

**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**İLETİŞİMİN HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ:**  
**AFYONKARAHİSAR ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**Azime DEMİR**

**Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT**

**NİSAN 2019**

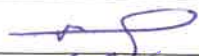


T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

İLETİŞİMİN HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ:  
AFYONKARAHİSAR ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Azime DEMİR

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 05.05/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç.Dr. Mahmut ARBOLAT	KABUL	
Doç.Dr. Harun KIZILMAZ	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Serkan DEMİR	KABUL	



SAKARYA  
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

İŞLETME ENSTİTÜSÜ

Sayfa : 1/1

TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

**Öğrencinin**

Adı Soyadı	:	AZİME DEMİR
Öğrenci Numarası	:	12604217001
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	İletişimin Hızlı Memnuniyetine Etkisi: Aydın Karahisar Örneği
Benzerlik Oranı	:	%15

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi ..... Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

05/04/2019  
İmza

Sakarya Üniversitesi ..... Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere .....@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....  
İmza

Uygundur

Danışman  
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

Tarih: 05/04/2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

## ÖNSÖZ

Tezimi yazmamda benden desteğini esirgemeyen ve sabır gösteren değerli hocam ve tez danışmanım *Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT*'a, tezimin her aşamasında bana yardımcı olan, tüm deneyimlerini benimle paylaşan, en büyük destekçim, çok kıymetli dostum *Çiğdem UĞAN*'a,

Beni her zaman çalışmaya teşvik eden ve destekleyen kıymetli eşim *Murat DEMİR*'e, bugünlere gelmemi sağlayan, tüm yaşamım boyunca beni maddi ve manevi olarak hep destekleyen sevgili babam *Mehmet EMİROĞLU*'na ve annem *Nimet EMİROĞLU*'na, motivasyonumu artıran yaşam kaynağım, canım oğlum *Göktuğ DEMİR*'e,

Verilerin toplanmasında emeği geçen tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Azime DEMİR**

**05.04.2019**

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
KISALTMALAR .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY.....	viii

GİRİŞ .....	1
-------------	---

<b>BÖLÜM 1: LİTERATÜR İNCELEMESİ.....</b>	<b>5</b>
---	----------

1.1. İletişim Kavramı.....	5
----------------------------	---

1.1.2. İletişim Süreci .....	7
------------------------------	---

1.1.3. Sağlık İletişimi .....	9
-------------------------------	---

1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde İletişimi Etkileyen Faktörler.....	20
--	----

1.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı.....	24
-------------------------------------	----

1.2.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi .....	28
---	----

1.2.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etkenler .....	33
---	----

1.2.3. Hasta Memnuniyetinin Sonuçları.....	39
--	----

1.3. İletişim ve Hasta Memnuniyeti İlişkisi .....	41
---	----

<b>BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....</b>	<b>44</b>
---	-----------

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	44
--	----

2.2. Veri Toplama Aracı.....	44
------------------------------	----

2.3. Veri Toplama Süreci .....	45
--------------------------------	----

2.4. Araştırma Modeli ve Hipotezler .....	46
---	----

2.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler .....	46
--	----

2.6. Araştırmanın Kısıtları.....	47
----------------------------------	----

2.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri .....	47
---	----

<b>BÖLÜM 3. BULGULAR VE DEĞERLENDİRME.....</b>	<b>51</b>
--	-----------

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çalışmanın Genel Bulguları... 51	51
--	----

3.2. Genel olarak Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler .....	52
--	----

3.3. İletişim ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki .....	56
--	----

3.4. İletişimin Hasta Memnuniyetine Etkisi .....	56
--	----

3.5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları ... 59	59
---	----

<b>SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>73</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>79</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>89</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>94</b>

## KISALTMALAR

- AB** : Avrupa Birliği  
**CAT** : Communication Assesment Tool  
**OECD** : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü  
**PSQ** : Patient Satisfaction Questionnaire

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1</b> : İletişim Sürecinin Aşamalarında Hemşirenin Sorumlulukları.....	19
<b>Tablo 2</b> : Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler .....	25
<b>Tablo 3</b> : İletişim Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi.....	48
<b>Tablo 4</b> : Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi .....	49
<b>Tablo 5</b> : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	52
<b>Tablo 6</b> : Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma Değerleri .....	53
<b>Tablo 7</b> : Katılımcıların En Son Başvurduğu Hastanelerin Dağılım .....	54
<b>Tablo 8</b> : Katılımcıların En Son Gittiği Hastaneyi Tercih Sebepleri .....	55
<b>Tablo 9</b> : Katılımcıların Sağlık Ekibinin Sunduğu Hizmete İlişkin Değerlendirmeleri	55
<b>Tablo 10</b> : İletişim ve Memnuniyet Arasındaki İlişki .....	56
<b>Tablo 11</b> : İletişimin, Memnuniyet ve Memnuniyetin Faktörlerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları.....	58
<b>Tablo 12</b> : Katılımcıların Cinsiyetine Göre Fark Analizi Sonuçları .....	59
<b>Tablo 13</b> : Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları .....	60
<b>Tablo 14</b> : Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları.....	61
<b>Tablo 15</b> : Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Fark Analizi Sonuçları.....	63
<b>Tablo 16</b> : Katılımcıların Mesleklerine Göre Fark Analizi Sonuçları .....	66
<b>Tablo 17</b> : Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları .....	69
<b>Tablo 18</b> : Katılımcıların En Son Kamu ya da Özel Sektörden Hizmet Alma Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları .....	71
<b>Tablo 19</b> : Katılımcıların Özelliklerine Göre Kabul ve Reddedilen H3 Hipotezi .....	72



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> İletişim Süreci .....	8
<b>Şekil 2:</b> Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .....	34
<b>Şekil 3:</b> Araştırmanın Modeli.....	46

<b>Tezin Başlığı:</b> İletişimin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Afyonkarahisar Örneği	
<b>Tezin Yazarı:</b> Azime DEMİR	<b>Danışman:</b> Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT
<b>Kabul Tarihi:</b> 5 Nisan 2019	<b>Sayfa Sayısı:</b> viii (ön kısım)+ 88 (tez) + 6 (ek)
<b>Anabilimdalı:</b> Sağlık Yönetimi	
<p>Sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumunda önemli çıktı ölçütlerinden hasta memnuniyeti kavramı, sağlık kurumlarının üzerinde durdukları konuların başında gelmektedir. Etkin sağlık iletişimi ise hasta memnuniyetinin sağlanmasındaki bileşenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanı-hasta iletişimi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin saptanması ve sağlık çalışanı-hasta iletişiminin memnuniyet üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta memnuniyeti düzeyi ve sağlık çalışanı-hasta iletişimde bir farklılık olup olmadığı belirlenmektedir. Çalışmanın evreni, Afyonkarahisar il merkezinde faaliyette bulunan 6 sağlık kuruluşundan hizmet alan bireylerden oluşmaktadır. Çalışma söz konusu hastanelerden hizmet alan 510 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Makoul tarafından geliştirilen ve Baxter (2015) tarafından uyarlanan “İletişim Değerlendirme Aracı”; Ware ve arkadaşları (1976) tarafından geliştirilen ve Marshall ve Hays (1994) tarafından kısa formu oluşturulan “Hasta Memnuniyeti Ölçeği” ve hastane kullanımı ile katılımcıların sosyo- demografik özelliklerine ilişkin sorulardan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında (p=0,05) analiz edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre iletişim ve hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin alt boyutları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca hasta-çalışan iletişiminin memnuniyet ve memnuniyetin alt boyutları olan iletişim, teknik kalite, genel memnuniyet, mali kaygılar, erişilebilirlik, kişilerarası tutum ve hekimle geçirilen zaman üzerinde anlamlı etkisi vardır. Katılımcıların cinsiyet ve medeni durumları iletişim ve memnuniyet düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşturmazken; yaş, eğitim durumu, meslek ve gelir durumu iletişim ve memnuniyet düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel unsur kabul edilen iletişimin geliştirilmesi hasta memnuniyetinin artırılmasını katkı sağlamaktadır. Bu sebeple sağlık çalışanlarının mesleki iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik olarak eğitim ve sağlık kurumlarında gerekli programların düzenlenmesi önerilmektedir.</p>	
<b>Anahtar Kelimeler:</b> İletişim, Hasta Memnuniyeti, Hasta-Çalışan İletişimi	

<b>Title of the Thesis:</b> The Effect of Communication on Patient Satisfaction: The Case of Afyonkarahisar Province	
<b>Author:</b> Azime DEMİR	<b>Supervisor:</b> Assoc. Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
<b>Date:</b> 5 April 2019	<b>Nu. of pages:</b> viii (pretext) + 88 (mainbody) + 6 (app.)
<b>Department:</b> Health Management	
<p>One of the primary concerns of medical institutions is patient satisfaction as it is one of the important output criteria in terms of quality offer of medical services. Effective health communication is considered as one of the components of assuring patient satisfaction. This study seeks to detect the correlation between the healthcare staff-patients communication and patient satisfaction and reveal the effect of the healthcare staff-patients communication on patient satisfaction. Moreover, this study attempts to show whether patient satisfaction and the healthcare staff-patients communication differ based on socio-demographic characteristics. The population of the study consists of people aged 18 to 65 receiving service from six medical institutions located in the central district of Afyonkarahisar province. The study was conducted with 510 people receiving service from the aforementioned hospitals. Data collection tools are Communication Assessment Tool developed by Makoul and adapted by Baxter (2015) and Patient Satisfaction Questionnaire which was developed by Ware et al. (1976) and a short form of which was prepared by Marshall and Hays (1994). A survey form consisting of questions about hospital use and socio-demographic characteristics of patients was also employed in the study. For data analysis, descriptive statistical methods, correlation analysis, regression analysis, independent samples t-test, and one-way analysis of variance were employed. The data were analyzed at a confidence interval of 95% (<math>p=0.05</math>). The study indicated that there are statistically significant and positive correlations between communication and patient satisfaction as well as sub-dimensions of patient satisfaction. In addition, the communication between patients and health employees has significant effects on satisfaction as well as such sub-dimensions of satisfaction as communication, technical competence, general satisfaction, financial aspects, access to care, interpersonal manners, and time spent with doctor. While no significant differences were detected between the participants' communication and satisfaction levels based on gender and marital status, significant differences were identified based on age, educational background, occupation, and income. All in all, improving communication, which is regarded as one of the fundamental elements of offering healthcare services, contributes to patient satisfaction. Therefore, it is recommended to organize training programs for healthcare employees in educational and medical institutions in order to improve their professional communication skills.</p>	
<b>Keywords:</b> Communication, Patient Satisfaction, Patient-Provider Communication	

## GİRİŞ

İletişim her alanda karşımıza çıkan ve önemi giderek artan bir kavram haline gelmiştir. Üretim ve hizmet sektöründe değişik biçimlerde ele alınan bu kavram hizmet sektöründe önemini çok daha fazla hissettirmektedir. Hizmet sektörü, kişiler arası etkileşimin çok daha fazla olduğu ve hizmet çıktılarının da bu etkileşimden etkilendiği bir alandır. Sağlık hizmetlerinde iletişim faktörü, hem hizmet sunan, hem hizmeti kullanan ve dolaylı olarak bu sektörün içinde olan herkes tarafından önemsenmelidir. Sağlık hizmetlerinin bir çıktısı olarak kabul edilen hasta memnuniyeti kavramı da yine sağlık hizmetleri içinde yer alan tüm kurum ve kişilerce kabul görmektedir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunan kurumların etkinliği ve verimliliğinin bir ölçütü sayılmaktadır.

Hasta memnuniyeti kavramı, ilk olarak 1940-50'lerde doktor-hasta ilişkisini ele alan sosyologlar arasında ortaya çıkmıştır (Jackson ve Korenke, 1997: 273). Bu alandaki ilk çalışma, 1956 yılında hemşirelik alanında yapılmıştır. Son yıllarda birçok ülkede kalite ölçütü olarak kabul görmektedir (Merkouris ve diğerleri, 1999: 20). 1980'lerde popüler hale gelen hasta memnuniyeti ile ilgili çalışma sayısı izleyen 10 yılda beş katına çıkmıştır. Artan bu ilgi, 1970'lerde başlayan tüketici hareketlerinin sağlık hizmetlerine de yansması, kaliteli hizmet beklentisinin yaygınlaşması ve tüketicilerin seçici olmasından kaynaklı rekabet ile açıklanmıştır (Dinç ve diğerleri, 2009: 94).

Hasta memnuniyeti birçok değişkenin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak yazarların bu kavramı tanımlarken dikkat çektiği nokta, hastaların hizmet almadan önceki beklentileri ve hizmet aldıktan sonra oluşan algıları arasındaki farktır. Yani hastanın ne umduğu ve ne bulduğu ile ilgili psikolojik bir tatmin sürecidir (Erdem, 2008: 97).

Hastaların, sağlık hizmeti sunan kurumda bulmayı umduğu bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel özellikler, sağlık hizmeti veya sağlık kurumu ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre değişebilmektedir (Önsüz ve diğerleri, 2008: 34).

