık planlarından kaydını sildirebilir, - doktorları tarafından yazılan tıbbi rejimlere daha az bağlı olurlar – ve yanlış uygulamalar aramaya daha meyilli olurlar (Kressin vd., 1999: 284).

Fitzpatrick' e göre (1991: 1132), memnun hastalar planlanmış bakımı takip etmeye ve sağlık hizmetlerini daha iyi kullanmaya daha meyillidirler. Bu yüzden, hasta memnuniyeti sağlık hizmeti girişimlerini meşrulaştıran ve doğrulayan göstergeler olarak görülmüştür. Ve ayrıca hasta kontrollü analjezinin yorumlanmasında kullanılmaktadır (Avis, Bond ve Arthur, 1995: 320). 2003 yılının Ağustos ayında, Press Ganey 2 milyon hastalık bir anket – ki bu şimdiye kadar ki en geniş çaplı hasta memnuniyet araştırmasıdır – üzerine rapor hazırlamıştır. Baby Boom kuşağı bütün olarak bitişik yaş grubundan olan hastalara kıyasla daha az memnundur” demiştir. Baby Boom kuşağına dâhil kişiler kurumlar hakkında şüpheli, diğerlerinden daha fazla bilgilendirilmiş ve yüksek beklentileri sebebiyle memnun etmenin daha zor olduğu kişiler olarak tanımlanmaktadır. Aslında, çalışmalar şu an hali hazırda

bunun olduğunu göstermektedir. Sonuç, sağlık hizmetinin şimdi ve ya yakın zamanda yükselen seçim ve yüksek miktarda talep beklentisine sahip bir pazarla karşılaşacağıdır. Bu Pazar sağlık hizmeti pazarlamacılarına, memnuniyet yaratmak konusunda kalemlerini sivirtmeleri için ödeme yapacaktır (Interplay, 2005).

## **2.2. MEMNUNİYETİN ÖLÇÜMÜ**

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi, hasta temelli sonuç ölçümü olarak medikal ve bakım hizmetinin kalitesini belirleyen bir yol olarak kullanıcı tercihlerinin istediği alanda ve tipteki sağlık hizmetleri için vekil ifadeler olarak kullanılmaktadır (Avis, Bond ve Arthur, 1995: 324). Hastalarla olan ilişkilerin genişletilmesi üzerindeki yükselen odak tıbbi hataların azalmasını sağlayabilir (Guadagnino, 2003: 47).

### **2.2.1. Elverişlilik**

Lebow (1983), tedavinin hissedilen yeterliliği ve ortamdaki kaynakların hizmetin kalitesine, yararlılığına, maliyet ve devamlılığına, pratisyenin uygunluğuna ve ulaşılabilirliğine ve de destek hizmetine karşı tepkileri içerebilen belirli yönler olduğunu düşünmektedir (RPSM, 2006). Rubin (1993) ve Drain (2001) hasta memnuniyet çalışmalarının, hastaların klinik tedavi uzmanlarını, olanakları ve ya güvence planlarını seçmesine olanak verdiğini; daha az memnun olmuş hastaların sağlık hizmetini başka bir yerde aramaya daha yatkın olduğunu düşünmektedir (Avis, Bond ve Arthur, 1995: 324).

Eğer bakım, rehberlik ve desteğin alınması gerçekten müdahaleler hakkında gerçek bilgilendirilmiş kararlar almalarına yardım edecekse, bu

muhtemelen hizmetlerin işlevsel teslimatı üzerine etki yapacaktır. James (1992) tarafından yapılan bir araştırma, daha önce bir hastanenin akut bölümünde çalışan ve daha sonra tedavisi imkânsız olan hastanelerin birinde başka bir işe giren bir hemşireyi tanımlar. Bu hastanede çalışmaya başladıktan kısa bir süre sonra, hemşire, etkili iletişimin önüne geçen ve zayıflatan yoğun rutinler sonucu eski işini bıraktığını söylemiştir. Hastaneler, geçişirici tedavilerin tedavi edici tedavilerden daha uygun görüldüğü ölümcül derece hasta olan kişiler için daha uygun olacak çevreler için bir müdahale olarak kurulmuştur (Sheaff, 2005: 23). Hekimler ve hastalar arasındaki iletişim sağlık hizmetinin merkezi bir parçasıdır. Etkili iletişim, hekimlerin hastalığın doğasını ve hastalarını hastalık konusunda nasıl düşündüğünü anlaması için gereklidir. Etkili iletişimin kurulamaması çeşitli olumsuz etkilere sebep olur; bunların içine hastaların test sonuçlarını anlayamaması ve güven sağlamanın başarılabilmesi de dâhildir (Stepen, Andrew ve Marie, 2004: 88).

### **2.2.2. Hizmetin (Bakımın) Kalitesi**

Hastaneler, teknolojinin de gelişmesiyle, genişletilmiş hizmet kalitesinin üzerinde durmaktadırlar. Araştırmacılar sağlık hizmetlerinin kalitesinin yedi etkende açıklamışlardır. Bunlar; verimlilik, etkililik, yararlılık, optimalite, meşruluk ve eşitliktir. Bu yüzden modern kalite hizmetinin üretim ve diğer hizmet endüstrisinden adaptasyonu hizmet kalitesinin durumunu değiştirmiştir. Geleneksel ve modern sağlık hizmeti tekniklerinin birleşimi kaliteli sağlık hizmeti yönetiminin modern çağını başlatmıştır (Ahmed vd., 2004: 521). Belki de hekimler için en önemli ders zaman ayırmak ve

hastaların beklentisine odaklanmaya çabalamak olmuştur. Stimson ve Webb (1975) memnuniyetin hizmetin yararlarının algısıyla ve hastanın beklentilerinin neler olduğunun ölçütüyle ilgili olduğunu söylemektedirler (TangmanIcongworakoon, 2006: 44). Hekimler hasta beklentilerini fark ettikleri ve belirledikleri zaman, memnuniyet sadece hekimler için daha yüksek olmamaktadır; bu ayrıca hastaların belirli bir adımdan ziyade genellikle bilgi almak için ziyareti gerçekleştirdiklerini de hatırlatmaya yardımcı olabilir.

### **2.2.3. Cepten Harcama**

Devlet fonu tarafından yedi ülkede yapılan anket Amerikalıların en yüksek cepte harcama seviyesine ve ücretlerin ödenmesinde en çok zorluk çeken kişiler olduğunu göstermektedir. En yüksek sağlık hizmeti ücretine sahip olmalarına rağmen, kişilerin sağlık hizmetini ücret ve karşılaştıkları tıbbi hatalar yüzünden ihmal etmeleri daha muhtemeldir. Kanada, Hollanda ve Birleşik Krallık' ta ki hastaların ücret bakımından gerekli tıbbi hizmeti almadıkları nadiren ortaya çıkmaktadır (Sheaff, 2005: 23).

## **2.3. MEMNUNİYETLE İLGİLİ FAKTÖRLER**

Aday ve Anderson (1974) memnuniyet algısının, bireysel hasta karakteristikleri ve girdikleri sağlık hizmeti sistemlerinin bir sonucu olduğunu öne sürmüştür. Sıklıkla hizmet alma karakteristikleri (yaş, ırk ve eğitim gibi) üzerine çalışmalar yapılmıştır (Peter, Magnus ve Bengt, 2002: 340). Problemlerle baş etmek için mevcut problemlerle baş etme ve kaynak

yönetimi kabiliyeti ve sosyal yapılar, bir bireyin toplumdaki statüsünü belirleyen bir takım faktörler tarafından ölçülmektedir. Bu ölçümler eğitim, iş, etnik kimlik, sosyal ağ, sosyal etkileşim ve kültürü içeren sosyal yapıyı değerlendirmek için kullanılır (Rivnyak vd., 1989: 297).

### **2.3.1. Yaş**

En tutarlı bulgu yaşla ilgilendirilmiştir. Daha yaşlı hastalar sağlık hizmetlerinden memnun olmaya daha yatkındırlar. Cinsiyet – cinsiyet üzerine yapılan çalışmalar çelişkilidir; bazı çalışmalar kadınların memnuniyetsizliğe daha yatkın olduğunu gösterirken, diğer çalışmalar ise tam tersini söylemektedir.

### **2.3.2. Sosyoekonomik durum**

Çalışmaların çoğu daha düşük sosyoekonomik ve daha az eğitim durumuna sahip bireylerin sağlıklarıyla ilgili daha az memnun olduğunu göstermektedir.

### **2.3.3. Sağlık problemi**

Hasta memnuniyeti ve sağlık durumu arasındaki ilişkileri inceleyen önceki araştırmaların sonuçları daha iyi sağlık durumunda olan hastaların daha kötü durumda olan hastalara kıyasla daha yüksek memnuniyet seviyesi göstermeye eğilimli olduğunu göstermiştir (Westaway vd., 2003: 341).

Sosyo-demografik değişkenler hastaların sahip olduğu her çeşit sağlık hizmeti tecrübesiyle ve bu kişilerin bunları nasıl anladığıyla ilgilidir. Bu eğitilmiş insanlar, hizmetlerden daha az memnun kalan da az eğitilmiş insanlara nazaran kendi tedavi ve tanılarında daha çok dâhil olacaktırlar. Bu yüzden, zaman zaman, memnuniyet ve sosyo-demografinin arasındaki ilişkiyi

yorumlamak zordur (Houts vd., 1986: 2358). Herhangi bir tercih cesaretlendirmeye odaklı poliçenin gerekli unsuru, seyahat ve taşıma masraflarıyla ilgili bir tedarik yardımıdır. Uygun taşıma, sağlık hizmetine ulaşımı geliştiren gerekli ve temel bir unsuru temsil etmektedir. Ware (1978) hasta memnuniyetinin boyutlarının, teknik hizmet kalitesi, ulaşılabilirlik, finansman, fiziksel çevre, uygunluk, süreklilik ve yararlılık/ hizmetin sonuçları olmak üzere hizmet sanatını içerdiğinden bahseder (Ny, 2007: 81). İskoçya'daki bir araştırma ayakta tedavi gören onkoloji hastalarına sağlanan eczacılık hizmetlerinin hasta memnuniyeti incelemektedir. Röportajlardan elde edilen konular ilaçları bekleme süresindeki hayal kırıklığını, iletişim ve bilgi ihtiyacını içermiştir. İlaç bekleme algısı memnuniyetsizliğin bir kaynağıdır (Peter, Magnus ve Bengt, 2002: 344).

#### **2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ**

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde sağlık 'sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar' müşteri olarak kabul edilmektedir (Çakıl, 2007: 141).

Nasıl ki birer tüketici olarak satın alma kararlarımızda tatmin önemli bir belirleyiciyse, bizleri tatmin eden ürünleri kullanma eğilimi sergiliyorsak, hasta olarak da bir sağlık hizmetinden tekrar yararlanma kararımızı daha önceki deneyimimizin yaratacağı tatmin duygusu yönlendirebilecektir. Ancak

hizmetlerin ürünlere göre farklı özellikleri vardır. Örneğin; bir giysi giyip deneyerek ya da hazır kahveyi bir kullanımlık bir poşetini alıp tadarak beklentilerimize uyup uymadığına ilişkin kararımızı verebiliriz. Söz konusu olan hizmetlerse, hele sağlık hizmetleriye böyle bir deneme ve değerlendirme olanağımız yoktur. Deneyim ancak alınıp tüketildikten sonra kazanılacaktır.

Üstelik sağlık hizmetlerinde hastaların teknik anlamda uzmanlıklarının olmaması da kalite değerlendirmelerini daha çok teknik olmayan unsurlarla (bekleme süresi, temiz bir ortam, çalışanların iletişim yaklaşımı gibi) yapmalarına neden olur (Odabaşı, 2004: 141).

Hasta tatmini; sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir (Uzkesici, 2002: 303).

## **2.5. ACİL SERVİS HİZMETLERİ**

Acil Servis Bölümleri genellikle hastaneye giriş kapısıdır ve yatan hastalara kıyasla daha yüksek bir nüfusa sahiptir (Hall & Press, 1996: 523). Acil servislerdeki hastalar hayati tehlike arz eden sorunlar için özel bakımdan hayati olmayan problemler için acil müdahalelere kadar birçok sağlık hizmeti gerektirir. Sonuç olarak, büyük travmalar için yüksek eğitim almış hemşireler de acil olmayan hastalarla ilgilenebilmektedir. Dahası, acil servisin karşılaştığı kendine özgü durum – kısaca, gayri şahsi ve duygusal olarak yoğun- hasta sonuçlarını etkileyen iyi bir personel stratejisi gerektirir.

Son yirmi yıldır hastane yapılandırması ön plandadır. 1990'ların ortasında, acil servislerdeki aşırı yoğunluk hastaneler için bir sorun haline gelmişti. Gittikçe çoğalan acil servislerdeki hasta yoğunluğu, acil olmayan hasta sayısındaki artışlar ve acil servislerin aşırı yoğunluğu, yasa yapıcı ve sağlık hizmeti kuruluşlarını, hastane yönetimli acil bakım üniteleri kurarak ve hızlı derlenme servisleri açarak acil servis hizmetlerinin ulaştırılmasında değişiklikler yapmaya itmiştir. Buna ek olarak, sermaye açığıyla karşı karşıya olan birçok hastane yöneticisi eğitimli personel sayısını düşürmüştür (Aiken ve ark. 1996: 91; CNA, 2004) ve birçok kayıtlı personel pozisyonu daha vasıfsız pozisyonlara kaydırılmıştır (CNA, 2004).

Acil Servis Bölümleri, büyüklük ve hasta görülme yoğunluğuna göre farklılık gösterir. Bazı acil servisler bölgesel sevk merkezleridir ve başka hastanelerden ciddi şekilde hasta olan hastaları kabul eder. Diğer yandan, diğer acil servisler ise 7 gün 24 saat ulaşılabilir olan tek hizmet kaynağıdır. Geleneksel olarak, AS hep acil medikal bakım için var olmuştur, ancak son on yılda acil servislerde acil olmayan hastalar tarafından kullanılması açısından bir artış vardır (CIHI, 2011).

Faydalanma şeklinin değişimindeki genel bir teori birinci basamak tedavinin kısıtlıdır, acil servisleri kullananların büyük bir kısmı daha önceden birinci basamak tedaviye ulaşmakta sıkıntı çekmiştir (Han ve ark., 2007: 431). Birleşik Devletlerde, acil olmayan vakalarda acil servise gitme sayısındaki artışı, hem birinci basamak tedavilerdeki ulaşım kısıtlılığı hem de bireylerin sağlık sigortası, medikal servis aldığı düzenli bir yer olmaması veya

bunların tümüne birden bağlanmaktadır (Tyrance ve ark., 1996: 1529). İlginç bir şekilde, Kanada ve Büyük Britanya gibi birinci basamak tedaviye evrensel olarak ulaşılabilen yerlerde birçok acil olmayan AS hastaları vardır (Beland ve ark. 1998: 166).

Acil servislerdeki acil olmayan müdahale ziyaretleri, sağlık hizmetleri kuruluşları, yasa koyucular ve hasta avukatlarının karşı karşıya olduğu zorlayıcı bir konudur. Neredeyse acil servis ziyaretlerinin yarısı acil olmayan müdahale hastalarından oluşmaktadır (Williams & Bamezai, 2005: 471) ve acil olmayan ziyaretlerdeki bu yükseliş acil servis yoğunluğuna, uzun süre beklemelere ve ağır iş yüküne sebep olmaktadır (Korn & Mansfield, 2008: 445).

Son on yılda Amerika ve Kanada'daki hemşire noksanlığı hastanelerde boşluklara, uzun bekleme sürelerine, olumsuz eylemlere ve hastane çalışanlarına ağır iş yükü binmesine neden olmuştur. Kanada hastaneleri 1990'larda kayıtlı hemşire sıkıntısıyla karşı karşıya kalmıştır (Aiken ve ark., 2001: 89). 2004 yılında, Kanada Hemşireler Birliği Kanada'nın 2022'ye kadar sağlık hizmetlerini karşılayabilmek için 60,000 adet tüm güne eşdeğer (FTE) kayıtlı hemşireye ihtiyaç duyacağını tahmin etmektedir (CNA, 2004: 28). 2007 yılında, Birleşik Devletlerdeki personel sıkıntısının 2025 yılına kadar 260,000 tüm gün çalışana ulaşacağı tahmin edilmiştir (Clarke, 2007: 30).

Son çalışmalar personel sıkıntısının son on yıldır azaldığını gösteren kanıtlar sunmuştur (Auerbach ve ark., 2011: 2286; Staiger ve ark., 2012:

1055). 2002 ve 2009 yılları arasında, Amerika'daki personel iş gücünün yükselmesine sebep olan genç KH'lerin girişinde son yirmi yılda büyük bir artış olmuştur. Aslında, son kırk yıla nazaran 2005 ve 2010 yılı arasındaki yükselme en yüksek KH iş gücü artışıdır. KH alımının ani artışı ekonomik gerileme dönemini de içeren bazı faktörlerden dolayı olabilir. Staiger ve ark. (2012: 1055) çalışmayan veya yarı zamanlı çalışan birçok KH'nin daha iyi bir ekonomik güvence sağlamak amacıyla tam zamanlıya geçtiğini belirtmiştir. Bu araştırmacılar, 2005 ve 2010 yılı arasında iş gücüne dahil olan KH'lerin birçoğunun iş istihdamı geldikçe ve işsizlik oranlarındaki düşüşle ayrılmaya başlayacaklarını tahmin etmektedirler (Staiger ve ark, 2012: 1055). Bu beklenmekte olan KH ayrılıklarıyla birlikte, 2020' ye kadar bir başka kıtlık görünmektedir.

Personel kıtlıklarının birleşimi, hasta sayısındaki artış ve personellerin artan klinik sorumlulukları son yıllarda bir takım işe alım modellerinin getirilmesine neden olmuştur. Bu modeller, personel işe alım seviyelerinde, hasta bakım beceri birleşimlerinde, personel işe alım seviyelerindeki değişimlerle birlikte çalışan yerleştirme modellerinde (veya hasta başına düşen personel oranı), vardiya şablonları ve fazla mesai ve temsilci alımının kullanımını içerir.

Hizmet modelleri, bir acil servise belirli hasta profillerinin yönetimine yardım etmek amacıyla uygulanır. Acil servisler için etkili ve uygun olan altı adet çağdaş model belirlenmiştir. Bu modeller, hızlı aktarma, kısa süreli ünite, nakil, hizmet koordinasyonu, hızlı durum değerlendirme takımı ve

psikiyatrik aracıdır (Pricewaterhouse Coopers, 2008). Acil servisler, ziyaret sayısına, vaka karmaşasına, uzaklık, vasıf karmaşasına ve çalışan tecrübesine bağlı olarak bu modellerin bir karışımını uygulamaktadırlar.

Hızlı aktarma durumu daha az ciddi olan hastaların tedavi için uygun yere “nakledildiği” bir hizmet modelidir (Drummond, 2002: 92; Yoon, 2003: 34). Bu hastalar, hastanın acil servisten 2 saat içerisinde çıkarılma zamanını düşürmek için çalışan özel bir klinik ekip tarafından tedavi edilir. Çalışmalar hızlı aktarma bölgelerinin geniş ve orta ölçekli acil servislerde düşük kompleksiteye sahip çok sayıda hastaya uygulanması kalite, güvenlik ve verimlilik açısından önemli bir ilerlemeye neden olmuştur (Drummond, 2002: 92; Yoon, 2003: 37; Rodi ve ark, 2006: 169; Considine ve ark, 2008: 817; Kwa & Blake, 2008: 11).

Müşahede odaları (MO'ları) ayrıca Acil Servis Medikal Odaları (ASMO) ve Klinik Karar Birimler (KKB) olarak da bilinirler. Bu birimler, gözlem ve uzman değerlendirmesi gereken aynı zamanda da kalma süresi limitli olan (örneğin, 24 saatten daha az) AS hastaları için geliştirilir (Abenhaim ve ark, 2000: 1477; Daly ve ark, 2003: 561; NSW, 2006; Konnyu ve ark, 2011). MO'lar bir AS'e hasta akışını artırma, hasta kalma süresini 6 saate kısalma ve hasta bakım ünitelerine girişlerden kaçına konusunda eklidirler.

Hızlı aktarma, hastaların durumun ciddiyeti ve/ve ya keskinlik ve türüne göre farklı bölümlere ayrıldığı bir hizmet modelidir (FitzGerald ve ark, 2010: 88). Hızlı aktarmanın AS'lerde kalite, güvenlik ve verimliliği artırma konusunda yararlı olduğu görülmektedir ve yıllık 35,500 den 60,000 ziyareti

aşan büyük ve orta ölçekli AS'lerde uygulanmaktadır (King ve ark, 2006: 392).

Hizmet Koordinasyonu Ekipleri (HKE) ve Yaşlı Danışma Ekipleri, yaşlı, tek başına yaşayan, günlük yaşamda yardıma ihtiyaç duyan, evsiz ve uyuşturucu ve alkol sorunları olan kişiler gibi kompleks hastalar için girişi, kalma süresini ve reprezentasyonu düşürmek için kullanılmaktadırlar. Bu ekiplerin kullanımı girişlerde önemli düşüşleri sağladığı gibi, ayrıca hastalar ve çalışanlar arasında yüksek bir tatmin de sağlamalarıyla ilişkilendirilmektedirler (Sinoff ve ark, 1998: 718; OHA, 2003).

Hızlı değerlendirme Ekipleri (HDE) erken kapsamlı bir medikal değerlendirme sağlamak amacıyla AS'lerde kullanılmaktadırlar. Bu da tanı testlerinin erken başlaması, ağrı yönetimi ve tedavisi ve uygun olduğu takdirde hızlı taburcu için fırsat gibi durumlarla sonuçlanmıştır (Bullard & Villa-Rowe, 2010: 377). HDE'ler, öncelik belirleme hemşiresinin uygun hastaları erken değerlendirme için HDE uzmanına sevk etmesiyle, bir öncelik belirleme hemşiresi ve bağımsız bir klinik tedavi uzmanını kapsar (Leaman, 2003: 118). Bu hizmet modeli, hem AS hem de öncelik belirleme alanını kapsamaması amacıyla AS'lerde yeterli tecrübeye sahip medikal doktorlarla kullanılır (PricewaterhouseCoopers, 2008: 111).

Psikiyatrik aracı roller, potansiyel zihinsel sağlık problemiyle tanımlanmış hastalar için psikiyatrik değerlendirme ve hizmet sağlar. Psikiyatrik aracı roller, zihinsel sağlık sınıflandırması ve danışman hemşireleri, zihinsel sağlık aracılıyla ilgilenen hemşireleri ve psikiyatri

hemşirelerini içine alır. Bu psikiyatrik aracı roller, çalışanların zihinsel sağlık problemi olan hastaların değerlendirmesi ve tedavisi konusunda uzman olmayabileceği AS'lerde yararlıdırlar ve bunların uygulanması bekleme ve kalma süresi gibi verimlilik ölçütlerindeki gelişmelerle ilişkilendirilmektedir (NSW, 2006).