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti, sunulan hizmetlere ve hizmetin sunulduğu sürece göre de farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, hizmet alan birey bürokratik işlemler ve kafeterya hizmetlerinde memnun olmazken, laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden memnun kalabilmektedir. Hasta memnuniyetini önemseyen sağlık

kurumlarının yapması gereken ilk şey, memnuniyetsizlik yaratan hizmet alanlarını tespit etmektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 492).

Hasta memnuniyeti, pek çok faktörden etkilenen çok boyutlu bir kavramdır. Ancak bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında, en önemli etkiye sahip olan faktörün iletişim olduğu düşünölmektedir (Bulduklu, 2015: 27). İletişim, değişik anlam, yaklaşım ve modelleri ile birçok bilim dalının kapsam ve uygulamalarında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri de iletişimin değişik seviyelerde ve fazlaca kullanıldığı alanların başında gelmektedir (Esatoğlu, 2014: 186). İletişim; duygu, düşünce, his, görüş ve bilgilerin aktarımı ya da alışverişı olarak tanımlanabilir (Bulduklu, 2015: 27). Kişiler arası iletişim; sağlık hizmetlerinin her aşamasında, hizmeti verenler, hizmeti alanlar ve hizmet alma potansiyeline sahip kişiler arasında gerçekleşmektedir (Tabak, 2006: 31).

Bu tez kapsamında birinci bölümde iletişim kavramı ele alınmış olup alt başlıklar halinde de iletişim süreci, hasta-sağlık çalışanı etkileşimi, iletişimi etkileyen faktörler ve iletişimin hasta memnuniyeti etkisi ele alınmıştır.

İkinci bölümde ise hasta memnuniyeti kavramı, hasta memnuniyetinin önemi, hasta memnuniyetine etki eden faktörler ve hasta memnuniyetinin sonuçlarından bahsedilmiştir.

Üçüncü bölümde de araştırma yöntemine ilişkin bilgiler, veri toplama aracı, veri toplama süreci, evren ve örneklem, kullanılan ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, araştırmanın kısıtları, araştırma modeli ve hipotezlere yer verilmiştir. Devamında yapılan analizin sonuçlarına yer verilmiş olup, sonuç ve öneriler kısmında elde edilen bulgular, başka araştırma bulguları ile karşılaştırılarak değerlendirme ve önerilerde bulunulmuştur.

### **Çalışmanın Amacı**

Çalışmanın öncelikli amacı, iletişim ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Aynı zamanda çalışmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin, hasta memnuniyeti düzeyi ve iletişimde bir farklılık oluşturup oluşturmadığı da incelenmektedir.

## **Çalışmanın Önemi**

Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarının kalitesini değerlendirmede kullanılan temel ölçütlerden biridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 493). Sağlık hizmeti sunan kurumlar, hasta memnuniyetini ve bağlılığını sağladıkları sürece gelişirler (Tengilimoğlu, 2012: 326). Globalleşen dünyada birçok alanda kendine yer bulan kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde de kendini göstermiştir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden bahsedebilmek için, hizmetin etkin kullanılması, kaynakların verimli kullanılması, hasta haklarına saygı duyularak hizmetin doğru bir şekilde gerçekleştirilmesi kısacası hasta memnuniyetinin sağlanmış olması gerekmektedir (Önsüz ve diğerleri, 2008: 34).

Sağlık hizmetlerinin gelişimi, daha fazla rekabet ve giderek artan bilinçli müşteri (hasta/ hasta yakını) ile hasta memnuniyetinin önemi giderek artmaktadır (Jackson ve Kroenke, 1997: 273). Hasta memnuniyetinin ölçümü, yoğun rekabet ortamı nedeniyle yöneticiler ve sağlık hizmetlerine ilişkin karar alan herkes için önemlidir. Hasta memnuniyetinin sağlanması için de öncelikle hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin ele alınması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar, hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden birinin hasta-sağlık çalışanı iletişimi olduğunu göstermektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 142). İnsan hayatını doğrudan ilgilendiren hizmetlerin sunulduğu sağlık işletmelerinde, iletişimin önemi kat kat artmaktadır. Hem uzmanlaşmanın fazla olması hem de kullanılan terminolojinin farklılığı nedeniyle sağlık işletmelerinde kullanılan iletişim yöntemlerinin farklı olması gerekmektedir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2012: 343). Sağlık çalışanlarının kullanabileceği gelişmiş teknoloji ve ilerlemelere rağmen iletişim, hala hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerin temeli olarak kabul edilmektedir. Hastaların sağlık çalışanları ile ilişkilerinin niteliği, kendilerine yapılan müdahaleden duydukları memnuniyeti etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının hastalarla konuşma biçimleri, onlara iyi davranıp davranmamaları, hastalarla olan ilişkilerinden edindikleri doyumun derecesini belirlemektedir (Gordon ve Edwards, 2001: 3-4).

Sağlık hizmetlerinin komplike yapısı, sağlık hizmeti sunumunun profesyonelliği, çalışan kişi sayısının fazla olması, diğer disiplinler ile çalışmanın fazla olması, kurum içi bölümler arası bilgi paylaşımının yoğun olması sağlık kurumlarında iletişimin farklı değerlendirilmesini gerektirmektedir. Aynı zamanda hizmetin sunulduğu kitlenin farklı bilgi seviyesine sahip olması ve farklı kültürlere sahip kesimlere hitap etmek de sağlık alanındaki iletişimin başarısını zorunlu kılmaktadır (Esatoğlu, 2014: 186). Sağlık

hizmetleri kalitesinin, hasta ve hastane çalışanları arasındaki iletişimin kalitesine bağlı olduğu görülmektedir (Gezergün ve diğerleri, 2006: 130).

Sağlık çalışanlarının hastaya karşı nezaketi, şefkati, ilgi ve anlayışı, bilgi ve deneyimlerini aktarma biçimi, hastanın kendini daha rahat hissetmesini sağlamakta ve tedaviye olan uyumunu etkilemektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 142). İlgi ve şefkat beklentisi içindeki hastaya karşı gösterilecek güler yüzlü ve samimi bir yaklaşım, en etkili tutum ve davranış olarak görülmektedir. Aksi tutum ve davranışlar ise hastanın sağlığında olumsuz etkilere yol açmaktadır (Şengün, 2016: 41).

### **Çalışmanın Yöntemi**

Çalışmada nicel yöntemlerden faydalanılmıştır. Çalışmanın evrenini Afyonkarahisar il merkezindeki 6 sağlık kuruluşundan hizmet almış olan 18-65 yaş arası kişiler oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak, “The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) ve “Communication Assessment Tool” ile hastaların demografik verilerinden oluşan anket formu oluşturulup kullanılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22 programından yararlanılarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda fark bulunan değişkenlerde farklılığın kaynağını tespit etmek için Tukey analizinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında ( $p=0,05$ ) analiz edilmiştir.

## BÖLÜM 1: LİTERATÜR İNCELEMESİ

Bu bölümde iletişim, sağlık iletişimi ve hasta memnuniyeti kavramları ile sağlık çalışanı ve hasta iletişimi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler ele alınmış, iletişim ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmiştir.

### 1.1. İletişim Kavramı

Bir toplum içinde yaşayan ve kendi dışındaki diğer canlılarla ilişki içerisinde olan tüm varlıkların iletişime ihtiyaçları vardır. İnsanlar doğaları gereği ve toplumsal olarak yaşamaları nedeni ile en fazla iletişimden yararlanan canlılardır. İnsanlar yaşamlarının her anında devamlı olarak bilinçli ya da bilinçsizce iletişim kurarlar (Mısırlı, 2004: 2).

İletişimin insanın var oluşuyla başlayan bir olgu ve süreç olduğu kabul edilmektedir. İnsanlığın ortaya çıkışından itibaren insanlar çeşitli şekillerde iletişim kurmuşlardır. Bu denli eski bir tarihe sahip olan iletişim olgusu, bu olgu ve süreçle ilgili olarak farklı disiplinler tarafından pek çok şekilde tanımlanmıştır (Aziz, 2016: 25-27).

İletişim kısaca, “*bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci*” olarak tanımlanabilir (Dökmen, 2005: 19). Bir başka tanıma göre iletişim, “*bilgi, düşünce, beceri ve duyguların sözcük, resim, grafik, vb. semboller kullanılarak iletilmesidir*”. İletişim sayesinde bilgiler, düşünceler ve duygular sözlü ve sözsüz şekilde bir kişiden diğer bir kişiye veya bir gruptan diğer bir gruba aktarılır, bu bir iletilme sürecidir. İletişim, kişiler arası ilişkilerde mesajların karşılıklı şekilde aynı anda alındığı ve verildiği ve yorumlanıp sonuç çıkarıldığı bir süreçtir. (Mısırlı, 2004: 1).

İletişime çok farklı bakış açıları vardır. Bununla birlikte, iki değişik bakış açısı önemli bulunmaktadır. Bunlardan ilki, kaynak ve alıcının iletiyi nasıl kodladığı ve kod açımının nasıl yapıldığı ile ilgilenir. Ayrıca bu yaklaşımda etkili ve doğru iletişim de önemlidir. Bu perspektiften bakıldığında iletişimin, bir insanın diğerinin davranışına ve düşüncelerine etki etmekte kullandığı süreç olduğu söylenilebilir. Eğer etki istenilen düzeyde değilse ya da farklıysa, ortada iletişimsel bir hata olduğu düşünülür ve hatayı saptayabilmek için iletişimin, işleme süreci analiz edilir. Diğer yaklaşım ise iletişimi, anlamların oluşturulması ve değişimi olarak ele alır. Bu yaklaşımda, iletilerin veya metinlerin anlam oluşturmak için insanları nasıl etkilediğine bakılır. Yanlış anlamların



iletişim hatalarının bir sonucu olmadığını; bunların kaynak ve alıcı arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklandığı ileri sürülmektedir (Yüksel, 2009: 6).

Kısaca iletişim gündelik yaşantıda nesnelere ve bireyleri tanımlar, farklı toplumsal rolleri bulunan insanlara, o dönemdeki koşullarda üzerlerine düşen bu rollerini yerine getirirken var olan yaşam tarzını öğretir ve bu yaşam tarzını yeniden üretirken gerekli olan değerler sistemini benimsetir. Bu yolla toplumsal yapının sürdürülmesini ve yeniden üretilmesini sağlamış olur (Oskay, 2015: 16).

### 1.1.1. İletişimin Unsurları

İletişim birkaç adımı gerektiren bir süreçtir. Bu süreç kaynağın mesajı anlaşılır biçimde kodlayarak, alıcıya göndermesi ile başlar. İletişim süreci, bir mesajı herhangi bir kanalla gönderen gönderici veya kaynak, gönderilen mesaj veya ileti ve mesajı alan hedef veya alıcı olmak üzere üç temel unsurdan oluşur. Bu unsurlardan biri eksikse iletişim gerçekleşemez. Bu unsurlar kısaca şu şekilde açıklanmıştır (Gümüşsuyu, 2008: 54):

**Kaynak:** Kaynak, bir diğer adıyla gönderici, iletişimi başlatan kişidir. İletişim sürecindeki en önemli sorumluluk bu kişiye aittir. Çünkü gönderici olmadan iletişim olamaz ve mesaj kodlaması gerçekleşmez (Tutar ve Yılmaz, 2010: 28). Kaynak, bir birey olabileceği gibi bir grup, kurum veya kuruluş da olabilmektedir (Mısırlı, 2004: 2). Gönderdiği mesajın alıcının algılamasını kolaylaştıracak şekilde kodlanması göndericinin önemini artıran en önemli unsurdur. Şayet alıcıya uygun mesaj gönderilmezse kod çözme ve algılama hatalarının oluşması söz konusu olacaktır. Geri bildirim varlığı da temelde bu etkiye bağlıdır.

**Mesaj:** İletilmek istenen iletinin, iletmek isteyen kaynak tarafından sözel, görsel, görsel-ışitsel bir şekle dönüşmüş halidir (Zıllıoğlu, 1996: 99). Kaynaktan alıcıya gönderilmek üzere kodlanmış uyarı bütünüdür (Tabak, 2006: 10). Örgütsel iletişimde mesajlar yazılı olabilmekle beraber, kişiler arası iletişimde mesajlar görsel bir takım unsurlar (giyim, makyaj, vb.), jest ve mimikler olabildiği gibi sözle ifade edilmesi de mümkün olabilmektedir.

**Alıcı:** Alıcı, yani hedef mesajı alan, mesajın taşıdığı anlamı algılayarak anlamlandırılan kişidir. Mesajı aldıktan sonra ya iletişimi sonlandırır ya da gönderilen mesaja geri dönüt yaparak yeniden gönderici durumuna geçer (Tutar ve Yılmaz, 2010: 37). Mesajın

amacına ulaşabilmesi için alıcının özellikleri dikkate alınarak kodlanması bu anlamda önemlidir.

**Kanal:** İletişim süreci içinde kanal, kaynak tarafından kodlanan iletinin fiziksel iletimiyle ilgili olan kısımdır. Kanal, kaynaktaki sinyalleri taşıyan bir araç işlevindedir. Mesajın bozulmadan iletilmesi uygun bir kanalın varlığı ile mümkündür (Gümüşsuyu ve diğerleri, 2008: 61). İletinin kaynaktan alıcıya ulaşmasını sağlayan bu kanallara “iletişim araçları” da denmektedir (Yüksel, 2009: 16).

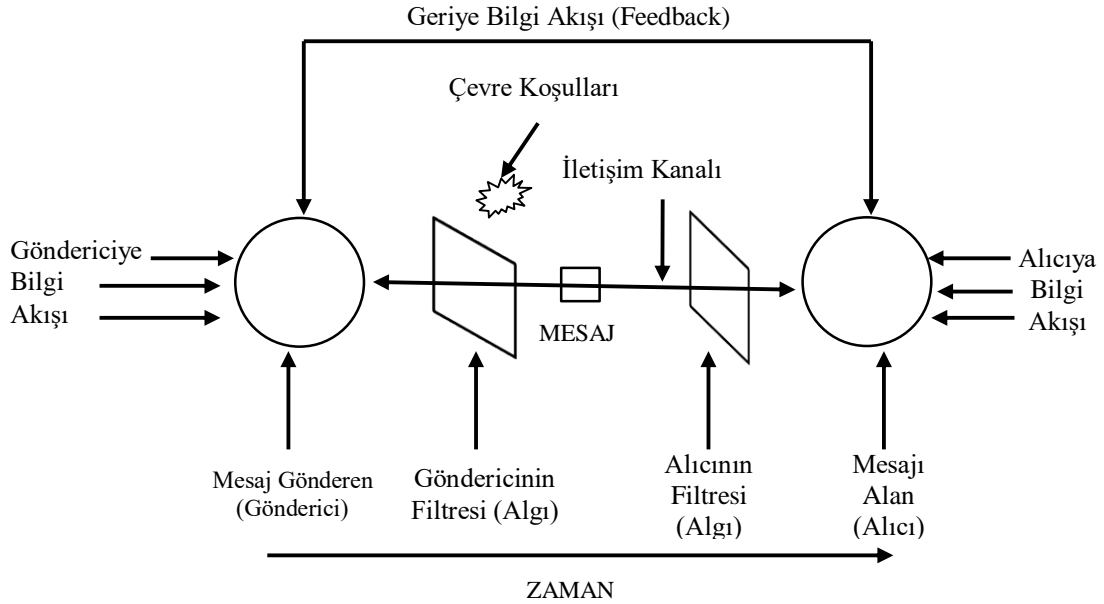
### 1.1.2. İletişim Süreci

İletişim sürecinin temel öğeleri bir önceki başlıkta da değinildiği gibi kaynak, mesaj, alıcı ve kanaldır. Bu anlamda iletişim süreci aynı zamanda iletişimin unsurlarını da kapsamaktadır. Bu sebeple bir önceki başlıkta gönderici, alıcı, kanal ve mesaj hakkında bilgi verildiğinden bu başlık altında bu kavramlar tekrardan incelenmemektir. İletişim sürecinin akış ve işleyişi Şekil 1’de görülmekle birlikte, bu başlık altında kodlama, algılama, geri bildirim ve bu akışı etkileyen gürültü terimleri kısaca açıklanmaktadır:

**Kodlama:** Bir duygu ya da düşüncenin hedefe iletilmek üzere hazır hale getirilmesine kodlama denir. Kodlama, iletişimi başlatan kişi yani kaynak tarafından gerçekleştirilir. Kod sistemlerinden en bilineni dildir (Turhan, 2014: 53). Ancak, resim, şekil, işaret, vb. şekillerle de kodlama yapmak mümkündür. Mesaj, hem kaynak, hem de alıcı yönünden aynı biçimde anlaşılabilir olmalıdır. Aksi takdirde, iletişimdeki doğruluk azalacak veya gürültü artacaktır. O halde, mesajın dili, açık, net ve anlaşılabilir olmalıdır. Aynı zamanda mesajın içeriği, hiçbir yanlış yoruma yol açmayacak sistematik şekilde aktarılması gerekmektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2008: 121). Mesaj alıcıya ait ne kadar çok duyu organına ulaşırsa anlatım o ölçüde başarılı olacaktır (Baltaş ve Baltaş, 2003: 30).

**Kod Açımı (Algılama-Değerlendirme):** Kaynak tarafından gönderilen ve duyu organları yoluyla alınan mesaj tek başına bir şey ifade etmez. Algılama “duyu verilerini örgütleyip yorumlayarak, çevremizdeki nesne ve olaylara anlam verme sürecidir” (Tutar ve Yılmaz, 2010: 40-41). Kod açımını alıcı gerçekleştirir. Kod açımı doğru bir şekilde gerçekleşirse alıcı iletilen mesajı doğru bir şekilde almış olur. Başarılı bir iletişim, alıcı tarafından mesajın alınarak kodun çözüldüğü ve ona bir anlam verildiği zaman meydana gelir. Karmaşık iletişim sistemlerinde, örneğin askeri örgütlerde, gizli kodlar kullanılır.

Ayrıca buna ilâve olarak bir kod çözücüsü de kullanılır. Bu tür karmaşık iletişimlerde özel kodlar kullanıldığı için bunları ancak mesajı alan kişi çözebilecek ve buna göre mesaja bir anlam verebilecektir. Bu tür özel kodlar mesajın gizliliğini ve güvenliğini sağlamaktadır (Eren, 2004: 359).



**Şekil 1: İletişim Süreci**

Kaynak: Koçel, 2014: 612

**Geri Bildirim:** İletişim sürecinde kaynağa yöneltilen her türlü tepki, geri dönüt ya da geri bildirim olarak adlandırılır. Alıcıya gönderilen mesajın ne derecede algılandığı bu tepkiler yoluyla anlaşılabilir. Geri bildirim, iletişim sürecinin son aşamasıdır (Mısırlı, 2004: 5). Kaynağın göndermiş olduğu sözlü ya da sözsüz iletilerin sonuçlarıyla ilgili bilgi verir. Bu özelliğinden dolayı “aydınlatıcı yankı” da denilmektedir. Geri bildirim, alıcının kendini ifade etmesini sağlar (Tabak, 2006: 26). Ayrıca bu süreçte mesajın ne kadar anlaşıldığı kontrol edilmiş olur, eğer anlama ya da algılama hataları varsa giderilmesi sağlanır. Şekil 1’de de görüldüğü gibi, iletişim süreci iki yönlüdür ve sadece kaynaktan alıcıya doğru gerçekleşmez. Aynı zamanda alıcıdan kaynağa doğru iletişim sağlanarak alıcının mesajı anlayıp anlamadığı kontrol edilebilir. Aynı zamanda ileri doğru uyarımlar yaparak alıcının iletişime hazır hale getirilmesi de bu bağlamda önem arz etmektedir.

**Gürültü:** Kaynak tarafından gönderilen iletinin tam ve doğru bir şekilde ulaşmasını etkileyen her türlü faktöre gürültü denilmektedir. Gürültü fiziksel (ısı, ışık, uzaklık, ses

vb.), nörofizyolojik (görme, işitme anlama kapasitesi vb.) ya da psikolojik(çarpıtma, silme gibi) engellerden oluşmaktadır (Turhan, 2014: 55). Bir gönderici, eğer bir şeyi kodlamak veya anlatmaktan yoksun ise gürültü yaratır. Eğer, anlam yeterli sembollerle açıklanamıyorsa, kodlama sürecinde gürültü meydana gelir. Mesaj, gereksiz tekrarlar imlâ hataları ya da başka hatalar da taşıyabilir, bunlar anlamı bozar ya da değiştirir. Ayrıca kanalda da mesajın iletilmesini engelleyen bazı aksaklıklar olabilir. Bunlara da kanal gürültüleri denir. Alıcı, mesajı yanlış çözebilir veya mesaja yanlış anlam verebilir. Bu da alıcının kişisel ve duygusal özelliklerinden ve kod bilgisinden kaynaklanan gürültülerdir (Eren, 2004: 360).

İletişim, işleyiş bakımında tek yönlü iletişim ve çift yönlü işleyiş olarak ikiye ayrılmaktadır:

**Tek yönlü iletişim:** Mesajın kaynaktan alıcıya geri bildirim olmadan tek yönlü olarak iletilmesidir. Bir kaynak birden fazla hedefe mesaj gönderebilir. Tek yönlü iletişim daha çok kurumlarda, direktif olarak üstlerden altlara ya da öneri ve şikayet olarak astlardan üstlere mesajların iletilmesi şeklinde gerçekleşir. Bu iletişim şekli daha çok bilgi akışını ifade etmektedir (Tutar ve Yılmaz, 2010: 46).

**Çift Yönlü İletişim:** Alıcının kaynağın mesajına geri bildirimde bulunduğu zaman gerçekleşir. Bir öneride bulunmak, olumlu ya da olumsuz tepki göstermek çift yönlü bir iletişim olduğunu gösterir. Çift yönlü iletişimde bir “süreç” söz konusudur. Alıcı ve gönderici arasında herhangi bir geri bildirim yoksa süreçten söz edilemez. Bu iletişim şeklinde mesaj alıcıya ulaştığı anda alıcı bir geri bildirimde bulunmuşsa bu sefer kendisi kaynak durumuna geçer ve roller değişir (Mısırlı, 2004: 12-13).

### **1.1.3. Sağlık İletişimi**

Sağlık iletişimi çok yönlü ve çok disiplinli bir araştırma, teori ve pratik alanıdır. Bireyler, toplumlar, sağlık profesyonelleri, hastalar, politika yapıcılar, örgütler, özel gruplar ve kamuoyunu etkilemek, güçlendirmek ve desteklemek amacıyla sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntemleri değiştirmek için farklı nüfus ve gruplara ulaşmakla ilgilidir (Schiavo, 2014: 9). Sağlık iletişiminin ilgi alanı, kişilerin sağlığından ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesinden, ulusal ve evrensel sağlık programlarının hazırlanmasına, sağlık politikalarının organize edilmesine kadar bir hayli geniştir. Kitle iletişimi düzeyinde bir

yaklaşım olarak görüldüğü gibi kişiler arası iletişim düzeyinde de görülen sağlık iletişimi, sağlık hizmetlerinin tanınmasını, sağlıkla ilgili doğru bilgilerin yayılmasını, sağlık davranışlarının geliştirilmesi, sağlıkla ilgili tutumların değiştirilmesi gibi amaçları içinde bulundurmaktadır (Çınarlı, 2008: 45).

Sağlık iletişimi, halk sağlığı alanında ve pek çok kuruluş için giderek önem kazanan ve hızla gelişen bir alandır. 1970’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde başlayan gelişme, Avrupa’ya da yayılarak devam etmiştir. Türkiye’de ise yeni bir çalışma alanı olarak gelişmeye ve yeniden tanımlanarak sınırlandırılmaya çalışılmaktadır. Bu sebeple de, pek çok sağlık iletişimi tanımı yapılmaktadır (Sezgin, 2011: 90). Sağlık iletişimi ile ilgili tanımlamalardan bazıları aşağıdaki şekildedir:

Sağlık iletişimi, bireyleri, toplulukları, sağlık uzmanlarını, hastaları, politika oluşturanları, organizasyonları, özellikli grupları ve toplumu etkilemek, güçlendirmek ve desteklemek için sağlıkla ilgili bilgi, fikir ve yöntem alışverişinde bulunarak bireysel, toplumsal ve halk sağlığı çıktılarını iyileştirecek sağlık veya sosyal davranışı, uygulama veya politikayı savunarak, tanıtan, uygulayan veya sürdüren, farklı nüfusa ve gruplara ulaşmaya yönelik çok yönlü ve multidisipliner bir araştırma, teori ve uygulama alanıdır (Schiavo, 2014: 9). Healthy People 2010 Kılavuzu’na göre, sağlık iletişimi, sağlığı geliştiren bireysel ve toplumsal kararlar konusunda bilgilendirmek ve bu kararları etkilemek için iletişim stratejilerinin kullanılmasını ve bu konudaki çalışmalarını kapsar ve iletişim ve sağlık alanlarını birbirine bağlar (Thomas, 2006: 1).

Okay (2014: 11) ise sağlık iletişimini, *“Sağlık konusuyla ilgili kişi ve grupların, ilgili hedef gruplarına yönelik gerçekleştirmiş olduğu iletişim şeklidir.”* biçiminde tanımlamıştır. Sezgin (2011: 95)’e göre sağlık iletişimi, *“Sağlık ve sağlığı ilgilendiren konularda bireylerin, kurumların, toplumların bilinçlendirilmesi; farkındalık yaratılması; bilgi ihtiyacının giderilmesi; doğru bilgilerin verilmesi; sağlık bilincinin oluşturulması; sağlık okuryazarlığının oluşturulması/yükseltilmesi; hasta ya da birey olarak sağlık hakkının tanınması ve bu konuda bilinç oluşturulması ve sağlıklı çevrede yaşama hakkının korunması için iletişim strateji ve yöntemlerinin kullanılması”* olarak ifade edilmiştir.

Tabak (2006: 29), sağlık iletişimini ‘‘Bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere, iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır’’ şeklinde tanımlamıştır.