Artan AS hizmeti talebi (ve doğal olarak şiddetli ve episodik durumlar gösteren hastaların plansız tedavisi de olmak üzere) hemşirelik çalışanlarının dahil olduğu iş gücü modellerinde değime sebebiyet vermiştir. Hemşirelik çalışanın rolü geleneksel hemşirelik rolünü genişletmekte ve hemşirelerin; ilaç yazma, tanısai görüntüleme ve laboratuvar testlerini başlatma, hastaları uzmanlara sevk etme ve hastaların kabulü ve taburcu işlerini yapmalarına olanak sağlamaktadır (Tye ve ark, 1998: 33). HÇ'lerin (Hastane Çalışanı) asistan doktorlara göre eşit ve ya daha iyi hizmet sağladıkları bulunmuş, daha iyi medikal geçmiş tuttıkları ve daha az plansız takipler yaptıkları görülmüştür (Sakr ve ark, 1999: 1324). Genel olarak, bir acil servis HÇ'sine görünen hastalar hizmet karşılığında oldukça tatmin olmuşlar ve hem sağlık eğitimi alma şansı yakalarlar hem de AS'de bir doktora görünenlere kıyasla sağlıkları konusunda daha az endişelenmiştir (Byrne ve ark, 2000: 91).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların demografik karakterlerini ortaya çıkarmak, hasta-personel iletişiminin hasta memnuniyetine etkisini etkileyen faktörleri ve hasta-personel iletişimi ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

Bu çalışma 3 aylık dönem içerisinde Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran 18 yaşından büyük 400 hasta çalışmaya alınmıştır. İletişim kurulabilen hastaların demografik bilgileri, bakım özellikleri ve memnuniyetleri hakkında bilgi toplanmıştır. Acil servise geliş sebebi, acil serviste kimin tarafından karşılandığı, doktor ve hemşirelerin tecrübe ve davranış memnuniyeti, hastanenin teknik donanım ve temizlik durumu memnuniyeti, acil serviste tetkik ve tedavi sürerken hastalığı ve yapılan işlemler hakkında bilgi verilmesi ile tetkikler için bekleme süresi hakkındaki algılama memnuniyeti, acil serviste gördüğü tüm bakım ile ilgili memnuniyeti, acil servisten memnun kalmamışsa memnuniyetsizliğin nedenleri, acil servisten taburcu olduktan sonra izlem konusunda kendisine bilgi verilip verilmediği ve bu konudaki memnuniyeti, ileride hastanemiz acil servisini tekrar tercih edip etmeyeceği ve yakınlarına tavsiye edip etmeyeceği ve kendisine reçete verilip verilmediği hususlarında hastaya sorular soruldu.

Çalışma dönemi boyunca acil servise başvuran 400 hasta çalışmaya alındı. Doktor tecrübe ve davranışı, hemşire tecrübe ve davranışı, hastane

temizlik ve teknik donanım durumu, acil serviste bilgilendirme, acil serviste algılanan zaman, tetkikleri bekleme zamanı, hastaya reçete verme, başvuru zamanı, acil servis içine alınma şeklinin genel memnuniyet üzerine tepkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastaların genel memnuniyeti ile gelecekte aynı kuruluşu tercih etme ve tavsiye etme isteği korelasyon göstermiştir. Diğer parametreleri genel memnuniyet üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değil. Sonuç olarak hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktörün doktorun hasta ile olan iletişimi ve hastaya karşı olan davranışları olduğu tespit edilmiştir. Hasta memnuniyetini etkileyen diğer önemli faktör ise; hemşire davranışı, acil serviste tetkik ve tedavi sürerken hastalara işlemler hakkında bilgi verme, hastane temizlik durumu vs. olarak tespit edilmiştir. Genel memnuniyeti ve dolayısıyla hasta-personel iletişiminin şiddete etkisini negatif yönde etkileyen en önemli faktör hastanenin teknik donanım ve ekipman durumu olarak tespit edilmiştir.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servise başvuran hastaları kapsamaktadır. Araştırma sonuçları, ülke ve hastane genelini temsil etmez.

Çalışmaya psikiyatrik hastalar, adli vaka olan hastalar, doğum hastaları, kendi isteği ile ayrılan hastalar ve çalışmaya katılmak istemeyen hastalar alınmamıştır.

### 3.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma betimsel bir araştırmadır ve ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Betimsel araştırmalar, "bir konunun hali hazırdaki durumunu saptamayı hedeflemektedir" (Karasar, 2012: 81). İlişkisel tarama ise, "ilki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/ya da derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir" (Karasar, 2012: 88).

Bu araştırma ile katılımcı hastaların sosyo-demografik değişkenlerinin hizmet memnuniyetleriyle anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmış; ayrıca hastaların memnuniyet puan ortalamalarının yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisel olarak incelenmiştir.

### 3.4. EVREN VE ÖRNEKLEM

Hasta sayısının fazlalığı, zaman ve ekonomik kısıtlılık nedeni ile örneklem seçilmiştir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde (Yaman???) Ve arkadaşlarının formülünden yararlanılmış ve 385 kişi olarak hesaplanmıştır. Basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak örnekleme girecek bireyler belirlenmiştir.

### 3.5. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ

Bu çalışmada araştırmacının oluşturduğu "Hasta Personel İletişiminin Mmenuniyete Etkisi Anketi" uygulanmıştır. Ankette yer alan sorular literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanmaya çalışılmış, soruların anlaşılır ve kısa olmasına özen gösterilmiştir. Yıldırım Beyazıt

Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servine başvuran hastaların fazla zamanlarını almadan samimi cevaplar vermeleri amaçlanmaktadır.

Ankette genel memnuniyet, hizmetle ilgili dűřünceler, personellerle ve hastaneyle ilgili memnuniyet ve Yıldırım Beyazıt Eđitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servine başvuran hastalara ait genel bilgilerden oluşan sorulardan oluşmaktadır.

Hasta iletişiminin memnuniyete etkisini ölçmeye yarayan sorular, 3'li Likert tipinde hazırlanmıştır. Hastaların genel memnuniyetlerini ve hizmetle ilgili dűřüncelerini belirlemeye yönelik 20 Maddelik soru bölümünde hastalardan evet, hayır, kısmen" seçeneklerinden kendilerine en uygun şıkkı işaretlemeleri istenmiştir.

Çalışmada elde edilen veriler, Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 20,0 programı ile değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Ayrıca araştırma amaçlarını test etmek için tanımlayıcı istatistikler (frekans dağılımları, aritmetik ortalama, yüzdelerik dağılım, standart sapma) yapılmıştır. Bağımsız değişkenler ile sonuçlar arasındaki ilişkiyi saptamak için Pearson'un Korelâsyon analizi ve Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık derecesi 0,05 olarak kabul edilmiştir. Elde edilen sonuçlar tablolâştırılarak yorumlanmıştır.

### **3.6. ARAşTIRMA PROBLEMİ**

Araştırmanın problem cümlesini;

- ✓ Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servinde hasta-personel iletişimi ne düzeydedir?

- ✓ Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servinde hasta-personel iletişiminin hasta memnuniyetine etkisi ne düzeydedir?

Araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

### **3.7. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ**

Araştırmanın amaçlarına göre aşağıdaki hipotezlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır;

H<sub>1</sub>: Hasta-personel iletişiminin hasta memnuniyetine etkisi demografik değişikliklere göre farklılık göstermektedir.

H.1.a.Yaş

H.1.b.Cinsiyet

H.1.c.Eğitim Durumu

H.1.d.Sosyal Güvence Durumu

H<sub>2</sub>: Personel unvanlarına göre iletişimin hasta memnuniyetine etkisi farklılık göstermektedir.

H<sub>3</sub>: Hastanın yatış için bekleme süresi hasta-personel iletişimini ve bunun memnuniyete etkisini etkilemektedir.

H<sub>4</sub>: Hastanın muayenesi ve tedavi sırasındaki durumlarda (hastalık derecesi) hasta-personel iletişimini ve bunun memnuniyete etkisini etkilemektedir.

H<sub>5</sub>: Hastanın muayenesi ve tedavi sonrasındaki durumlar hasta-personel iletişimini ve bunun memnuniyete etkisini etkilemektedir.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI**

Araştırma, örneklem dâhilindeki Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servise gelen hastaların, anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı ve güvenilir olduğu varsayımına dayandırılmıştır.

### **3.9. ANKET BULGULARI VE YORUMLAMA**

Çalışmanın yapıldığı dönemde, acil servise günlük 1100 ile 1300 arasında hasta başvurmuştur. Çalışmaya acil servise başvuran bu hastalardan 400 tanesi alınmıştır.

#### **3.9.1. Katılımcılara Ait Demografik Veriler**

Katılımcıların 203'ünü erkek, 197'sini kadın hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanların 70'ini 18-29 (%17,5) yaş arası, 211'ini 30-60 (%52,8) yaş arası ve 119'unu 61 yaş ve üstü (%29,8) hastalar oluşturmaktadır.

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında 171'nin (%42,8) bekar, 229'nun (57,3) evli olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde 69'nun (%17,3) okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Okuryazar sayısı 56 (%14,0), ilkokul mezun sayısı 113 (%28,3), Lise mezunu olanların sayısı 80 (%20,0), Ön lisans mezunu olanların sayısı 54 (%13,5) ve lisans mezunu olanların sayısının ise 28 (%7,0) olduğu görülmektedir.

Hastaların mesleki durumları incelendiğinde 59'unun (%14,8) işsiz olduğu tespit edilmiştir. Bayanlarda ev hanımı oranı 33 (%8,3), memur sayısı

47 (%11,8),emekli olan hastaların sayısı 123 (%30,8) ve öğrenci olanların sayısının 24 (%6,0) olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların sosyal güvence durumları incelendiğinde 61'nin (%15,3)sosyal güvencesi olmadığı tespit edilmiştir.

Hastaları acil servise geldiklerinde ilk karşılayanın kim olduğu incelendiğinde; doktorlar (%35,5), bunu eşit oranda 129 (%32,3) olarak Intern doktor ve hemşire izlemektedir.

Hastalara sorulan hemşire ve doktorlara sorduğunuz sorulara cevap alabiliyor musunuz? Sorusuna alınan cevapların değerleri; hayırın 148 (%37,0) ile en fazla yüzdeye sahip olduğu, kısmen 141 (%35,3) ve evet diyenlerin ise 111 (27,8) olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların şikâyetlerini göz önüne alınarak doktorun yeterince hastalarını dinlediğine ve anladığına inanıyor musunuz? Sorusuna evet 91 (%22,8),hayır 175 (%43,8) kısmen 134 (33,5) cevabının alınmış olduğunu görmekteyiz.

Hastalara sorulan, acildeki doktorların iletişiminden memnun musunuz sorusunun değerlendirilmesinde, verilen 201 hayır cevabıyla (%50,3) memnuniyetin yetersizliği gözlenmektedir.

Hastaların hemşire iletişimi hakkındaki sorulan soruların cevaplarının değerlendirmesinde, evet 61 (%15,3),hayır 203 (%50,8),kısmen 136 (%34,0) olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların acil servisteki temizliğin durumu hakkındaki değerlendirmesinde kısmen 178 (%44,5),yetersiz 159 (%39,8),yeterli 63 (%15,8 ) olarak tespit edilmiştir.