Sağlık iletişimi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi konularına her açıdan katkı sağlamakla birlikte şu bağlamalarda da ele alınmaktadır (Çınarlı, 2008: 43):

- Sağlık alışanı-hasta ilişkileri ve sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki ilişki,
- Kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri araması ve kullanması,
- Kişilerin verilen tavsiyelere uymaları,
- Kamu sağlığı mesajlarının oluşturulması,
- Bireyi ve toplumu ilgilendiren sağlık riskleri ile ilgili bilgilerin yayılması (risk iletişimi),
- Kitle iletişiminde sağlık mesajları,
- Sağlık hizmeti kullanıcılarının ve sağlık çalışanının kamu sağlığı ve sağlığın korunması sistemlerine nasıl ulaşacağının eğitimi,
- İletişim teknolojilerinin gelişmesi ile gelişmiş ülkelerde sağlık iletişimi alanındaki gelişmiş uygulamaların kullanılması (sağlık enformasyon sistemleri).

Thomas (2006: 3)’a göre sağlık iletişimi çeşitli düzeylerde gerçekleşebilir. Bu düzeyler aşağıda sıralanmaktadır:

***Bireysel düzey***, sağlık statüsü bireysel davranışlardan etkilendiğinden, sağlıkla ilgili değişimin en temel hedefi bireydir. İletişim, bireyin farkındalığını, bilgisini, tutumlarını, öz yeterliliğini ve davranış değişikliği becerilerini etkileyebilir. Diğer tüm seviyelerdeki aktiviteler nihayetinde bireysel değişimi etkilemeyi ve desteklemeyi amaçlamaktadır.

***Sosyal evre düzeyi***, bir bireyin ilişkileri ve ait olduğu sosyal evre, sağlığı üzerinde önemli etkiye sahip olabilmektedir. Sağlık iletişimi ile ilgili düzenlenen çalışmalar, grubun edindiği bilgileri şekillendirmeye ve iletişim kalıplarını veya içeriği değiştirmeye çalışabilirler. Bir grup içindeki kanaat önderleri genellikle sağlık programları için bir giriş noktasıdır.

***Örgütsel düzeyi***, dernekler, kulüpler ve sivil gruplar gibi belirli bir yapıya sahip resmi grupları ve okullar, birinci basamak sağlık kurumları gibi çalışma ortamlarını ifade eden

organizasyonlar, üyelerine çeşitli sağlık mesajlarını iletebilirler, bireysel çabalar için destek sağlayabilirler ve bireysel değişikliği mümkün kılacak politikalara yönelik değişiklikler oluşturabilirler.

**Topluluk düzeyi**, toplulukların ortak refahı, sağlıklı yaşam biçimini destekleyen yapılar ve politikalar oluşturarak ve sosyal ve fiziksel ortamlarda tehlikeleri azaltarak veya ortadan kaldırarak teşvik edilebilir. Topluluk seviyesindeki girişimler sağlığı etkileyebilecek kurum ve kuruluşlar tarafından planlanır ve yönetilir. Bunlar okullar, işyeri hizmetleri, sağlık hizmetleri veren kurumlar, toplum grupları ve devlet kurumları.

**Toplum düzeyi**, toplumun bir bütün olarak, normlar ve değerler, tutumlar ve görüşler, yasalar ve politikalar ve fiziksel, ekonomik, kültürel çevre ve bilgi ortamı da dahil olmak üzere bireysel davranış üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır.

Kreps (2003) ise bu düzeyleri kişinin kendi zihninde oluşan sorgu, kişilerarası, grup ve kurumsal sağlık iletişimi şeklinde sınıflandırmaktadır. Kişinin kendi zihninde oluşan sorgu, ruhsal ve psikolojik süreçlerin sağlık hizmetlerine etki eden yönünü psikolojik bakış açısıyla ele alır. Kişilerarası düzeyde, sağlık hizmetlerindeki ilişkiye dayalı iletişimin sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini açıklar. Grup düzeyinde, sağlık hizmeti gruplarının, destek gruplarının, etik komiteler ve aileler içinde yer alan bireylerin rol iletişim performansını inceler. Kurumsal düzey ise birbiriyle ilişkili grupların koordinasyon amacıyla iletişimi kullanma durumlarını açıklar (Akt. Okay, 2014: 12-13).

Görüldüğü gibi sağlık iletişimi çok geniş boyutta ele alınan bir kavramdır. Bu çalışmada sağlık iletişimi kişilerarası düzeyde ele alınacaktır. Sağlık iletişimi, bireysel düzeyde, hem bireyler arasındaki psikolojik faktörler hem de bireyler ve küçük gruplar arasındaki etkileşim ve bunların sağlığı nasıl etkiledikleri üzerine odaklanan çeşitli iletişim boyutlarını incelemektedir (Donsbach, 2008: 2076).

Günümüzde toplumun bilinçli hale gelmesi, kişilerin eğitim düzeyinin yükselmesi, rekabetin artması ile sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimin önemini artmıştır. Etkili iletişimin, etkili sağlık bakımının merkezinde yer aldığı genel olarak kabul edilmektedir. İletişim artık ekstra bir durum olarak görülmemekte aksine birçok kişi tarafından hasta bakım merkezinin esası olarak önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Aynı zamanda, sağlık hizmeti sunumunda iletişimin önemi, sağlık çalışanı-hasta iletişimine odaklanan

sağlık iletişimi için de temel oluşturur. (Berry, 2007: 3; Adıgüzel, 2005: 2; Donsbach, 2008: 2074).

Belki de hiçbir meslek, kişilerarası iletişimin sağlık hizmetlerinde kullanılmasına bu boyutta bağlı değildir. En temel düzeyde, neredeyse tüm sağlık iletişimi kişilerarasıdır. Kişilerarası iletişim, birbirlerini tanıyan ve ortak hedefleri paylaşan iki kişi arasındaki etkileşimi ifade eder. Sağlık çalışanları ve hastalar, etkili tanı, tedavi ve sağlık sonuçlarına ulaşmak için sürekli bilgi paylaşımında bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının kişilerarası iletişimi anlamaları, hastalar ve ekip arkadaşları ile iletişim kurmaları açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının çoğu, hastalarını (kişisel bilgilerine ve zaman içindeki tekrarlanan etkileşimlerine dayanarak) tanır ve olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmak için onlarla aynı hedefleri paylaşırlar. Bu nedenle, sağlık çalışanları ve hastalar ortak hedefleri paylaşan kişilerarası iletişimcilerdir (Pagano, 2016: 30-31; Pagano, 2014: 1-2).

Aşağıda sağlık çalışanı-hasta iletişimi kapsamında hasta-hekim, hasta-hemşire ve hasta ve diğer sağlık çalışanları iletişimi ele alınacaktır.

#### **1.1.2.1. Hekim ve Hasta İletişimi**

Etkili doktor-hasta iletişimi, tıbbın kalbi ve sanatı olan doktor-hasta ilişkisini kurmada merkezi bir klinik işlevdir (Ha ve Longnecker, 2010: 38). Tıp uygulamalarının başarısını da önemli derecede etkilemektedir. Hekim-hasta arasında kurulan sağlıklı bir ilişki, hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılan mühim bir araçtır. Bilim ve teknoloji çok ilerlemiş olmasına ve çokça kullanılmasına rağmen iletişim, klinik işlemlerin temelinde yer almaktadır. Sadece, hasta ile yapılan görüşme ile bile hastalıklara yüksek oranda tanının koyulabildiği çalışmalarla kanıtlanmıştır (Ülgen, 2014: 134). Klinik iletişimin kalitesi, sağlık konusunda olumlu sonuçlar sağlamakla doğrudan doğruya bağlantılı bulunmuştur (Baltaş, 2004: 127). Hasta-hekim ilişkilerinde iletişim ve memnuniyet düzeyinin tedaviyi doğrudan etkileyen bir faktör olduğuna dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Hekimin reçete ettiği ilacı almak, önerdiği diyeti uygulamak, davranış değişikliğinde bulunmak gibi durumların hekimle kurulan ilişkiye bağlı olduğu görülmektedir (Baltaş, 2004: 120).



Hekim, hastası ile önyargıdan uzak, yalnızca hastanın bakış açısıyla duygu ve düşüncelerini anlayabilmeyi başarır, hastasının problemlerine çözüm bulabilir ve hastanın kendi tedavisinde söz sahibi olmasını sağlayabilir. Hekim, hastasıyla empati kurduğunda, onun davranışlarının sebeplerini fark edebilir ve bu davranışları olumlu şekilde yönlendirebilir. Kişinin, bu şekilde anlaşıldığını hissetmesi, güven duymasını sağlar ve iletişimde güven duygusunun varlığı sağlık hizmetinin sunumunu kolaylaştırdığı söylenebilir. İyi iletişim ne söylenildiğinden çok, nasıl söylenildiği ile ilgilidir. Uygun sözcüklerin seçimi, uygun ortam ve zaman, uygun beden dili kullanımı iletişimin etkili biçimde kurulmasını sağlar (Atıcı, 2003: 78).

Doktorlar ve hastalar arasındaki iletişimin neden bu kadar güçlü bir olgu olduğunu daha iyi anlamak için aşağıdakilere bakmak önemlidir (Ong ve diğerleri, 1995: 903).

- Tıbbi iletişimin farklı amaçları,
- Doktor-hasta iletişimi analizi,
- Konsültasyon sırasında sergilenen spesifik iletişim davranışları,
- İletişimsel davranışların bazı hasta sonuçları üzerindeki etkisi.

Hiç şüphesiz bir sağlık çalışanı olan doktorlarda hastalarla iyi ilişkiler kurup bunu devam ettirmek ister. Ancak diğer birçok meslekte olduğu gibi sağlık çalışanlarına da karşılıklı iyi ilişkiler kurmaya yardımcı olacak iletişim becerileri ile ilgili çok az eğitim verilmektedir. Son yıllarda bu konuda gelişmeler olmuşsa da bu önemli konuya 1950'lerden önce rastlanılmamaktadır (Gordon ve Edwards, 2001: 4).

Niteliği tartışmalı bir konu olsa da artık tüm tıp fakültelerinde doktor-hasta görüşmesinin nasıl olacağı ve iletişim becerileri ile ilgili konular ders olarak verilmektedir. Doktor-hasta arasındaki iletişimsizliğin, hastada verilen öneri ve tedavilerde uyumsuzluğa yol açtığı ve bunun sebebinin şu iletişim yetersizliklerinden kaynaklandığı söylenmektedir (Gordon ve Edwards, 2001: 14-16):

1. Doktora hastadan az bilgi gelmesi,
2. Doktorun söylediklerini hastanın iyi anlayamaması,
3. Hastanın verilen bilgiyi iyi hatırlayamamasıdır.

Doktor-hasta arasındaki ilişki geçmişten günümüze değişmiş ve gelişmiştir. Geçmişte doktor-hasta arasında hastanın, tamamen edilgin durumda olduğu etkinlik-edilgenlik

modelinde bir ilişki söz konusu iken zamanla hastanın da etkin rol aldığı bir şekle dönüşmüştür. Karşılıklı katılım ilişkisine dayalı doktor-hasta ilişkisi, 19. yüzyılın sonlarında psikiyatrinin bir bilim dalı olarak gelişmeye başlamıştır. Szasz ve Hollender tarafından tanımlanan “Etkinlik-edilgenlik” modeli ile başlayan bu ilişki sonrasında “yol gösterme-işbirliği yapma” şekline dönüşmüş ve daha da gelişerek “paylaşımçı doktor-hasta ilişkisi” halini almıştır (Atıcı, 2007: 46).

Roter ve Hall (2006: 26) doktor-hasta ilişkisinde kontrol ve iletişim kalıplarını değerlendirirken dört temel formu tanımlamıştır:

1. Paternalistik (Babacan) Modeli,
2. Tüketici Modeli,
3. Katılım Modeli,
4. İhmal (default) Modeli.

1. Paternalistik Model: Bir babanın çocuğuna gösterebileceği davranış tarzına benzetildiği için bu modele paternalistik (babacan) model ismi verilmiştir. Bu anlayışa göre doktor ıstırap içinde, yardım bekleyen hastasını sahiplenecektir. Hasta için en yararlı uygulamayı o belirleyecek, profesyonel kimliği ile hastasına yol gösterecektir (Uludağ, 2011: 48).

Paternalistik modelde hasta, kötü giden sağlığından sorumlu tutulmaz ve günlük sorumluluklardan muaf tutulur. Bununla birlikte, bu ayrıcalıklardan yararlanabilmek için hasta teknik olarak yetkin yardım almalı ve tıbbi tavsiyeye uymalıdır. Hastanın rolü bu nedenle pasif ve bağımlıdır. Buna karşılık, doktorun rolü profesyonel olarak baskın ve özerk olarak tanımlanmaktadır. Doktor, hastanın hastalığını meşrulaştırır ve tedavi sürecini belirler. Bunu yaparken, hekim etik açısından yalnızca kendi uzmanlık alanı içerisinde hareket etmek ve hastaya olan mesafeyi korumak ve hastanın yararına hareket etmek zorundadır (Roter ve Hall, 2006: 28).