- Hastalar, doktorların tıbbi ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz? Sorusuna değerler kötü 93 (%23,3),orta 195 (%28,0) ,iyi 112 (%28,0) olarak alınmıştır.
- Hastalar, hemşirelerin tıbbi ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna kötü 133 (%33,3),orta 166 (%41,5) ,iyi 101 (%25,0)olarak tespit edilmiştir.
- Hastaların, rahatsızlıklarının tedavisi için her şeyin yapıldığına inanıyor mu? Sorusuna; evet 69 (%17,3),hayır 176 (%44,0) ,kısmen 155 (%38,8)olarak cevap verdikleri tespit edilmiştir.
- Hastaların acil servis tedavi süresini nasıl buldunuz? Sorusuna verdikleri cevapları, kısa 13 (%3,3),orta 192 (%48,0) ,uzun 195 (%48,8) sonucunda tedavi süresinin uzun olduğu gözlenmektedir.
- Hastalara sorulan; hastanemizin teknik ve donanım ekipmanını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sorusuna kötü 138 (%34,5),orta 189 (%47,3), iyi 73 (%18,3)olarak cevap verdikleri tespit edilmiştir.
- Hastaların tetkik ve tedavileri sürerken hastanın durumu ve yapılan işlemler hakkında bilgi verilip verilmemesi durumunun tespiti, evet 116( %29,0),hayır 109 (%27,3) ,kısmen 175 (%43,8) olarak tespit edilmiştir.
- Hastaların tetkikleri bekleme süresini nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna, kısa 39 (%9,8),uzun 180 (%45,0),çok uzun 181 (%45,3) olarak çok uzun buldukları tespit edilmiştir.
- Hastalara sorulan acil servise gelmekten memnun kaldınız mı sorusu, evet 92(%23,0),hayır 153 (%38,3) ,kısmen 155 (%38,8)olarak tespit edilmiştir. Verilen 153 hayır cevabı ile hastaların acil servise gelmekten memnun olmadıkları tespit edilmiş ve bu sonucunda hasta-personel arasında şiddete sebep olduğu gözlenmiştir.

**Tablo 1: Katılımcılara Ait Kişisel Bilgiler**

Cinsiyet?		n	%
		Kadın	197
	Erkek	203	50,8
	Toplam	400	100,0
Hastanın Yaşı?	(18-29)	70	17,5
	(30-60)	211	52,8
	(61-100)	119	29,8
	Toplam	400	100,0
Medeni Hali?	Bekar	171	42,8
	Evli	229	57,3
	Toplam	400	100,0
Eğitim Durumu?	Okur-Yazar Değil	69	17,3
	Okur-Yazar	56	14,0
	İlkokul	113	28,3
	Lise	80	20,0
	Ön-Lisans	54	13,5
	Lisans	28	7,0
	Toplam	400	100,0
Hastanın Mesleği?	İşçi	70	17,5
	Memur	47	11,8
	Serbest Meslek	44	11,0
	Emekli	123	30,8
	Ev Hanımı	33	8,3
	İşsiz	59	14,8
	Öğrenci	24	6,0
	Toplam	400	100,0
Hastanın Sosyal Güvencesi?	Bağkur	53	13,3
	Ssk	105	26,3
	Emekli Sandığı	105	26,3
	Yeşil Kart	76	19,0
	Güvence Yok	61	15,3
	Toplam	400	100,0

**Tablo 2: Acil Serviste Hastayı Karşıllayan Personel**

<b>Acil Serviste Sizi İlk Karşıllayan Kimdir?</b>	Intern Doktor	129	32,3
	Doktor	142	35,5
	Hemşire	129	32,3
	Toplam	400	1000

**Tablo 3: Hastaların Sordukları Sorulara Cevap Alma Durumu**

<b>Hemşire ve Doktorlara Sorduğunuz Sorulara Cevap Alabiliyor Musunuz?</b>	Evet	111	27,8
	Hayır	148	37,0
	Kısmen	141	35,3
	Toplam	400	100,0

**Tablo 4: Doktorların Şikayetlerini Dinleme Durumu**

<b>Doktorun Şikâyetlerinizi Göz Önüne Alarak Sizi Yeterince Dinlediğine Ve Anladığına İnanıyor Musunuz?</b>	Evet	91	22,8
	Hayır	175	43,8
	Kısmen	134	33,5
	Total	400	100,0

**Tablo 5: Doktor ile İletişimden Memnun Olma Durumu**

<b>Acildeki Doktorun İletişimden Memnun Musunuz?</b>	Evet	84	21,0
	Hayır	201	50,3
	Kısmen	115	28,3
	Toplam	400	100,0

**Tablo 6: Hemşire ile İletişimden Memnun Olma Durumu**

<b>Acildeki Hemşirenin İletişimden Memnun Musunuz?</b>	Evet	61	15,3
	Hayır	203	50,8
	Kısmen	136	34,0
	Toplam	61	15,3

**Tablo.7: Temizlik Hizmetlerinden Memnun Olma Durumu**

<b>Hastanemizin Temizlik Durumunu Nasıl Buldunuz?</b>	Yeterli	63	15,8
	Yetersiz	159	39,8
	Kısmen	178	44,5
	Toplam	400	100,0

**Tablo.8: Doktorun Tıbbi ve Müdahale Tecrübesini Değerlendirme Durumu**

<b>Doktorun Tıbbi ve Müdahale Tecrübelerini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?</b>	Kötü	93	23,3
	Orta	195	48,8
	İyi	112	28,0
	Toplam	400	100,0

**Tablo.9: Hemşirenin Tıbbi ve Müdahale Tecrübesini Değerlendirme Durumu**

<b>Hemşirelerin Tıbbi ve Müdahale Tecrübelerini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?</b>	Kötü	133	33,3
	Orta	166	41,5
	İyi	101	25,3
	Toplam	400	100,0

**Tablo.10: Hastaların Hastanede Tedavi için Herşeyin Yapıldığına İnanma Durumu**

<b>Hastanemizde Rahatsızlığınızın Tedavi için Her Şeyin Yapıldığına İnanıyor Musunuz?</b>	Evet	69	17,3
	Hayır	176	44,0
	Kısmen	155	38,8
	Toplam	400	100,0

**Tablo.11: Hastaların Acil Servise Gelişinden Tedavi Tamamlanıncaya Kadar Geçen Süreden Memnun Olma Durumu**

<b>Acil Servise Gelişinizden Tedavinizin Tamamlanıncaya Kadar Geçen Süreyi Nasıl Buluyorsunuz?</b>	Kısa	13	3,3
	Orta	192	48,0
	Uzun	195	48,8
	Toplam	400	100,0

**Tablo.12:** Hastaların Hastanenin Teknik Donanım ve Ekipmanından Memnun Olma Durumu

<b>Hastanemizin Teknik Donanım ve Ekipmanını Nasıl Buldunuz?</b>	Kötü	138	34,5
	Orta	189	47,3
	İyi	73	18,3
	Toplam	400	100,0

**Tablo.13:** Hastaların Acil Serviste Tetkik ve Tedavisi Sürerken Bilgilendirmeden Memnun Olma Durumu

<b>Acil Serviste Tetkik ve Tedaviniz Sürerken Hastalığınız ve Yapılan İşlemler Hakkında Size Bilgi Verildi mi?</b>	Evet	116	29,0
	Hayır	109	27,3
	Kısmen	175	43,8
	Toplam	400	100,0

**Tablo.14:** Hastaların Tetkikleri Bekleme Süresinden Memnun Olma Durumu

<b>Tetkikleri Bekleme Süresi Nasıl ?</b>	Kısa	39	9,8
	Orta	180	45,0
	Uzun	181	45,3
	Toplam	400	100,0

**Tablo.15:** Hastaların Acil Servise Gelmekten Memnun Olma Durumu

<b>Servise Gelmekten Memnun Kaldınız Mı?</b>	Evet	92	23,0
	Hayır	153	38,3
	Kısmen	155	38,8
	Toplam	400	100,0

**Tablo.16:** Cinsiyet'e göre ilişkiler Acildeki Doktorun İletişim Memnuniyeti

			Cinsiyet		Toplam	Ki kare	p
			Kadın	Erkek			
<b>Acildeki Doktorun İletişimden Memnun Musunuz?</b>	Evet	n	47	37	84	3,513	0,173
		%	23,9%	18,2%	21,0%		
	Hayır	n	90	111	201		
		%	45,7%	54,7%	50,3%		
	Kısmen	n	60	55	115		
		%	30,5%	27,1%	28,8%		
Toplam		n	197	203	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Kadınların %23,9 u “Acildeki doktorun iletişiminden memnunuz?” sorusuna evet, %45,7 si hayır, %30,5 i ise kısmen cevabı vermiştir. Erkeklerin ise %18,2 si evet, %54,7 si hayır, %27,1 i ise kısmen cevabı vermiştir. Yapılan ki kare testi sonuçlarına göre cinsiyet ile Acildeki doktorun iletişiminden memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) Genel olarak her iki cinsiyetin de doktor iletişiminden memnun olmadığı söylenebilir. Kısmen ve hayır diyenlerin oranı %78,8'dir.

**Tablo 17: Acilde Hemşire İletişim Memnuniyeti**

		Cinsiyet		Toplam	Ki kare	p	
		Kadın	Erkek				
<b>Acildeki Hemşirenin İletişimden Memnunuz?</b>	Evet	n	33	28	61	3,228	0,199
		%	16,8%	13,8%	15,3%		
	Hayır	n	91	112	203		
		%	46,2%	55,2%	50,8%		
	Kısmen	n	73	63	136		
		%	37,1%	31,0%	34,0%		
Toplam		n	197	203	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Kadınların %16,8 i “Acildeki hemşirenin iletişiminden memnunuz?” sorusuna evet, %46,2 si hayır, %37,1 i ise kısmen cevabı vermiştir. Erkeklerin ise %13,8 i evet, %55,2 si hayır, %31 i ise kısmen cevabı vermiştir. Yapılan ki kare testi sonuçlarına göre cinsiyet ile acildeki hemşirenin iletişiminden memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ) Ancak her iki grubun da hemşire ile iletişimden memnun olmadığı söylenebilir.

**Tablo 18: Katılımcıların Acil Servise Gelmekten Memnun Olma Durumu**

			Cinsiyet		Toplam	Ki kare	p
			Kadın	Erkek			
<b>Acil Servise Gelmekten Memnun Kaldınız Mı?</b>	Evet	n	45	47	92	1,055	0,590
		%	22,8%	23,2%	23,0%		
	Hayır	n	80	73	153		
		%	40,6%	36,0%	38,3%		
	Kısmen	n	72	83	155		
		%	36,5%	40,9%	38,8%		
Toplam		n	197	203	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Kadınların %22,8 i “Acil servise gelmekten memnun kaldınız mı?” sorusuna evet, %40,6 sı hayır, %36,5 i ise kısmen cevabı vermiştir. Erkeklerin ise %23,2 si evet, %36 sı hayır, %40,9 u ise kısmen cevabı vermiştir. Yapılan ki kare testi sonuçlarına göre cinsiyet ile acil servise gelmekten memnuniyet arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$  ) Her iki grubun da genel olarak acil servise gelmekten memnun olmadığı görülmektedir. Hastaların %67.1'inin memnun olmadığı ya da kısmen memnun oldukları görülmektedir.

**Tablo 19: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Acil Doktor İletişim Memnuniyeti**

			Hastanın Yaşı			Toplam	Ki kare	p
			(18-29)	(30-60)	(61-100)			
<b>Acildeki Doktorun İletişimden Memnun Musunuz?</b>	Evet	n	16	44	24	84	0,241	0,993
		%	22,9%	20,9%	20,2%	21,0%		
	Hayır	n	35	106	60	201		
		%	50,0%	50,2%	50,4%	50,3%		
	Kısmen	n	19	61	35	115		
		%	27,1%	28,9%	29,4%	28,8%		
Toplam		n	70	211	119	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

18-29 yaş grubundakilerin %22,9 u “Acildeki doktorun iletişiminden memnun musunuz?” sorusuna evet, %50 si hayır, %27,1 i ise kısmen cevabı vermiştir. 30-60 yaş grubu hastaların ise %20,9 u evet, %50,2 si hayır, %28,9 u ise kısmen cevabını vermiştir. 61-100 yaş grubu hastaların ise %20,2 si evet, %50,4 ü hayır, %29,4 ü ise kısmen cevabı vermiştir. Acil servisteki doktordan memnuniyet ile hastanın yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

**Tablo 20: Acilde Hemşire İletişim Memnuniyeti**

		Hastanın Yaşı			Toplam	Ki kare	p	
		(18-29)	(30-60)	(61-100)				
<b>Acildeki Hemşirenin İletişimden Memnun Musunuz?</b>	Evet	n	14	28	19	61	4,316	0,365
		%	20,0%	13,3%	16,0%	15,3%		
	Hayır	n	37	112	54	203		
		%	52,9%	53,1%	45,4%	50,8%		
	Kısmen	n	19	71	46	136		
		%	27,1%	33,6%	38,7%	34,0%		
Toplam		n	70	211	119	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

18-29 yaş grubundakilerin %20 si “Acildeki hemşirenin iletişiminden memnun musunuz?” sorusuna evet, %52,9 u hayır, %27,1 i ise kısmen cevabı vermiştir. 30-60 yaş grubu hastaların ise %13,3 ü evet, %53,1 i hayır, %33,6 sı ise kısmen cevabını vermiştir. 61-100 yaş grubu hastaların ise %16 sı evet, %45,4 ü hayır, %38,7 si ise kısmen cevabı vermiştir. Ki kare testi sonuçlarına göre acil servisteki doktordan memnuniyet ile hastanın yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 21:** Katılımcıların Acil Memnuniyeti

			Hastanın Yaşı			Toplam	Ki kare	p
			(18-29)	(30-60)	(61-100)			
<b>Acil Servise Gelmekten Memnun Kaldınız Mı?</b>	Evet	n	11	48	33	92	7,445	0,114
		%	15,7%	22,7%	27,7%	23,0%		
	Hayır	n	24	80	49	153		
		%	34,3%	37,9%	41,2%	38,3%		
	Kısmen	n	35	83	37	155		
		%	50,0%	39,3%	31,1%	38,8%		
Toplam		n	70	211	119	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

18-29 yaş grubundakilerin %15,7 si “Acil servise gelmekten memnun musunuz?” sorusuna evet, %34,3 ü hayır, %50 si ise kısmen cevabı vermiştir. 30-60 yaş grubu hastaların ise %22,7 si evet, %41,2 si hayır, %31,1 i ise kısmen cevabını vermiştir. 61-100 yaş grubu hastaların ise %27,7 si evet, %41,2 si hayır, %31,1 i ise kısmen cevabı vermiştir. Acil servisteki doktordan memnuniyet ile hastanın yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Ki kare testi sonuçlarına göre acil servise gelmekten memnun kalma ilse hasta yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. (p>0,05)

**Tablo.22:** Medeni duruma göre Acilde Doktor İletişim Memnuniyeti

			Medeni Hali		Toplam	Ki kare	p
			Bekâr	Evli			
<b>Acildeki Doktorun İletişimden Memnun Musunuz?</b>	Evet	N	43	41	84	3,114	0,211
		%	25,1%	17,9%	21,0%		
	Hayır	N	82	119	201		
		%	48,0%	52,0%	50,3%		
	Kısmen	N	46	69	115		
		%	26,9%	30,1%	28,8%		
Toplam		N	171	229	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Bekarların %25,1 i “Acil servisteki doktorun iletişiminden memnun musunuz?” sorusuna evet, %48 i hayır, %26,9 u ise kısmen cevabı vermiştir. Evlilerin %17,9 u evet, %52 si hayır, %30,1 i ise kısmen cevabı vermiştir. Acil servisteki doktorun iletişiminden memnuniyet ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ )

**Tablo 23:** Acildeki Hemşire İletişim Memnuniyeti

			Medeni Hali		Toplam	Ki kare	p
			Bekâr	Evli			
<b>Acildeki Hemşirenin İletişimden Memnun Musunuz?</b>	Evet	N	27	34	61	1,738	0,419
		%	15,8%	14,8%	15,3%		
	Hayır	N	92	111	203		
		%	53,8%	48,5%	50,8%		
	Kısmen	N	52	84	136		
		%	30,4%	36,7%	34,0%		
Toplam		N	171	229	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Bekarların %15,8 i “Acil servisteki hemşirenin iletişiminden memnun musunuz?” sorusuna evet, %53,8 i hayır, %30,4 ü ise kısmen cevabı vermiştir. Evlilerin %14,8 i evet, %48,5 i hayır, %36,7 si ise kısmen cevabı vermiştir. Acil servisteki hemşirenin iletişiminden memnuniyet ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ ).





Okuryazar olmayanların %15,9 u , “Acildeki hemşirelerin iletişiminden memnun musunuz?” sorusuna evet, %44,9 u hayır, %39,1 i ise kısmen cevabı vermiştir. Okuryazar olanların %17,9 u evet, %58,9 u hayır, %23,2 si ise kısmen cevabı vermiştir. İlkokul mezunlarının %10,6 sı evet, %54 ü hayır, %35,4 ü ise kısmen cevabı vermiştir. Lise mezunlarının %18,8 i evet, %43,8 i hayır, %37,5 i ise kısmen cevabı vermiştir. Ön lisans mezunlarının %16,7 si evet, %53,7 si hayır, %29,6 sı ise kısmen cevabı vermiştir. Lisans mezunlarının %14,3 ü evet, %50 si hayır, %35,7 si ise kısmen cevabı vermiştir. Eğitim durumu ile acildeki hemşirenin iletişiminden memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ )

**Tablo.27:** Eğitim Durumuna Göre Acil Servis Gelmekten Memnun Olma Durumu

			Eğitim Durumu						Toplam	ki kare	P
			Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul	Lise	Ön lisans	Lisans			
<b>Acil Servise Gelmekten Memnun Kaldınız mı?</b>	EVET	n	21	12	28	14	12	5	92	10,740	0,378
		%	30,4%	21,4%	24,8%	17,5%	22,2%	17,9%	23,0%		
	HAYIR	n	28	23	41	26	25	10	153		
		%	40,6%	41,1%	36,3%	32,5%	46,3%	35,7%	38,3%		
	KISMEN	n	20	21	44	40	17	13	155		
		%	29,0%	37,5%	38,9%	50,0%	31,5%	46,4%	38,8%		
Toplam		n	69	56	113	80	54	28	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Okuryazar olmayanların %30,4 ü , “Acil servise gelmekten memnun kaldınız mı?” sorusuna evet, %40,6 sı hayır, %29 u ise kısmen cevabı vermiştir. Okuryazar olanların %21,4 ü evet, %41,1 i hayır, %37,5 i ise

kısmen cevabı vermiştir. İlkokul mezunlarının %24,8 i evet, %36,3 ü hayır, %38,9 u ise kısmen cevabı vermiştir. Lise mezunlarının %17,5 i evet, %32,5 i hayır, %50 si ise kısmen cevabı vermiştir. Ön lisans mezunlarının %22,2 si evet, %46,3 ü hayır, %31,5 i ise kısmen cevabı vermiştir. Lisans mezunlarının %17,9 u evet, %35,7 si hayır, %46,4 ü ise kısmen cevabı vermiştir. Eğitim durumu ile acile gelmekten memnuniyet duyma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ( $p>0,05$ )

**Tablo.28:** Sosyal güvenceye göre; Acil Doktor Memnuniyeti

		Hastanın Sosyal Güvencesi						Toplam	ki kare	P
		Bağkur	Ssk	Emekli Sandığı	Yeşil Kart	Güvence Yok				
<b>Acildeki Doktorun İletişiminden Memnun Musunuz ?</b>	EVET	n	13	21	21	17	12	84	5,65	0,69
		%	24,5%	20,0%	20,0%	22,4%	19,7%	21,0%		
	HAYIR	n	19	55	56	39	32	201		
		%	35,8%	52,4%	53,3%	51,3%	52,5%	50,3%		
	KISMEN	n	21	29	28	20	17	115		
		%	39,6%	27,6%	26,7%	26,3%	27,9%	28,8%		
Toplam		n	53	105	105	76	61	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Bağ-kurluların %24,5 i “Acildeki doktorun iletişiminden memnunuz?” sorusuna evet, %35,8 i hayır, %39,6 sı ise kısmen cevabını vermiştir. SSK'lıların %20 si evet, %52,4 ü hayır, %27,6 sı ise kısmen cevabını vermiştir. Sosyal güvencesi emekli sandığı olanların %20 si evet, %53,3 ü hayır, %26,7 si ise kısmen cevabını vermiştir. Sosyal güvencesi

yeşil kart olanların %22,4 ü evet, %51,3 ü hayır, %26,3 ü kısmen cevabı vermiştir. Sosyal güvencesi olmayanların %19,7 si evet, %52,5 i hayır, %27,9 u kısmen cevabı vermiştir. Sosyal güvence ile acildeki doktorun iletişiminden memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. (p>0,05)

**Tablo 29: Sosyal Güvenceye Göre Acil Hemşire İletişim Memnuniyeti**

			Hastanın Sosyal Güvencesi					Toplam	ki kare	P
			Bağkur	Ssk	Emekli Sandığı	Yeşil Kart	Güvence yok			
<b>Acildeki Hemşirenin İletişiminden Memnun Musunuz ?</b>	Evet	n	12	16	15	14	4	61	14,47	0,04
		%	22,6%	15,2%	14,3%	18,4%	6,6%	15,3%		
	Hayır	n	23	64	47	36	33	203		
		%	43,4%	61,0%	44,8%	47,4%	54,1%	50,8%		
	Kısmen	n	18	25	43	26	24	136		
		%	34,0%	23,8%	41,0%	34,2%	39,3%	34,0%		
Toplam		n	53	105	105	76	61	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Bağ-kurluların %22,6 sı “Acildeki hemşirenin iletişiminden memnunuz?” sorusuna evet, %43,4 ü hayır, %34 ü ise kısmen cevabını vermiştir. SSK lıların %15,2 si evet, %61 i hayır, %23,8 i ise kısmen cevabını vermiştir. Sosyal güvencesi emekli sandığı olanların %14,3 ü evet, %44,8 i hayır, %41 i ise kısmen cevabını vermiştir. Sosyal güvencesi yeşil kart olanların %18,4 ü evet, %47,4 ü hayır, %34,2 si kısmen cevabı vermiştir. Sosyal güvencesi olmayanların %6,6 sı evet, %54,1 i hayır, %39,3 ü kısmen

cevabı vermiştir. Sosyal güvence ile acildeki hemşirenin iletişiminden memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ( $p<0,05$ )