Bu modelde, hastaların sağlık ve iyilik hallerinde en iyi gelişimi sağlayacak girişimlerin uygulanması istenir. Bu düşünceyle doktorlar tarafından, hastaların tıbbi durumunu, hastalık evrelerini belirlemek ve yapılacak tıbbi testleri tespit etmek için tıbbi beceriler kullanılır, hastaların rahatsızlıklarını ve ağrılarını gidermek için en iyi tedavi uygulanır. Ayrıca hasta için en iyi girişimi hastanın kabul etmesi için hastayı teşvik edecek uygun bilgiler hastaya sunulur. Bu modelde neyin en iyi olduğunu belirlemek için bazı objektif

kriterlerin olduğu varsayılır. Dolayısıyla doktor, hastanın da sınırlı katılımıyla hasta çıkarına en uygun uygulamayı ayırt eder. Sonuç olarak hasta o dönemde verilen kararlara katılmasa bile doktoru tarafından verilen çıkarına olan kararlar için müteşekkir olacağı varsayılır. Hastanın seçimi ve sağlığı, özerkliği ve iyiliği arasındaki bu gerilimde paternalistik hekimin tercihi ikincisinden yanadır (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2221).

2. Tüketici Modeli: Hasta, tıbbi etkileşim üzerinde doktordan daha fazla kontrole sahipse (örneğin, hasta muayenelerin hedeflerini belirlese ve tedavisi ile ilgili kararlar alırsa), doktor-hasta ilişkisi tüketici olarak nitelendirilebilir. Böyle bir ilişkide, hekimin temel olarak bir müşteriye hizmet sağladığı görülmektedir (Mast ve Cousin, 2013: 43-44).

3. Katılım Modeli: Paternalistik model “hekim merkezli” anlayışı, hastanın bakış açısını dışlaması nedeniyle eleştirilebildiği gibi, tüketici model, hekimin rolünü teknik danışman rolüyle sınırlandırarak sadece “hasta merkezli” olması nedeniyle dar bir anlayış olarak nitelendirilebilmektedir ve bunun hekimin perspektifinin bakım sürecine dahil edilmesinden elde edilebilecek faydayı sınırlandırdığı düşünülmektedir. En iyi doktor-hasta ilişkisi modelinin, her ikisinin de katkılarını kucaklayan bir model olabileceği ileri sürülebilir. Katılım modelinde, katılımcıların her biri ilişkiye güçlü yönler ve kaynaklar getirmekte, aynı zamanda anlaşmazlıklar yoluyla karşılıklı saygıyla çalışma taahhüdünü de kabul etmektedir (Roter ve Hall, 2006: 34- 35).

4. İhmal (default) Modeli: Hem doktor hem de hasta karşılıklı etkileşimde (örneğin, hedefler her ikisine de net olmadığı zaman, hastalar ve hekimler kararları müzakere edemediğinde veya doktorun rolü belirsizken) düşük kontrol seviyelerine sahip olduğunda, ihmal terimi doktor-hasta ilişkisinin niteliğini karakterize eder. Kötü ilerleyen bir ilişki, herhangi bir çözüm olmadan sona erebilir. Bu durumda, hastanın, doktorların tepkisizliği nedeniyle bakımdan tamamen vazgeçmesi mümkündür. Hekim bu hastanın kaybedilme nedenlerinin farkında olmayabilir (Martin ve DiMatteo, 2013: 44; Roter ve McNeilis, 2003: 123-124).

Hasta-hekim ilişkisinde her modelin uygulanma durumu hastanın kişilik özelliklerine, eğitim düzeyine, anlama kapasitesine ve hastalığın akut ya da kronik olup olmadığına, hastanın hayatını etkileme düzeyine göre değişebilmektedir. Hastayla kurulacak ilişkinin türü saptanırken hastanın yararı gözetilerek hareket edilmelidir. Bu ise tıp eğitiminde

iletişim becerilerinin önemsenmesine, öğrencinin hastayla iletişime geçerek ve hastaya “dokunarak” eğitim almasının sağlanmasına bağlıdır (Atıcı, 2007: 49- 50).

### **1.1.2.2. Hemşire ve Hasta İletişimi**

Hemşirelik, “her yaş ve sosyo-ekonomik durumdaki bireye, günlük yaşam aktivitelerinde temel ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlıkları ile ilgili sorunlarla baş edebilmelerine yardımcı olmak üzere yapılan faaliyetler, gösterilen tepkiler, iletişim ve ilişkiler süreci” olarak tanımlanmıştır (Velioğlu ve diğerleri, 1991: 4).

Peplau (1952), “Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler” adlı kitabında hemşireliği şu şekilde tanımlamaktadır: “Hemşirelik, her şeyden önce bir süreçtir. Hemşireliğin sürekli ve amaca yönelmiş yapısı, birey ve bireye bakan arasında belli ve belirli adımlar, faaliyetler, uygulama ve eylemler gerektirir. Hemşireliğin gerektiği ve kullanıldığı durumlara bakacak olursak kolayca görürüz ki bu süreç kişilerarası ve çoğu zaman terapötik bir süreçtir”.

Sağlık hizmeti sunulan kurumlarda hasta bireyin ya da hasta bireyin yakınlarının en çok etkileşime geçtiği meslek grubu büyük oranda hemşirelerdir. Hemşire-hasta ilişkisi, biri profesyonel yardıma ihtiyacı olan kişi (hasta), diğeri bu ihtiyacı giderebilecek donanıma sahip kişi (hemşire) arasındaki etkileşim sürecidir (Özcan, 1996: 3). Bu kapsamda, hemşire-hasta iletişimi hasta tatminini ve hasta memnuniyetini etkileyen en önemli değişkenlerden biridir. Hemşirenin hasta ile kurduğu ilişkiler gelişigüzel, rastgele gelişen bir ilişki türü değildir. Bu tür ilişkiler, amaçlı ilişkilerdir ve buradaki amaç hastaya yardım etmektir (Özcan, 1996: 2).

Travelbee’ye (1971) göre, hemşire-hasta ilişkisinde iletişimin kullanılmasının üç aşaması vardır. Bunlar (Özcan, 1996: 35-37):

- 1) Hasta bireyi tanımak ve anlamak: Hemşirenin etkileşim içinde olduğu her bir birey kendine has yönleri olan, bir benzeri daha olmayan, eşsiz bir bireydir. Her bir bireyin de kendisine uygulanan tedaviyi, tedavi aldığı kurumu, hastalığını algılayışı farklıdır ve bunlara vereceği tepkiler de değişmektedir. Bireyi tanımak doğrudan ve dolaylı olarak gerçekleşmektedir. Dolaylı olarak, dosyalardan, hekimden, diğer hemşirelerin gözlemlerinden ve bireyin yakınlarından sağlanır. Doğrudan bilgi ise, birey ile birebir iletişim kurularak sağlanır. Hasta bireyi

tanımının en önemli sebebi, ihtiyaçların tespit edilmesini sağlamak ve giderilmesine yardımcı olmaktır.

- 2) Hasta bireyin bakım gereksinmelerini belirlemek: Hemşire, algıları açık olarak elde ettiği tüm bilgileri hastayı anlamada ve hastanın içinde bulunduğu durumu değerlendirmede kullanabilir.
- 3) Hemşirelik bakımının amacına ulaşmak: Hemşirenin mesleki sorumluluğu, bireyin tanınması, ihtiyaçların belirlenmesi, ihtiyaçların giderilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması, eylemlerin uygulanması ve sonrasında ihtiyaçların giderilip giderilmediğinin değerlendirilmesidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, hemşirenin temel görevi hasta ya da sağlıklı bireye yardım etmektir. Bu yardım, kişiye sağlıklı olarak hayatını sürdürmek ya da sağlığını kaybetmiş bireylere tekrar sağlığına kavuşması için gerekli olan etkinlikleri yapmak şeklinde gerçekleşmektedir (Tatarlı, 2007: 55). Dolayısıyla hemşirenin temel işlevinin “hasta veya sağlıklı bireyin kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerini tanımak ve karşılanmasına yardımcı olmaktır”. Hemşire, hasta ile kurduğu iletişimle hastanın kendini iyi hissetmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Hemşire, bu süreçte kişinin kendini “değerli bir kişi” olarak algılamasına ve kendini güvende hissetmesine yardımcı olmaktadır. Hasta bireye bunları hissettirecek olan şey ise, hemşirenin iletişim konusundaki bilgisi ve becerileridir (Özcan, 1996: 35).

Hemşirelik mesleğinde iletişim, bozulan sistemde dengenin tekrar sağlanması için tüm süreçlerin kullanılmasının esasıdır. Hemşireler iletişim yoluyla yardım ilişkisi kurarken problemi tanıma, stresle baş etme ve problem çözme tekniklerini kullanırlar. Bu teknikleri kullanabilmeleri için de hemşirelerin, iletişim becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir (Terakye, 1994: 36).

**Tablo 1**

**İletişim Sürecinin Aşamalarında Hemşirenin Sorumlulukları**

Etkileşim öncesi hemşirenin sorumlulukları	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemşirenin kendi korkularını, fantezilerini vb. duygularını netleştirerek, mesleki gücünü ve sınırlarını analiz ederek kendini tanıması</li><li>• Hasta ya da hizmeti alacak bireyle ilgili verileri bir araya getirme, ihtiyaç duyulan verileri belirleme</li><li>• Hasta ile ilk görüşme için plan yapma</li></ul>
Tanışma	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın yardım arama nedenini belirleme</li><li>• Güvenilir - Kabullenici - Açık iletişim kurma</li><li>• İlişkiyi karşılıklı düzenleme</li><li>• Hastanın duygu - düşünce - eylemlerini açıklığa kavuşturma</li><li>• Hastanın sorunlarını belirleme</li><li>• Hasta ile birlikte çalışmanın amacını saptama</li></ul>
Hasta ile çalışma	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastada gerginlik yaratan durumları netleştirme</li><li>• Hastanın iç görü geliştirmesini, yapıcı savunma mekanizmaları kullanmasını kolaylaştırma/ artırma</li><li>• Değişme/düzelme direnç davranışı ile baş etme</li></ul>
İletişimi sonlama	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bakım sürecini ve amaçlara ulaşmayı değerlendirme</li><li>• İletişimin sonlanmasında hissedilebilen, kayıp, öfke, keder, reddedilme gibi duygu ve duygularla ortaya çıkan davranışları karşılıklı olarak ortaya koyma</li></ul>

**Kaynak:** Terakye, 1994:35

**1.1.2.3. Hasta ve Diğer Sağlık Çalışanı İletişimi**

İletişim, her ne kadar hekimler ve hastalar arasında, hizmet sunumu sırasında gerçekleşen etkileşime odaklanmış olsa da, çalışma alanının hekimlerin ve hastaların ötesinde, hasta ile ilgilenen diğer sağlık çalışanları bağlamında kapsamının genişlemesi gerektiği kabul edilmektedir. Örneğin, hastaların sadece hekimlerle değil, hemşireler, eczacılar ve diğer klinik personel de dâhil olmak üzere diğer sağlık çalışanlarıyla da etkileşime girdiği bilinmektedir (Donsbach, 2008: 2077).

Hastalar ve sağlık hizmeti sunanlar etkili bir şekilde iletişim kurduklarında, hastanın sağlığını iyileştirmek için gerekli temel bilgiler bir şekilde değiş tokuş edilir ve olumlu bir terapötik ilişki oluşur. Hasta-sağlık çalışanı iletişimi, hastalar ile sağlık hizmeti sunulan resmi ortamlarındaki profesyoneller ve ailedeki bakıcılar arasındaki etkileşim, sağlık hizmetlerinin sonuçları üzerinde önemli etkilere sahiptir (Loue ve Sajatovic, 2008: 631; Donsbach, 2008: 3526).

Hastalar ve sağlık çalışanlarının ortak hedefi, hastanın sağlığıdır. Bu hedef genellikle hasta ve sağlık çalışanlarının etkili bir şekilde iletişim kurabilmesini gerektirir. Genellikle tıbbi müdahaleler sırasında etkileşim düzeyi yüksektir, stresli bir ortam mevcuttur ve zaman kısıtlı olabilmektedir. Bu nedenle, başarılı iletişim, her karşılaşmanın kritik bir bileşeni olsa da, sayısız sebepten dolayı elde edilmesi zor bir hedefdir. Örneğin, hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki etkileşim genellikle birbirlerine aşına olmayan, çok farklı görüşlere sahip ve hatta farklı dilleri konuşan bireyleri arasında meydana gelebilmektedir. Hastalar (veya sağlık çalışanı) söyleneni duymak, konuşmak, anlamak veya hatırlamakta zorlanabilir. Aile yelerinin mevcudiyeti, hasta-sağlık çalışanı iletişimini etkileyebilir, daha kolay ya da bazı durumlarda daha zor hale getirebilir. Ayrıca sosyoekonomik konular, eğitim altyapısı, kültür, din, ırk, etnik köken, cinsiyet, yaş ve diğer kişisel özellikler veya inançlar dahil olmak üzere pek çok önemli konu çok nadiren kabul edilmekte veya anlaşılmaktadır (Blackstone, 2015: 11).