**Tablo 30: Sosyal Güvenceye Göre Acil Memnuniyeti**

			Hastanın Sosyal Güvencesi					Toplam	ki kare	P
			Bağkur	Ssk	Emekli Sandığı	Yeşil Kart	Güvence Yok			
<b>Acil Servise Gelmekten Memnun Kaldınız mı?</b>	Evet	n	14	29	24	12	13	92	5,80	0,67
		%	26,4%	27,6%	22,9%	15,8%	21,3%	23,0%		
	Hayır	n	17	42	39	30	25	153		
		%	32,1%	40,0%	37,1%	39,5%	41,0%	38,3%		
	Kısmen	n	22	34	42	34	23	155		
		%	41,5%	32,4%	40,0%	44,7%	37,7%	38,8%		
Toplam		n	53	105	105	76	61	400		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Bağ-kurluların %26,4 ü “Acil servise gelmekten memnun kaldınız mı?” sorusuna evet, %32,1 i hayır, %41,5 i ise kısmen cevabını vermiştir. SSK lıların %27,6 sı evet, %40 ı hayır, %32,4 ü ise kısmen cevabını vermiştir. Sosyal güvencesi emekli sandığı olanların %22,9 u evet, %37,1 i hayır, %40 ı ise kısmen cevabını vermiştir. Sosyal güvencesi yeşil kart olanların %15,8 i evet, %39,5 i hayır, %44,7 si kısmen cevabı vermiştir. Sosyal güvencesi olmayanların %21,3 ü evet, %41 i hayır, %37,7 si kısmen cevabı vermiştir. Sosyal güvence ile acildeki hemşirenin iletişiminden memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ( $p<0,05$ )

## TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Bu çalışmanın amacı; Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların demografik karakterlerini ortaya çıkarmak, hasta-personel iletişiminin hasta memnuniyetine etkisini etkileyen faktörleri ve hasta-personel iletişimi ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

Çalışmaya 203'ü erkek, 197'si kadın olan, toplam 400 hasta alındı. Çalışmaya katılanların 70'ini 18-29 (%17,5) yaş arası, 211'ini 30-60 (%52,8) yaş arası ve 119'unu 61 yaş ve üstü (%29,8) hastalar oluşturmaktadır. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında 171'nin (%42,8) bekar, 229'nun (57,3) evli olduğu tespit edilmiştir. Hastaların medeni durumları belirtilmiştir. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde 69'nun (%17,3) okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Okuryazar sayısı 56 (%14,0), ilkokul mezun sayısı 113 (%28,3), Lise mezunu olanların sayısı 80 (%20,0), Ön lisans mezunu olanların sayısı 54 (%13,5) ve lisans mezunu olanların sayısının ise 28 (%7,0) olduğunu görmekteyiz. Hastaların mesleki durumları incelendiğinde 59'unun (%14,8) işsiz olduğu tespit edilmiştir. Bayanlarda ev hanımı oranı 33 (%8,3), memur sayısı 47 (%11,8), emekli olan hastaların sayısı 123 (%30,8) ve öğrenci olanların sayısının 24 (%6,0) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların sosyal güvence durumları incelendiğinde 61'nin (%15,3) sosyal güvencesi olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların sosyal güvence durumları da belirtilmiştir. Hastaları acil servise geldiklerinde ilk karşılayanın kim olduğu incelendiğinde; eşit oranda 129 (%32,3) olarak Intern doktor ve hemşire

oranlarının aynı olduğu, doktorların ise 142 (%35,5) tespit edilmiştir. Hastalara sorulan hemşire ve doktorlara sorduğunuz sorulara cevap alabiliyor musunuz? Sorusuna alınan cevapların değerleri; hayırın 148 (%37,0) ile en fazla yüzdeye sahip olduğu, kısmen 141 (%35,3) ve evet diyenlerin ise 111 (27,8) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların şikâyetlerini göz önüne alınarak doktorun yeterince hastalarını dinlediğine ve anladığına inanıyor musunuz? Sorusuna evet 91 (%22,8), hayır 175 (%43,8) kısmen 134 (33,5) cevabının alınmış olduğunu görmekteyiz. Hastalara sorulan, acildeki doktorların iletişiminden memnun musunuz sorusunun değerlendirilmesinde, verilen 201 hayır cevabıyla (%50,3) memnuniyetin yetersizliği gözlenmektedir. Hastaların hemşire iletişimi hakkındaki soruların cevaplarının değerlendirmesinde, evet 61 (%15,3), hayır 203 (%50,8), kısmen 136 (%34,0) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların acil servisteki temizliğin durumu hakkındaki değerlendirmesinde kısmen 178 (%44,5), yetersiz 159 (%39,8), yeterli 63 (%15,8) olarak tespit edilmiştir.

Hastalar, doktorların tıbbi ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz? Sorusuna değerler kötü 93 (%23,3), orta 195 (%28,0), iyi 112 (%28,0) olarak alınmıştır. Hastalar, hemşirelerin tıbbi ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna kötü 133 (%33,3), orta 166 (%41,5), iyi 101 (%25,0) olarak tespit edilmiştir. Hastaların, rahatsızlıklarının tedavisi için her şeyin yapıldığına inanıyor mu? Sorusuna; evet 69 (%17,3), hayır 176 (%44,0), kısmen 155 (%38,8) olarak cevap verdikleri tespit edilmiştir. Hastaların acil servis tedavi süresini nasıl buldunuz? Sorusuna

verdikleri cevapları, kısa 13 (%3,3),orta 192 (%48,0) ,uzun 195 (%48,8) sonucunda tedavi süresinin uzun olduğu gözlenmektedir. Hastalara sorulan; hastanemizin teknik ve donanım ekipmanını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sorusuna kötü 138 (%34,5),orta 189 (%47,3) ,iyi 73 (%18,3)olarak cevap verdikleri tespit edilmiştir. Hastaların tetkik ve tedavileri sürerken hastanın durumu ve yapılan işlemler hakkında bilgi verilip verilmemesi durumunun tespiti, evet 116( %29,0),hayır 109 (%27,3) ,kısmen 175 (%43,8) olarak tespit edilmiştir. Hastaların tetkikleri bekleme süresini nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna, kısa 39 (%9,8),uzun 180 (%45,0),çok uzun 181 (%45,3) olarak çok uzun buldukları tespit edilmiştir.

Hastalara sorulan acil servise gelmekten memnun kaldınız mı sorusu, evet 92(%23,0),hayır 153 (%38,3) ,kısmen 155 (%38,8)olarak tespit edilmiştir. Verilen 153 hayır cevabı ile hastaların acil servise gelmekten memnun olmadıkları tespit edilmiş ve bu sonucun da hasta-personel arasında şiddete sebep olduğu gözlenmiştir. Aytar ve arkadaşlarının (2004) Düzce Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde hastalarla yaptıkları çalışmada hastane hizmetlerinden genel memnuniyet %91,8, olarak bulunmuş, Yıldırım ve arkadaşlarının (1999) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yaptığı çalışmada ise hastane hizmetlerinden memnuniyet düzeyi %85.5 olarak saptanmıştır. Ersoy ve arkadaşlarının (2005) Kırıkkale'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptıkları çalışmada Hastaların %47.5'i genel olarak sağlık ocağında verilen hizmetleri iyi, %30'u vasat bulduklarını söylemişler. Sağlık hizmeti sunan personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini

sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Walker vd., 1998).

Bulgularımıza göre hastanın cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu değişkeni incelendiğinde, cinsiyet ile acildeki doktorun ve hemşirenin iletişiminden memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ayrıca hastanın cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu ile acil servise gelmekten memnuniyet arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Sosyal güvence ile acildeki doktorun iletişiminden memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak sosyal güvence ile acildeki hemşirenin iletişiminden memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sosyal güvence ile acildeki hizmetten memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Sonuç olarak Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine gelen hastaların memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur.

## ÖNERİLER

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda hizmetin değerlendirilmesi ve sürdürülebilirliğinde, kalitenin belirlenmesinde bir geri bildirim sağlamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir.

Hasta memnuniyetinde sağlık personeli-hasta iletişim kalitesinin önemi büyüktür bu nedenle hasta şikâyetlerinin yoğun olarak yaşandığı Acil servislerde iletişim sorunları daha da büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle hastanelerde acil servislerde görev alacak personele iletişim ve hasta ilişkileri konusunda özel eğitimler verilmelidir.

İletişim kurmada yaşanan soruların giderilmesi için zaman baskısı ve iş yoğunluklarını azaltacak önlemler alınmalı ve personel takviyesi yapılmalıdır.

Özellikle Triyaj alanında beklemelerin yoğun olduğu saatlere göre hasta bakım alanının ve çalışan personel sayısının ayarlanması bekleme süresinin uzun olması ile ilgili şikâyetlerin azalmasını sağlayacaktır. Hastalara bekleme gerekçelerinin uygun ve anlaşılır bir dille açıklanması ve beklerken rahat ettirilmeleri algıladıkları bekleme zamanının daha kısa olmasını sağlayarak memnuniyeti artıracaktır. Çalışan personelin hastalarla iyi iletişim kurması ve tıbbi terminoloji kullanmadan onların anlayacağı şekilde

açıklayıcı bilgiler vermesi de memnuniyeti artıracak önemli bir faktördür. Tüm hekimlere ve diğer acil servis personeline etkin iletişimin öneminin anlatılması ve uygulamalarının istenmesi acil serviste hasta memnuniyetini yükseltecektir.

Hastanelerde hastaların sıkıntılarını dile getirebilecekleri hasta hakları birimleri olmalı. Acil servislerde Halkla İlişkiler Bölümü veya Halkla İlişkiler Uzmanı olmalı.

Acil Servislerde hasta personel iletişiminin sağlanması ve personele yönelik taciz olaylarını giderilmesini sağlayacak İletişim Uzmanlarının bulunması gerekmektedir.

Hastanelerde hastaların hastane kurallarını anlatacak broşürler asılmalı ve gerekli afişler ve iletişim materyalleri sağlanmalıdır.

Başka çalışmalarla hastalar yanı sıra sağlık çalışanlarında iletişimde yaşadıkları sorunlar ortaya konmalı, her iki tarafın birbirini daha iyi anlayacağı empatik yaklaşım sergilemesi için kamu spotları ile halka yönelik eğitici bilgiler verilmelidir.

## KAYNAKÇA

Abenhaim, H.A., Kahn, S.R., Raffoul, J. & Becker, M.R. (2000). Program Description: a hospitalist-run, medical short stay unit in a teaching hospital. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 163, 11, 1477-80.

Ahmed S, Al-Mandhar, Amir AFL Haranb D. (2004). Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. *Family Practice*, 21(5): 519-27.

Aiello, A., Garman, A. & Morris, S. B. (2003). Patient satisfaction with nursing care: a multilevel analysis. *Quality Management in Health Care*, 12, 3, 187-90.

Aiken, L.H., Sochalski, J. & Anderson, G.F. (1996). Downsizing the hospital nursing workforce. *Health Affairs*, 15, 88-92.

Al-Mailam, F.F. (2005). The effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behavior: a survey study. *Quality Management in Health Care*, 14, 2, 116-20.

Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C. ve ark. (2012). Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. *JAEM*, 11, 115-24.

Auerbach, D. L., Buerhaus, P. I. & Staiger, D. O. (2011). Registered Nurse Supply Grows Faster Than Projected Amid Surge In New Entrants Ages 23-26. *Health Affairs*, 30,12, 2286-2292.

Avis M, Bond M, Arthur A. (1995). Satisfying solution? A review of some unresolved issues in measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22: 316-22.

Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balcı, Y., Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*, 21, 276-96.

Babadağlı B, Ekiz Erim S ve Erdoğan S. (2006). Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 1: 58-68.