1960'ların ortalarından beri, hasta-sağlık çalışanı iletişimi ile ilgili yayınlanan çalışmalar katlanarak artmıştır (Anderson ve Sharpe, 1991: 99). Bakker ve arkadaşlarının (2000) meme kanseri olan kadınların kemoterapi tedavisi sırasında hasta-sağlık çalışanı iletişimlerine bakış açılarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların çoğunluğu sağlık çalışanlarıyla olan etkileşimlerini tatmin edici olarak tanımlamıştır. Wiering ve arkadaşları (2018) kronik ağrıdan şikyetci hastalarda, hasta ve sağlık çalışanı iletişiminin hasta beklentilerini etkileyip etkilemediğini ve hangi iletişim unsurlarının en önemli olduğunu araştırmayı amaçlamışlar ve sonuç olarak iletişimin çeşitli yönlerinin hasta beklentileriyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Braaf ve arkadaşları (2018) tarafından önemli travma yaşamış hastalarda bilgi ve iletişim ihtiyaını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, sağlık profesyonelleri tarafından aktif tartışma, net bir dil, dinleme ve empatik bir şekilde ortaya konan olumlu niteliklerin etkili iletişimi kolaylaştırdığı saptanmıştır.

#### **1.1.4. Sağlık Hizmetlerinde İletişimi Etkileyen Faktörler**

##### **1.1.4.1. Kaynak ve Alıcıdan Kaynaklanan Engeller**

Sağlık alışanı hizmet verirken iletişimde bulunduğu kişinin kişiliği, evre koşulları, eğitim durumu gibi konularda iyi bir gözlemci olup, iletişim kurarken de bu faktörleri göz önüne alması etkin bir iletişim kurması bakımından önemlidir (Adıgüzel, 2005: 59).

İletişimi engelleyen kişisel davranış değişiklikleri, kaynağın gönderdiği mesaja ön yargılı yaklaşım ve karşı tarafa duyulan güvensizlik şeklinde ortaya çıkabilmekte, mesajın amacına ulaşmasını engelleyebilmektedir. Alıcı ve kaynağın birbirine yabancı olması, mesajın içeriğinin istenilen şekilde değiştirilmesi, alıcının gelen mesajı istediği şekilde algılaması, kaynağı dinlerken gösterilen dikkat eksikliği gibi faktörler de iletişimi aksatan kişisel etmenlerdir (Gündüz Hoşgör, 2014: 29).

Gordon ve Edwards (2001: 110-126), kaynak ve alıcıdan kaynaklanan 12 iletişim engeli tanımlamıştır:

1. Emir vermek, yönlendirmek: Kaynağın gücünden kaynaklanan iletişim şekli empati kurmayı engellemektedir. Kişi emir verir şekilde iletişim kurmaktadır. Bu şekilde gerçekleşen iletişim karşıdaki kişinin kendini çocuk gibi hissetmesine yol açmaktadır. Hasta birey bu davranış şeklini hoş karşılamamaktadır.
2. Uyararak, gözdağı vermek: Bu tür davranış şekli bireyin içinde bulunduğu kötü durumun anlaşılmadığı ve kabullenilmediğini göstermektedir.
3. Ahlak dersi vermek: Hastalara ne yapmaları, nasıl hissetmeleri gerektiği konusundaki söylemlerin pek faydası olmamaktadır. Bu tür söylemler bir otorite baskısı olarak algılanmaktadır. Hasta kendi değer yargılarına güvenilmediğini ve başkalarının doğru kabul ettiğini kabul etmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu tür ahlak dersi veren söylemler kabul ve anlayış içermez, eleştiri içerikli ifadelerdir. Hasta kendini ahlak dersi veren kişi kadar akıllı olmadığını hissetmekte ve sağlıklı bir iletişim kurulamamaktadır.
4. Ad takmak, alay etmek: Bu tür bir davranış, hastanın kendini aptal, aşağılanmış, kusurlu hissetmesine neden olmaktadır. Benlik imajı üzerine zararlı etkileri vardır, hastayı savunmaya geçirir, kızdırır ve şiddetle karşı koymaya yol açar.
5. Yargılamak, suçlamak: Başkalarının sorunlarını duymak bizi genellikle onları olumsuz değerlendirmeye ve yargılamaya itmektir. Eleştiri ve olumsuz değerlendirmeler bireylerin benlik kavramlarını şekillendirmelerini etkilemektedir. Siz birini yargılamakta, karşı tarafta aynı anda kendini yargılamaktadır. Bu tür eleştiri ve olumsuz değerlendirmeler, hastanın hissettiklerini kendine saklamasına yol açmaktadır. Hastalar sorunları ifade



etmenin ve dertleri paylaşmanın güvenilir bir durum olmadığı sonucuna varmaktadır.

6. Öğretmek, aynı düşüncede olmamak: Öğretme, hastayı bilgi, gerçekler, mantık ve kişinin kendi görüşleri ile etkileme uğraşdır. Bu şekilde gerçekleşen “öğretme” hastalarda yetersizlik ve aşağılanma duygularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kendi gerçeklerinizi hastaya kabul ettirmeye çalışmanız hasta ile sıcak ilişkiler kurmanızı ve onların size açılmasını engellemektedir.
7. Övmek, desteklemek, aynı düşüncede olmak: Karşımızdakinin düşüncesini paylaşmanın, olumlu değerlendirmeler yapmanın kişiye kendini iyi hissettireceğini düşünürüz. Ancak bunlar sorunu olan bireyler üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Kendini güçsüz hisseden kanserli bir hastaya güçlü görüldüğünü söylenirse, hasta karşısındaki kişiyi ikiyüzlü olarak görmektedir. Aynı zamanda övgü, çok sık yapılıyorsa, yapılmadığı zaman kişi bunu eleştiri olarak algılanmaktadır. İnsanların çok fazla övülmesi, övgü yapan kişiye bağımlı olmasına ve onun onayı olmadan bir şey yapmama durumuna yol açmaktadır. İnsanların aynı düşünceyi paylaşması da iletişimi sürdürmeyi engelleyen bir durumdur.
8. Analiz etmek, yorumlamak: Analiz içeren mesajlar, hastaların yaptıklarının nedenlerinin bilindiğini ilettiği için hastalara çok tehdit edici gelmektedir. Yapılan analiz ara sıra da olsa doğru çıkarsa hasta “sergilenmek” ten utanabilir. Yanlış çıkarsa da kırılabilir ve kızabilir. Amatör bir psikanalist rol, karşınızdaki kişiden üstün olduğunuz algısı yaratabilmektedir. Bu tür bir ilişki iletişimin sürdürülmesini engellemektedir.
9. Güven vermek, duyguları paylaşmak: Güven vermek ve duyguların paylaşılması hasta ile ilişkilerde çok sık rastlanılmaktadır. Hastalara kederli oldukları, acı çektikleri ve cesaretlerinin kırıldıkları zamanlarda güven verilmesi kendilerinin anlaşılmadığı algısına yol açmaktadır. Bu tür zamanlardaki bu söylemler insanların olumsuz duygularının işitilmek istenilmemesinden kaynaklanmaktadır. Bu tür duygular kişilere acı verdiği için rahatsız etmektedir. Güven vermek, teselli etmek hastanın dertlerinin, olumsuz durumunun kendisi tarafından abartıldığını ima edebilir. “İyileşeceksin. Çok iyi idare ediyorsun. Bunu da atlatacağım” gibi

ifadeler kendisinin anlaşılmadığı, gerçeklerin bilinmediği, sorunun küçümsendiğini düşündürebilmektedir.

10. Sözü kesmek, önemsememek, konuyu saptırmak: Hastalar genellikle içinde buldukları durumdan bahsetmek için birinden destek görünce bunu ciddiye almaktadırlar. Ancak o kişiden konuyu saptıran, önemsemeyen bir tepki görürlerse de incinmekte ve iletişim engellenmektedir. Konuyu saptırmak o an için olumlu bir durum gibi görünse de gerçekler yine değişmemektedir. Doktorların hastaların iletilerini almamaları, başka sorular sormaları, konuyu değiştirmeleri hastaları oldukça yaralamaktadır.
11. Soru sormak, sınamak: Sorgulamak, hastanın duygusuna önem vermemektir. Başkalarının içinde bulunduğu durumla alakadar olmak istenilmediği zaman bilinçli olarak sorgulama yoluna gidilir. Sorgulama sorunların çözümünde hasta katılımını önemli ölçüde engellemektedir. Bir başka tehlikesi ise doğru soruların sorulması için yeterli donanıma sahip olunmadığı için deneme-yanılma yoluyla sorular sorulmakta ve bu da hem hastayı kızdırmakta hem de klinik görüşmede zaman kaybına yol açmaktadır.
12. Öğüt vermek, çözüm getirmek: Bu tür iletişim hastanın bir ihtiyacı, problemi ve üzüntüsü olduğunu gösteren bir iletişime yanıt olduğu zaman engel yaratmaktadır. Bu, hastanın kabul edemediği bir çözüm ya da öğütse iletişim sürecini durdurmaktadır. Uzman kişiler belli bir otoriteye sahip olsalar da bunu kullanacakları zamanı ve nasıl kullanacaklarını iyi bilmeleri gerekmektedir.

Hasta ile iletişimi engelleyen unsurlardan biri de hasta ile tıbbi terimler kullanarak konuşmaktır. Tetkik ve tedavinin ne olacağına karar vermenin yanında hastayı bu konuşmalara hiç dahil etmeme, konuşulanla onunla ilgili değilmiş gibi bir açıklama yapmama ve buna benzer durumlar hastaları oldukça etkilemektedir. Kişi bu anlamadığı konuşmalar sonucunda merak içinde olmakta ve kendince yorumlar yapmaktadır. Yanlış anlama ve yorumlara yol açan bu tip durumlarda hastaların korku ve endişeleri artmaktadır (Balıkçı, 2001: 22).

#### **1.1.4.2. Ortamdan Kaynaklanan Engeller**

Ortamdan mesajın iletişim kanalı içinden akışını etkileyen koşulları ifade etmektedir ve bu koşullardan biri gürültüdür. Gürültü sözel iletişimi etkileyen en önemli engeldir. Gürültülü bir ortamda sözlü iletişim imkânları kısıtlı olmaktadır (Koçel, 2014: 626). Gürültü, iletişimin doğru bir şekilde sürdürülmesini ve bu sürecin güvenilirliğini olumsuz etkilemektedir. Gönderilen mesaj ile algılanan mesaj arasındaki farklılıklara neden olan faktörler, gürültü adını almaktadır (Güney, 2015: 232).

Arizona’da bir sağlık yöneticisi sağlık çalışanlarının bankosunu arka duvardan alıp hasta ile sağlık çalışanı arasında göz teması ve omuz yönelimi aynı olacak şekilde yerleştirmiştir. Daha sonra bu düzenin iletişimde oldukça farklar yarattığını, herkesin bu düzeni beğendiğini ifade ettiğini söylemiştir. Hastalar ile göz teması olabilmesi için yerleşim düzeninin sözsüz iletişime olanak sağlayacak şekilde dizayn edilmesi gerekmektedir. Yanlış oda düzeni yetersiz bir iletişim kurulmasına sebep olmaktadır (Desmond ve Copeland, 2010: 29).

Sağlık hizmeti sunulan alanların sessiz sakin, ışık alan ve havadar mekânlar olması sağlıklı bir iletişim için önemlidir. Ayrıca bu alanlar, hasta ve hasta yakınının dikkatini görüşmeye vereceği, hasta ile ilgili bilgilerin açık bir şekilde paylaşılacağı ortamlar olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunulan alanlarda herhangi bir kültürel, bölgesel ve dini simge, aynı düşünceye sahip olmayan hastalar için rahatsız edici unsurlardır. Genel olarak ortamın beğenilip beğenilmemesi, konuşulacak konuyu, konuşmadaki samimiyeti ve dolayısıyla da iletişimin verimliliğini etkileyebilmektedir. Hastaların uzun süre bekleyeceği yerlerde eğitici dergi, broşür ve bunun gibi dokümanlar bulunması hastaların bekleme sürecinde sabırlı olmalarını sağlayacaktır. Hastalara ikramlarda bulunulması da olumlu bir algı yaratacaktır. Ortamın rengi de iletişimde önemli bir faktördür. Renkler mesajların iletilmesini sağlayan simgelerdir. Mekânın rengi yoluyla gönderilen mesajın anlamı güçlendirilebilir (Bulduklu, 2015: 281-283).

#### **1.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı**

Müşteri memnuniyeti, bir alım satım durumunda müşteri ihtiyaçlarının ne derece karşılandığını belirleyen bir göstergedir. Alım satım sonucunda müşteri umut ettiğinin üzerinde bir performansla karşılaştıysa müşteri memnuniyeti gerçekleşmiş olur.

Müşteri memnuniyetinin sağlık hizmetlerindeki karşılığına ise “hasta memnuniyeti” denmektedir. “Hasta memnuniyeti”, “hasta tatmini” birbirinin yerine kullanılabilir (Erdem, 2008: 96-97).

Sağlık kuruluşlarının müşterileri hastalardır. Ancak bu durum zamanla değişime uğramıştır. Şimdilerde sağlık kuruluşu müşterilerinin içine “sağlık hizmeti üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” dahil edilmektedir. Sağlık kurumu müşterileri Tablo 2’de görüldüğü gibi iç müşteriler ve dış müşteriler olarak sınıflandırılmaktadır. İç müşteriler, sağlık kuruluşunda çalışan ya da sağlık kuruluşu ile organik bağı olan kişi ya da grupları ifade etmektedir. Dış müşteri ise sağlık kurumunun verdiği hizmetlerden direkt veya indirekt etkilenen kişi ya da gruplara denilmektedir (Kavunvubaşı ve Yıldırım, 2012: 490).

**Tablo 2**  
**Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler**

<b>Dış Müşteriler</b>	<b>İç Müşteriler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastalar, hasta ailesi ve çevresi</li><li>• Refakatçiler, ziyaretçiler</li><li>• Devlet</li><li>• Diğer Sağlık Kurumları</li><li>• Anlaşmalı Kurumlar</li><li>• Eczaneler</li><li>• Dernekler</li><li>• Medya</li><li>• Sigorta Şirketleri</li><li>• Tıbbi Malzeme ve ilaç firmaları</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurum Çalışanı (hekim, hemşire vb.)</li><li>• Pay sahipleri</li><li>• Danışmanlar</li></ul>

**Kaynak:** Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:491

Hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak memnuniyetin ölçülmesi nispeten yeni olsa da hasta memnuniyeti üzerine yapılan araştırmalar yeni değildir. Memnuniyete ilgi ilk olarak 1940’larda ve 1950’lerde doktor-hasta ilişkisini ele alan sosyologlar arasında ortaya çıkmıştır. Memnuniyet, hekimin stili ve hastanın önyargıları ile ilişkilendirilmiştir (Jackson ve Korenke, 1997: 273).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ile ilgili ilk çalışma 1956 yılında ABD’de hemşirelik alanında gerçekleşmiştir. Son zamanlarda da birçok gelişmiş ülkede kalite ölçütü olarak kullanılmaktadır (Merkouris ve diğerleri, 1999: 20).

Ortaya çıkışı 1960’larda olan ve 1980’lerde de popüler hale gelen hasta memnuniyeti kavramı ile ilgili çalışma sayısı, izleyen yıllarda daha da artmıştır. Artan bu ilgi 1970’lerde başlayan tüketici hareketlerinin sağlık hizmetlerine yansımaları, kaliteli hizmet beklentisinin giderek yaygınlaşması ve tüketicilerin seçici olmasından kaynaklı rekabet ile açıklanabilir (Dinç ve diğerleri, 2009: 94).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlanması ve artırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile; “sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları” ortaya koymuştur ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), 2015).

Hasta memnuniyeti hemşirelik hizmetlerinde çok daha önem kazanmaktadır. Çünkü sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını oluşturan hemşireler, hasta sağlığının korunması ve rehabilitasyonunda sürekli yanında bulunan kişilerdir. Literatürde araştırmacılar, hastane hizmetlerinde genel hasta memnuniyetinin oluşmasında hemşirelik hizmetlerinin önemli olduğu konusunda hemfikirdir (Merkouris ve diğerleri, 1999: 19).

Linder-Pelz (1982)’e göre hasta beklentilerinin hastaneye kabul edilmeden önce açık bir şekilde tasvir edilemediği kanıtlanmıştır. Çalışanlar eğer isterlerse hastanın sağlık hizmetleri ile ilgili beklenti ve tutumlarını şekillendirebilir ve etkileyebilirler (Merkouris ve diğerleri, 1999: 21).

Hasta memnuniyeti, hizmet alıcıların hekimlere, hastaneye ve tüm tıbbi bakım sistemine yönelik genel tutumu olarak ifade edilmektedir. Hasta memnuniyeti tek boyutlu bir kavram değildir, pek çok hasta etkileşiminden elde edilen kümülatif değerlendirmelere dayanmaktadır (Petrochuk, 1999: 25).

Hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinde üç ayaklı bir rol oynamaktadır. Birincisi, hastaların beklenti ve algılarını somutlaştırarak verilen sağlık hizmetinin kalitesinin belirlenmesi; ikincisi sağlık hizmetinin bir başarısı olarak görülen bir “sonuç” olması; üçüncüsü, başarıyı artırmak için işbirliğine ve daha iyi bir bakım için motivasyona katkı sağlamasıdır (Donabedian, 1992: 248).

Hasta memnuniyeti, hastanedeki tüm hastaların deneyimlerinin bir özetidir. Memnuniyet buna göre yüksek veya düşük olabilir. Hasta memnuniyeti çoğu zaman sadece hasta tarafından yapılan bir değerlendirmeden ziyade ortak bir görüşün sonucudur. Eşler ve çocuklar, bakımın değerlendirilmesi için önemli bir veri girişi sağlayabilir (Press, 2006: 37).

Hasta memnuniyeti, hasta çıktıkları ile anlamlı ilişkilerinin olması sebebi ile sağlık hizmet kalitesi için isabetli bir ölçüttür. Hastanın beklentileri ve istekleri, çoğu hasta memnuniyeti teorisinin merkezidir ve hastanın ihtiyaçlarına cevap vermek, hastaları anlamak tıpta doğal bir amaçtır. Bununla birlikte evrensel bir tanımlamanın benimsenmesi de zordur (Novosel, 2007: 22). Çünkü, hasta memnuniyeti kavramı, hastanın sunulan hizmetten beklediği yarar ve performans, katlanmakta olduğu sıkıntı ve sunumun sosyokültürel değerlere uygunluğunu da içine alır (Dinç ve diğerleri, 2009: 94).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların almış oldukları hizmeti nasıl bulduklarının öğrenilmesi, hastaların memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenip önem sırasına göre sıralanması, kurumu neden seçtikleri, kuruma ait beklentileri, hizmet alım sürecinde yaşanan olumsuzluklar, kurumun hizmet sunumunun hastaların beklenti ve isteklerini karşılayacak şekilde dizayn edilmesi olarak sayılabilir (Derin ve Demirel, 2013: 1117).

Hasta memnuniyeti, bir hizmetin beklenen ve algılanan özellikleri arasındaki boşluğun bir ifadesidir. Memnuniyet sübjektif bir olgudur ve hastalara, hizmete ilişkin olarak memnun olup olmadıkları sorularak ortaya çıkmaktadır. Hasta memnuniyetini gösteren bir faktör analizi tekniği, başlıca altı boyutun olduğunu göstermiştir. Bunlar (Luchoro, 2004: 243):

- Tıbbi bakım ve bilgilenme,
- Yemek ve fiziksel imkânlar,
- Manevi ortam,
- Hemşirelik bakımı,
- Yemek miktarı,
- Ziyaret düzenlemeleri.

Hasta memnuniyeti ve hastane ortamında yaşanan deneyimler, sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde temel taş olarak görülmektedir (Chumbler ve diğerleri, 2016: 1). Kalite ile ilgili yaklaşımların hemen hepsinde temel prensiplerden biri müşterinin tam memnuniyetidir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin planlanmasında, uygulanmasında ve takip edilmesinde mutlak olarak önemsenerek oluşmeli ve çıkan sonuçlar planlama, öncelik belirleme ve uygulamaların revize edilmesinde mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (Hayran ve Uz, 1998: 168).

Hasta memnuniyeti, alıcıların satıcılardan korunması gerektiği konusundaki kaygı ile başlayan, köklerini tüketici memnuniyeti, memnuniyetsizlik ve şikayet davranışlarından alan fikirlere dayanır. Hasta memnuniyetinin oluşmune artan ilgiyi ise, bireysel seçim ve önceliklerin teşvik edilmesi, “müşteri merkezli hizmet kulturu” anlayışının yaratılması doğrudan etkilemiştir (Haas, 1999: 9).

Hasta memnuniyeti, ortak akıl ile kolayca anlaşılabilen bir kavram olmasına rağmen olması gerektiği kadar araştırılmamış ve yaygın olarak kabul gören bir tanımlama yapılmamıştır (Merkouris ve diğerleri, 1999: 22). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramının nasıl tanımlanacağı konusunda literatürler arasında bir fikir birliği yoktur (Al-Abri ve Al-Balushi, 2014: 3).

### **1.2.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi**

Globalleşen dünyada, üretim ve hizmet sektöründe kendini gösteren kalite kavramı sağlık sistemi içinde de yer bulmuştur. Kaliteli bir sağlık hizmetinden bahsedebilmek için hizmetin etkin kullanılması, kaynakların verimli kullanılması, hasta haklarına saygı duyularak hizmetin doğru bir şekilde gerçekleştirilmesi dolayısıyla da hasta memnuniyetinin sağlanmış olması gerekmektedir (onsuz ve diğerleri, 2008: 34).

Son 20-30 yılda tueticilik ruhu ve finansal kısıtlamalar, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetine önem kazandıran en önemli faktörler olarak görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin giderek artması ve mevcut kaynakların daha iyi kullanılması ihtiyaı tüm gelişmiş ülkeler için bir endişedir (Merkouris ve diğerleri, 1999: 20).

Klinisyenler ve sağlık sistemleri, geleneksel olarak hastalığa ve sonuçlarına (rahatsızlık, sakatlık ve olum) odaklanmış olup hasta memnuniyetini sıklıkla gözden kaçırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin gelişimi, daha fazla rekabet ve giderek artan bilinçli müşteri ile hasta memnuniyetinin önemi giderek artmaktadır (Jackson ve Kroenke, 1997: 273).

Sağlık işletmeleri konumundaki hastaneler, müşteri (hasta) memnuniyetini ve bağlılığını sağladıkları sürece gelişmektedirler (Tengilimoğlu, 2012: 326). Kaliteli sağlık hizmetinin bir sonucu olan hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarının sürekliliğinde önemli bir role sahiptir. Sağlık kurumları rekabet edebilir konumda olmak için, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetine önem vermek zorunda kalmaktadır. Müşteri (hasta) odaklı sağlık işletmelerinin temel amacı, mevcut müşteriyi elde tutmak ve memnuniyetini sağlamak, kaliteli hizmet sunarak müşteri bağlılığı yaratmak ve potansiyel müşterilerin de kazanılmasını sağlamak olmuştur (Tengilimoğlu, 2013: 31).

Hasta memnuniyeti ölçümleri hem doktorlar hem de diğer sağlık çalışanları tarafından önemsenmektedir. Doktorlar ve diğer sağlık çalışanları, verdikleri hizmetten nasıl bir sonuç alacaklarını bilmek istemektedirler (Ercan ve diğerleri, 2004b: 152). Yoğun rekabet ortamında bulunan sağlık kurumları da verilen sağlık hizmetinin, hizmet alanlar tarafından nasıl algılandığını, ne derecede tatmin olduklarını araştırmak, değerlendirmek ve ona göre plan yapmak durumundadır (Bankaoğlu, 2013: 30). Hasta memnuniyetini en yüksek seviyede tutmak ve bunu vizyon olarak kabul etmek, başarı için en doğru yol olarak görülmektedir. Eğer bu kavramlar ihmal edilirse kalite, memnuniyet ve maliyet konularında sorunların yaşanılması kaçınılmaz olacaktır (Emhan ve diğerleri, 2010: 242). Bununla birlikte, sağlık hizmetleri doğası gereği üretildiği anda tüketilen ve depolama özelliği olmayan hizmet grubunda yer alması nedeniyle kalitesinin ölçülmesi güç olmaktadır. Hasta memnuniyeti de kalitenin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (Önsüz ve diğerleri, 2008: 34).

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin önemli olmasının dört nedeni vardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 493):

1. *İnsancıl nedenler:* Hastaların kaliteli ve iyi sağlık hizmeti almaları temel haklarıdır. Hastalar hem teknik hem bilimsel hem de kişiliklerine, inançlarına, düşüncelerine saygılı olunarak hizmet alması gerekmektedir.
2. *Ekonomik nedenler:* Hastalar seçmiş oldukları kurumdan, verdikleri ücretin karşılığını beklemektedir. Hasta memnuniyeti müşteri potansiyelini ve kar payını da artırmaktadır.



3. *Pazarlama*: Memnun olan hasta memnuniyetini dile getirerek kurumun reklamını yapmaktadır.
4. *Klinik etkililik*: Memnun olan hastanın tedavi ve önerilere uyumu artmaktadır.

Literatür gözden geçirildiğinde hasta memnuniyetinin, bakım kalitesinin iyileştirilmesi üzerinde etkisi olduğu gerçeği kabul edilmiştir. Hastanın bakımına yönelik değerlendirmeler; sağlık kurumları arasında kıyaslama yapılması, sağlık hizmet performansının izlenmesi, etkin yönetim için stratejiler düzenlenmesi, hastaların beklentilerinin karşılanması, maliyetlerin azaltılması, stratejik karar verme becerilerinin geliştirilmesi ve iyileştirmeler için fırsat sağlanması yönünden gerçekçi bir araçtır (Al-Abri ve Al-Balushi, 2014: 4).

Hasta memnuniyeti, iletişim ve sağlıkla ilgili davranışların önemli bir göstergesidir. Ancak hastaların görüşlerinin tamamen öznel bir değerlendirme olduğu ve bakım kalitesinin güvenilirmez değerlendirmeleri olarak görüp görmezden gelen görüşler de mevcuttur (Al-Abri ve Al-Balushi, 2014: 4).

Ancak, yine de mevcut kaynakların doğru bir şekilde kullanılıp kullanılmadığının saptanması için sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ölçülmesi, bir ihtiyaç olarak görülmektedir (Merkouris ve diğerleri, 1999: 20). Ayrıca hasta memnuniyetinin ölçümü, “hastaların ve toplumun deneyim ve algılarının” tanımlanması açısından sağlık bakım hizmetleri için bir kazanç olduğu düşünülmektedir. Hasta memnuniyeti ölçüm verileri; bakım kalitesinin ölçümü, problemlerin tanımlanması ve çözüm yolları önerilmesi için kullanılabilir (Haas, 1999: 10).