Beland, F., Lemay, A. & Boucher, M. (1998). Patterns of Visits to Hospital-Based Emergency Rooms. *Soc. Sci. Med.*, 47, 165-179.

Berger C., Calabrese R. (1975). Some Explanations in Initial Interaction and Beyond: Toward a Developmental Theory of Interpersonal Communication. *Human Communication Research*. 1: 99-112.

Berry D. (2007). *Health Communication. Theory and Practice*. Berkshire, England: Open University Press.

Beyond Patient Satisfaction (2005): How compassion creates loyalty Interplay, Inc. [Online] Available from: [www.interplaygroup.com](http://www.interplaygroup.com)

Bond, S. & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 52-6.

Boudreaux, E.D., D'Autremont, S., Wood, K. & Jones, G.N. (2004). Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months. *Academic Emergency Medicine*, 11, 1, 51-8.

Boudreaux, E.D., Mandry, C.V. & Wood, K. (2003). Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 10, 3, 261-8.

Boudreaux, E.D. & O'Hea, E.L. (2004). Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *Journal of Emergency Medicine*, 26, 1, 13-26.

Boscart MV. (2009). A communication intervention for nursing staff in chronic care. *J Advanced Nurs*, 9: 1823-1832.

Bowles N, Mackintosh C, Torn A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution – focused communication training. *J Adv Nurs*, 36: 347-354.

Bullard, M.J. & Villa-Rowe, C. (2010). The role of a rapid assessment zone/pod on reducing overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J*, 29 (5), 372-8.

Bursch, B., Beezy, J. & Shaw, R. (1993). Emergency department satisfaction: what matters most? *Annals of Emergency Medicine*, 22, 3, 586-91.

Byrne, G., Richardson, M., Brunson, A. & Patel, A. (2000). Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A&E. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 83-93.

Campbell J. (1999). *Explanatory practice for measuring consumer satisfaction: A Review of the literature*. St. Louis MO.

Carter W. B., Inui T. S., Kukull W. & Haigh V. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behavior. *Med. Care* 20, 550.

Chaitchik S., Kreidler S., Shaked S., Schwartz I. & Rosin R. (1992). Doctor-patient communication in a cancer ward. *J. Cancer Educ.* 7, 41.

Chan, J. N. & Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 5, 498-507.

Chang, B. L. (1997). Dimensions and indicators of patients' perceived nursing care quality in the hospital setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 11, 6, 26-37.

Chapman, R. & Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs*, 14, 245-9.

CIHI (2011). *Data Quality Documentation for External Users: National Ambulatory Care Reporting System, 2010–2011*.

Clarke, S.P. (2007). Nurse staffing in acute care settings: research perspectives and practice implications. *Joint Commission journal on quality and patient safety/Joint Commission Resources*, 33, 11,; 30-44.

Cleary, P.D., S. Edgman-Levitan, S., McMullen, W. & Delbanco, T.L. (1992). The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *Qual Rev Bull*, 18, 53-59.

CNA, C. N. A. (2004). *Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage*.

Collins, S. (2009). Good communication helps to build a therapeutic relationship. *Nurs Times*, 24: 23-29.

Considine, J., Kropman, M., Kelly, E. & Winter, C. (2008). Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case control study. *Emergency Medicine Journal*, 25, 815-819.

Coulter, A., Fitzpatrick, R. & Cornwell, J. (2009). The Point of Care Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. *The King's Fund*, 1-32.

Çakıl, Ö.E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3): 140-143.

Daly, S., Cambell, D. A. & Cameron, P. A. (2003). *Short Stay Units and Observational Medicine: A systematic Review*, 178, 559-563.

Darby, C. (2002). Patient/parent assessment of the quality of care. *Ambulatory Pediatrics*, 2, 4, 345-8.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.

Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*, Mar;35(3):197-205.

Drummond, A. J. (2002). No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 4, 2, 91-97.

Eriksen, L.R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3, 1, 59-76.

FitzGerald, G., Jelinek, G.A., Scott, D. & Gerdtz, M.F. (2010). Emergency department triage. *Emer Med J*, 27, 86-92.

Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ*, 302, 6785, 1129–1132.

Ford S, Fallowfield L, Lewis S. (1994). Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their own performance during bad news consultations?. *Br J Cancer*, 70:767-70.

Geolot, D., Burnes Bolton, L., Burns, H.K, Cervenansky, N.E. et. al. (2005). Violence against nurses, national advisory council on nurse education and practice. *Practice Fifth Annual Report To The Secretary Of The U.S. Department Of Health And Human Services And The U.S. Congress*.

GIVIO (Inter-disciplinary Group for Cancer Care Evaluation, Italy). (1986). What doctors tell patients with breast cancer about diagnosis and treatment: findings from a study in general hospitals. *Br. J. Cancer* 54, 319.

Graham J, Ramirez A. (2002). Improving the working lives of cancer clinicians. *Eur J Cancer Care*, 11(3):188-92.

Greeneich, D. (1993). The link between new and return business and quality of care: Patient satisfaction. *Advances in Nursing Science*, 16, 62-72.

Greenwald H.P. ve Nevitt M.C. (1982). Physican attitudes toward communication with cancer patients. *Soc. Sci. Med.* 16, 591.

Guadagnino C. (2003). *Role of patient satisfaction*. [S.1] : Press Gany Associates Robert Wolosin.

Günaydın, N. & Kutlu, Y. (2012). Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3, 1-5.

Hall, M. F. & Press, I. (1996). Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study. *Hospital & Health Services Administration*, 41, 4, 515-32.

Han, A., Ospina, M., Blitz, S., Strome, T. & Rowe, B. H. (2007). Patients presenting to the emergency department: the use of other health care services and reasons for presentation. *CJEM Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 9, 6, 428-434.

Hargie O, Dickinson D. (2004). *Skilled Interpersonal Communication. Research, Theory and Practice*. Fourth ed. New York: Routledge.

Houts PS, Yasko JM, Benham Kan S, Schelzel GW, Marconi KM. (1986). Unmet psychological, social and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania. *Cancer*, 58: 2355-61.

İlhan, M., Özkan, S., Kurtcebe, Ö. & Aksakal, N. (2009). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28.

Jacox, A. K., Bausell, B. R. & Mahrenholz, D. M. (1997). Patient satisfaction with nursing care in hospitals. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 1, 1, 20-8.

Jawahar S.K. (2007). A study on outpatient satisfaction at a super specialty hospital in India. *Internet Journal of Medical update*, 2(2): 13-7.

Johansson, P., Oleni, M. & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 4, 337-44.

Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel Yayın,.

Keser Özcan, N. & Bilgin, H. (2011). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri*, 31.

Khan, A.M. (2007). Patient satisfaction towards outpatient department services of medicine in Banphaeo autonomous hospital Samut Sakhon province, Thailand. *[M.P.H.M. Thesis in Primary Health Care Management]*. Nakhon Pathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

King, D.L., Ben-Tovim, D.I. & Bassham, J. (2006). Redesigning emergency department patient flows: Application of Lean Thinking to health care. *Emerg Med Australas*, 18, 4, 391-7.

Konnyu, K., Kwok, E., Grimshaw, J. & Moher, D. (2011). *What is the evidence of the effectiveness and safety of emergency department short stay units.*, Ottawa Hospital Research Institute.

Korn, R. & Mansfield, M. (2008). ED overcrowding: an assessment tool to monitor ED registered nurse workload that accounts for admitted patients residing in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 34, 5, 441-6.

Kreps GL, Bonaguro EW, Query JL. (1998). *The History and Development of the Field of Health Communication*. In: Jackson LD, Duffy BK, editors. *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions*. Westport, CT: Greenwood Press, Ss. 1-15.

Kressin NR, Skinner K, Sullivan L, Miller DR. (1999). Patient satisfaction with Department of Veterans Affairs Health Care: Do women differ from men? *Military Medicine*, 164(4), 283-8.

Kwa, P. & Blake, D. (2008). Fast Track: Has it changed patient care in the emergency department?, *Emergency Medicine, Australasia*, 20, 10-15.

Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wossmer B. (1998). Improving Communication Skills - A Randomized Controlled Behaviorally Oriented Intervention Study for Residents in Internal Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 60:268-76.

Larsen K.M. & Smith C.K. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J. Family Practice* 12, 481.

Laschinger, H., Gilbert, S. & Smith, L. (2011). Nursing Outcomes; The State of the Science. *Jones & Barlett, Learning* ISBN 978-0-7637-8325-9.

Leaman, A.M. (2003). See and treat: A management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all. *Emergency Medicine Journal*, 20, 118.

Luderer, C, Behrens, J. (2005). Aufklarungs- und Informationsgesprache im Krankenhaus. *Pflege*, 18:15-23.

Liu, Y. & Wang, G. (2007). Inpatient Satisfaction With Nursing Care and Factors Influencing Satisfaction in a Teaching Hospital in China. *J Nurs Care Qual*, 22, 3, 266-271.

Merkouris, A., Ifantopoulou, J., Lanara, V. & Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7, 19-28.

Moran A, Scott A, Darbyshire P. (2009). Communicating with nurses: patients' views on effective support while on haemodialysis. *Nurs Times*, 25: 22-25.

Morrow G. R., Hoagland A. C. and Carpenter P. J. Improving physician-patient communications in cancer treatment. *J. Psychosoc. Oncol.* 1(2), 93, 1983.

Megivern, K., Halm, M. A. & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6, 4, 9-24.

Nelson E & C., L. (1993). Patients' good and bad surprises: How do they relate to overall patient satisfaction?, *Quality Review Bulletin*, 19: 89-94.

Nerney, M. P., Chin, M. H., Jin, L., Karrison, T. G., Walter, J., Mulliken, R., Miller, A., Hayley, D. C. & Friedmann, P. D. (2001). Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 38, 2, 140-5.

Nijhuis, H. (1979). *Het Slecht nieuws-gesprek, Inleiding 3-daagse nascholingscursus t.b.v. huisartsen en specialisten uit de regio Drachten* (ongepubliceerd), November, 14.

NSW, N.S.W. (2006). *Clinical Services Redesign Program: Models of emergency care*. North Sydney: NSW Health.

Ny N. Patient satisfaction with health services at the out-patient department clinic of Wangnumyen Community Hospital Sakao Province, Thailand. [M.P.H.M. Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhon Pathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2007.

O'Connell, B., Young, J. & Twigg, D. (1999). Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 2, 72-7.

Odabaşı, Y. (2004). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s. 256.

OHA (2003). *Geriatric Emergency Management*, Ontario Hospital Association.

Özcan A. (1996). *Etkisiz iletişim biçimleri. Hemşire- Hasta ilişkisi ve İletişim*, 1. Baskı, Saray Medikal yayıncılık, İzmir.

Parasuraman, A, Berry, L.L., Zeithaml, V.A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*. 67: 420-450.

Peter, J., Magnus, O., Bengt, F. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4): 337-344.

Pınar, T ve Pınar, G. (2013). Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *AF Preventive Medicine Bulletin*, 12.

PricewaterhouseCoopers (2008). NSW Health Emergency Department Workforce Research Project Final Report.

Quisling, K.E. (2009). Resident orientation: nurses create a program to improve care coordination. *Am J Nurs*, 109:26-28.

Radcliffe, M. (2009). Nursing degrees must be built on communication. *Nurs Times*, 21:28-32.

Review of Patient Satisfaction Measures (RPSM). *Introduction to health care and patient satisfaction. Continence outcome measurement suite*. Melbourne : La Trobe University; 2006.

Risser, N.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, 24(1): 45-52.

Rivnyak et al. (1989). Ambulatory Care Use Among non-institutionalized elderly: A causal model. *Research in Aging*, 11:292-311.

Rodi, S.W., Grau, M.V. & Orsini, C.M. (2006). Evaluation of a fast track unit: alignment of resources and demand results in improved satisfaction and decreased length of stay for emergency department patients. *Quality Management in Health Care*, 15, 3, 163-70.

Rogers E.M. (1996). The Field of Health Communication Today: An Up-to-Date Report. *Journal of Health Communication*, 1(1, January-March 1996).

Roter D, Hall JA. (1989). Studies of Doctor-Patient Interaction. *Annu Rev Public Health*, 10:163-80.

Sakr, M., Angus, J., Perrin, J., Nixon, C., Nicholl, J. & Wardrope, J. (1999). Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 354, 1321-1326.

Sandovski, U., Salman, H., Bergman, M., Neiman, V., Bessler, H. & Djaldetti, M. (2001). Patients' satisfaction with the staff function in an emergency department. *European Journal of Emergency Medicine*, 8, 2, 117-22.

Schmidt, L. A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 4, 393-9.

Sheaff M. (2005). *Sociology and Health Care, an introduction for nurses, midwives and allied health professionals*. 1st ed. London, England: Bell and Bain.

Sinoff, G., Clarfield, A., Bergman, H. & Beaudet, M. (1998). A two-year follow-up of Geriatric Consults In Emergency Departments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 6, 716-720.

Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45, 1829-1843.

Smith C.K., Polis E. and Hadac R.R. (1981). Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J. Family Practice* 12, 283.

Staiger, D.O., Auerbach, D.I. & Buerhaus, P.I. (2012). Registered Nurse Labour Supply and the Recession - Are we in a bubble? *The New England Journal of Medicine*, 10, 1055.

Stepen, S., Andrew, B., Marie, J. (2004). *The Sage Hand book of Health Psychology*. Great Britain: Cromwell Press, Trowbridge Wiltshire.

Strawderman L, Koubek R. (2006). Quality and Usability in a Student Health Clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 19: 225-236.

Street R.L. (1991). Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc. Sci. Med.* 32, 541.

Tangmanlcongworakoon, T. (2006). Client satisfaction towards the services of Lad Yao Hospital, Nakhonsawan Province, Thailand. [M.P.H.M. Thesis in Primary Health care Management]. *Nalchon Pathom: Faculty of Graduate, Mahidol University*.

Taylor, C. & Bengner, J. R. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21, 5, 528-32.

Thompson P.A. (2009). Creating leaders for the future. *Am J Nurs*, 109, 50-52.

Tjia, J., Kathleen, M., Mazor, K.M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., Gurwitz, J. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: Perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Safety*, 5: 145-152.

Tutuk A, Doğan S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6: 36-41.

Tyrance, P.H.Jr., Himmelstein, D.U. & Woolhandler, S. (1996). US Emergency Department Costs: No Emergency. *American Journal of Public Health*, 86, 11, 1527-1531.

Tye, C. C., Ross, F. & Kerry, S. M. (1998). Emergency nurse practitioner services in major accident and emergency departments: a United Kingdom postal survey. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 15, 31-34.

Uzkesici, N. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları, s. 323.

Ünlüsoy Dinç, N. (2010). *Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Wanzer M. B., Booth-Butterfiled M., Gruber, K. (2004). Perceptions of Health Care Providers' Communication: Relationships between Patient-Centered Communication and Satisfaction. *Health Communication*, 16(3): 363-384.

Westaway M.S., Rheeder, P., Vanzyl, D.G., Seager, J.R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (4): 337-44

Wilkinson S, Bailey K, Aldridge J, Roberts A. (1999). A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliative Med*, 13: 341-348.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction:A valid concept? *Social science & medicine*, 38, 509-516.

Williams, R. M. & Bamezai, A. (2005). The costs of visits to emergency departments - Revisited. *Annals of Emergency Medicine*, 46, 5, 471-473.

Wink D. (2009). Communication tools. *Nurse Educator*, 5: 189-191.

Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. (1991). *İletişim becerileri. HemŐirelikte Kişilerarası İlişkiler* (Editör. Ramazan Geylan). AŐıköđretim Faköltesi Yayınları, Eskişehir, ss: 33-37.

Yarış F. ve Dikici M.F. (2008). Hastaların tedaviye uyumu ve iletişim. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2: 40-43.

Yoon, P. (2003). *Emergency Department Fast Track System*, Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

## ÖZET

**KOÇAK, Nihal. Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisinde Hasta personel iletişiminin şiddete etkisi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.**

Birbirlerine ortamlarındaki nesnelere, olaylar ve olgularla ilgili değişimleri haber veren, bunlarla ilgili bilgileri birbirine aktaran, aynı olgular, nesnelere, sorunlar karşısında benzer yaşam deneyimlerinden kaynaklanan, benzer duygular taşıyıp bunları birbirine ifade eden insanların oluşturduğu toplulukta ya da toplum yaşamı içinde gerçekleştirilen tutum, yargı, düşünce, duygu bildirişimine iletişim denir.

İletişim, insan hayatının önemli bir parçasıdır. İletişim sürecini anlayabilmek için çeşitli iletişim modelleri oluşturulmaya çalışılmaktadır. Çeşitli iletişim araçları da bu süreçte kullanılabilir. Öte yandan, hekim ve diğer sağlık çalışanları yoğun iş temposunun yanı sıra iletişim araçlarını ve iletişim yöntemlerini kullanarak geniş çerçevede birçok değişik insanla iletişim içinde olmak ihtiyacındadır. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının en çok iletişimde bulunmak zorunda olduğu insanlar hastalar ve hasta yakınlarıdır. Dolayısıyla hekim, diğer sağlık çalışanları ve hastalar bazı iletişim becerilerini kazanmış olmalıdırlar.

Bu çalışmanın amacı, Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran hastaların demografik karakterlerini ortaya çıkarmak, hasta – personel iletişimini etkileyen faktörleri ve hasta personel iletişiminin memnuniyete etkisini belirlemektir.

Bu çalışmaya Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran 18 yaşından büyük 400 hasta alınmıştır. İletişim kurulabilen hastaların demografik bilgileri ve personelle iletişimleri hakkında bilgi toplandı. Acil serviste kim tarafından karşılandığı, doktor ve hemşirelerin iletişim becerileri ve davranışları, acil serviste tetkik ve tedavi sürerken hastalığı ve yapılan tetkikler için bilgi verilmesi ile tetkikler için bekleme süresi hakkındaki iletişimin memnuniyete etkisi ve acil serviste gördüğü tüm bakım ile ilgili memnuniyeti hususlarında hastaya sorular soruldu. İstatistiksel analiz, SPSS 20,0 istatistiksel yazılım programı kullanılarak yapıldı.

Sonuç olarak, hasta personel iletişimini en fazla etkileyen faktörün hemşire ve doktor davranışı olduğu tespit edilmiştir. Hasta – personel iletişimini etkileyen bir diğer önemli faktör ise, tetkik ve tedavi sürerken hastalara işlemler hakkında bilgi verme durumu olarak tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis, hasta-personel iletişimi, hasta memnuniyeti.

## ABSTRACT

**KOÇAK, Nihal. Yildirim Beyazit Training and Research Hospital Emergency Service Personel Communicate the severity of the patient in effect :Atılım University Graduate School of Social Sciences, Health Care Management Program, Master's Thesis. Ankara, 2014.**

Having the same feelings and originating from the same experiences against the same facts, things and problems; giving information about things, facts and events in their environment, transferring information with each other in a group of people or in public life communicating attitude, judgement, thought and mutual sense is called communication.

Communication is a very important part of a human life. Various communication models are being constructed in order to understand the communication process. Wide range of media should be used during this process. On the other side doctors and other health care workers as well as his/her busy working tempo, should be communicating with a wide range of people. The most obvious group of people with whom a doctors and other care workers communicates is patients and patients' relatives. Therefore, doctors, other health care Professional and patients should have gained some communication skills. The purpose of this study, Yildirim Beyazit Training and Research Hospital, the demographic characteristics of patients admitted to the emergency department reveal the patient – staff communication and patient factors affecting the communications staff to determine the effects of the patient satisfaction.

This study Yildirim Beyazit Training and Research Hospital who were admitted to the emergency department were included 400 patients older than 18 years. The demographic data of patients and staff can communicate information about communication were collected. In the emergency department who are covered by, doctors and nurses communication skills and behaviours in the emergency department diagnosis and treatment while disease and the tests performed for the information given by tests of time waiting for communications about the severity of the impact and in the emergency department sees all about the satisfaction matters to the patient in question were asked. Statistical analysis using SSPS 20.0 Statistical software.

As a result, the patient personal communication mostly influenced factors have been found to be the behaviour of nurses and doctors. Patient-staff is another important factor that affects communication, diagnostic and treatment procedures to patients while driving has been identified as providing information about the situation.

**Key words:** Emergency department, patient- staff communication, satisfaction.

Ek 1

**ANKET FORMU****HASTA PERSONEL İLETİŞİMİNİN MEMENUNİYETE ETKİSİ ANKET FORMU****Sayın Katılımcı**

Bu anket, “Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde Hasta-Personel İletişiminin Şiddete Etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu ankette kimlik bilgisi sorulmayacak ve toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Anketi cevaplayarak araştırmaya sağlayacağınız değerli katkılar için şimdiden teşekkür ederim.

Nihal KOÇAK

Yüksek Lisans Öğrencisi

- 1) Hastanın Cinsiyeti : E ( ) K ( )
- 2) Hastanın Yaşı : (18-30) (31-60) (61-100)
- 3) Medeni Hali : Bekar ( ) Evli ( )
- 4) Eğitim Durumu : Okur-Yazar Değil ( ) Okur-Yazar ( ) İlkokul ( )  
Lise ( )  
Ön Lisans ( ) Lisans ( )
- 5) Mesleği : İşçi ( ) Memur ( ) Serbest Meslek ( )  
Emekli ( ) Ev Hanımı ( ) İşsiz ( )  
Öğrenci ( )
- 6) Sosyal Güvencesi : Bağ-Kur ( ) SSK ( ) Emekli Sandığı ( )  
Yeşil Kart ( ) Güvence Yok ( )
- 7) Acil Serviste sizi ilk karşılayan kimdir?  
İntern Doktor ( ) Doktor ( ) Hemşire ( )

8) Hemşire ve Doktorlara sorduğunuz sorularla ilgili yeterli cevap alabiliyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

9) Doktorun, şikâyetlerinizi göz önüne alarak sizi yeterince dinlediğine ve anladığına inanıyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

10) Acildeki Doktorun iletişiminden memnun musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

11) Acildeki hemşerinin iletişiminden memnun musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

12) Hastanemizin temizlik durumunu nasıl buldunuz?

Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Kısmen ( )

13) Doktorların tıbbi ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( )

14) Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( )

15) Hastanemizde rahatsızlığınızın tedavisi için her şeyin yapıldığına inanıyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

16) Acil servise gelişinizden, tedavinizin tamamlanıncaya kadar geçen süreyi nasıl buluyorsunuz?

Kısa ( ) Orta ( ) Uzun ( )

17) Hastanemizin teknik donanım ve ekipmanını nasıl buldunuz?

Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( )

18) Acil serviste tetkik ve tedaviniz sürerken hastalığınız ve yapılan işlemler hakkında size bilgi verildimi?

Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

19) Tetkikleri bekleme süresi nasıl?

Kısa ( ) Uzun ( ) Çok Uzun ( )

20) Acil servise gelmekten memnun kaldınız mı?