Hasta memnuniyetinin ölçümü, sağlanan hizmet kalitesini değerlendirmede faydalıdır. Hastalar verilen hizmet kalitesini uygun bir şekilde değerlendirirse hizmet kalitesine katkıda bulunabilecek verileri verebilirler. Bu nedenledir ki birçok araştırmacı, hasta memnuniyetinin yalnızca bir kalite ölçütü değil aynı zamanda sağlık hizmeti sunumunun bir amacı olduğunu kabul etmektedir (Merkouris ve diğerleri, 1999: 20-21).

Hasta memnuniyeti, hastane sağlık hizmetlerinde önemli bir kalite göstergesi olarak kabul görmektedir. Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu'nun gerekliliklerine göre, hastaneler hasta memnuniyeti verilerini toplayarak sağlık bakımını değerlendirmektedir. Hasta memnuniyeti verileri; mevcut durumu iyileştirmek,

girişimleri tasarlamak, hastane çalışanları ve ünitelerine ödüller ve teşvikler tahsis etmek için toplanır ve kullanılır (Yellen, 2002: 23).

Hasta memnuniyetinin ölçümü, yoğun rekabet ortamı nedeniyle yürütme kurulları, yöneticiler ve sağlık hizmetlerine ilişkin kararlar alan herkes için önemlidir.

Hasta memnuniyeti çalışmaları; çalışanların eğitim ihtiyaçları, sorunlu bakım üniteleri ve hatta sağlık kuruluşunun başarı ya da başarısızlığı hakkında bilgi verir. Çalışanlar bu bilgiyi, yalnızca hastanın durumunu ve sağlık hizmetini iyileştirmek için değil aynı zamanda hastaların memnuniyeti artıracak ve böylece de tedavisine olumlu katkıda bulunacak düzeltici girişimler için de kullanabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde hastaların memnuniyet ölçümü sonuçları, kurumun kendini görerek kendilerini değerlendirmesini sağlamaktadır. Bu değerlendirme ile kurum üstünlüklerini ve zayıf yönlerini saptamaktadır. Bütün bu ölçümler, maliyetlerin düşürülmesinde etkili olmakta ve kuruma rekabet avantajı sağlamaktadır (Merkouris ve diğerleri, 1999: 21).

Hasta memnuniyetini sağlamış bir kurumun tekrar tercih edilme olasılığı artmaktadır. Alınan hizmetten memnun olmayan kişilerin memnuniyetsizliğini başkalarıyla paylaşma durumu memnun olanlara göre daha fazladır (Özer ve Çakıl, 2007: 141).

Hastaları tatmin etmek ciddi bir çaba gerektirir. Ancak bu çabayı haklı gösterecek pek çok neden vardır. Özetlemek gerekirse; hasta memnuniyeti, kurumun misyonunu gerçekleştirmek ve sürdürmek için temel bir strateji olabilir (Press, 2006:1).

Hasta memnuniyeti eğer çok ciddi bir şekilde ele alınırsa (Press, 2006: 1):

- Daha yüksek kalitede bir bakım elde edilecek,
- Çalışanlarınız çok daha memnun olacak ve personel devir hızı azalacak,
- Finansal olarak sağlam kalma olasılığınız artacak,
- Rekabetçi konumunuz güçlenecek,
- Dava edilme olasılığınız düşecektir.

Nihayet, hasta memnuniyetini sağlamak, sağlık kurumlarının en güç ve en kritik konularındandır. Konunun önemiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan kalite ile mevcut kalite arasındaki uyumun her zaman sağlanamamasıdır (Nesanır ve Dinç, 2008: 420).

Özel sektör için de memnuniyet ölçümleri, pazarlama amaçları için kullanılabilir. Müşteri memnuniyeti, rekabetin yüksek olduğu bir ortamda hastaları çekmek için önemlidir. Kurumlar bu kaotik ortamda gelişmek için müşteri beklentileri dahil olmalı ve değişikliklere hızlı bir şekilde adapte olmalıdır. ABD’de yapılan geniş çaplı bir ankete göre, eğer bir müşteri memnun olursa bunu 4 kişiye hatta 11 potansiyel müşteriye kadar söyler. Bu nedenle eğer bir müşteri mutsuzsa fark yaratmak için üçüncüyü mutlaka memnun etmelisiniz. Memnuniyetsiz hastalardan kaynaklanan maliyetin de 350 ABD \$ olduğu ortaya koyulmuştur (Merkouris ve diğerleri, 1999: 21).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının tarihsel sürecine baktığımızda (Tengilimoğlu, 2012: 329);

- 1960-70’lerde şikâyet-öneri kutuları ve yorum kartları,
- 1970-80’lerde hasta tatmini araştırmaları şeklindedir,
- 1990 yılında ABD’deki hastanelerin %90’ında araştırma yapıldığı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması özellikle sağlık hizmeti müşterileri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Çünkü bilinçli tüketici artmaktadır. Özellikle ABD’de hasta memnuniyeti, profesyonel kuruluşlar tarafından geliştirilen bakım standartlarına ve akreditasyon standartlarına dahil edilmiştir.

Günümüzde birçok sağlık kuruluşu, verdikleri bakım ile ilgili hastaların görüşlerini almak için bir takım hasta memnuniyeti ölçüm modelleri kullanmaktadır. Çoğu araştırmacı, hasta memnuniyetinin çok yönlü bir kavram olduğunu kabul etmektedir. Bununla birlikte hasta memnuniyetini ölçmek için bakımın hangi boyutunun değerlendirilmesi gerektiği konusunda da bir fikir birliği bulunmamaktadır (Şahin ve Yılmaz, 2007: 10-11).

Mükemmelliğe ulaşmak amacıyla çaba gösteren sağlık hizmeti yöneticileri, bakım kalitesini iyileştirmek için stratejiler tasarlarlarken hasta algılarını dikkate almaktadırlar. 1996’da tüm Fransız hastanelerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi zorunluydu (Al-Abri ve Al-Balushi, 2014: 3).

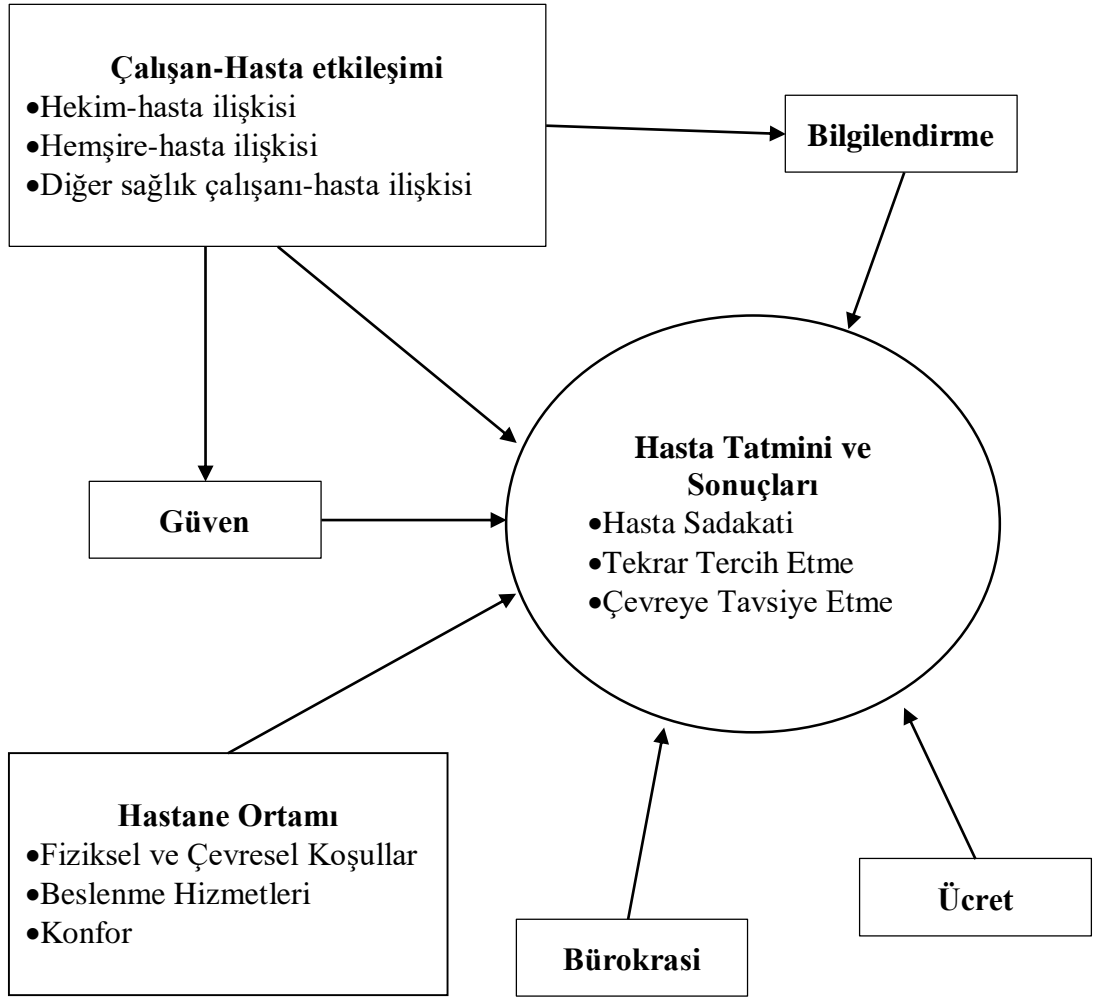
Almanya’da memnuniyeti ölçmek, kalite yönetim programının bir unsuru olarak 2005’ten beri zorunlu kılınmıştır. 2002’den beri Sağlık Bakanlığı İngiltere’deki tüm NHS tröstlerinin, yıllık olarak hasta memnuniyetini araştırması ve sonuçları kendi düzenleyicilerine bildirmesi gerektiği ulusal bir araştırma programı başlatmıştır. Bundan dolayı, hasta memnuniyetinin ölçümü tüm sağlık organizasyonları için stratejik hedeflerin

gerçekleştirilmesi ve hizmetlerin iyileştirilmesinde geçerli bir göstergedir (Al-Abri ve Al-Balushi, 2014: 3).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, klinik etkinlik ve verimlilik indekslerine ek olarak sağlık bakım kalitesi için önemli bir ölçüm haline gelmiştir. Birçok çalışmada hasta memnuniyeti ve uygulanan bakımda önceliklerin ne olduğunun belirlenmesi konusu araştırılmıştır. Görülmüştür ki hasta memnuniyeti uygulayıcıların teknik becerilerinden daha çok insani ilişkilerinden etkilenmiştir ( (Mattarozzi ve diğerleri, 2016: 84).

### **1.2.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Etkenler**

Hasta memnuniyetini etkileyen pek çok unsur vardır. Şekil 3’de görüldüğü gibi, başta hasta-sağlık çalışanı etkileşimi gelmektedir. Özellikle hasta-sağlık çalışanı etkileşiminde hastanın bilgilendirilmesi ve güven bu anlamda oldukça önemlidir. Bu manada hizmet sunan sağlık çalışanlarına ilişkin faktörler hasta memnuniyetini etkileyen önemli etkenlerden biridir. Bir diğer unsur kurum ya da hastane ortamına ilişkin etkenlerdir. Kurumun fiziksel ve çevresel koşulları, beslenme hizmetleri ve konforu bu anlamda oldukça önemlidir. Bunların yanı sıra tabii ki önemli bir etken de hastaya ilişkin etkenlerdir. Bütün bu etkenler; hastaya ilişkin etkenler, hizmet sunucuya ilişkin etkenler ve kuruma ilişkin etkenler başlıkları altında aşağıda incelenmektedir.



**Şekil 2: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Kaynak: Kavuncubaşı, ve Yıldırım, 2012: 497.

Müşteri memnuniyetini belirleyen iki temel unsur vardır. Bunlardan birincisi, müşteri yani hastada oluşan beklentilerdir. Hastanın sağlık kurumunda görmeyi beklediği bilimsel, davranışsal ve idari özellikler, hastanın beklentileri içindedir. Bu beklentiler hastanın yaşına, cinsiyetine, eğitim durumuna, demografik ve sosyo-kültürel yapısına, sağlık hizmetleri ya da sağlık kurumları ile ilgili geçmişte yaşadığı tecrübelerle göre değişiklik gösterebilmektedir. Müşteri memnuniyetinin temelinde yer alan ikinci unsur ise hastanın sunulan sağlık hizmetine yönelik algılarıdır. Hastaların algılarını, hizmet veya süreçlerle ilgili görüş ve değerlendirmeleri oluşturmaktadır. Hastaların algıları da yine kişisel özellikler ve geçmiş tecrübelerle göre farklılık göstermektedir (Kayacan, 2015: 27).

Hastaların verilen bakımın kalitesine ilişkin yargıları, şu faktörlerin nasıl algılandığı ile ilgilidir (Şahin ve Yılmaz, 2007: 10):

- Teknik kalite
- Çalışanların kişiler arası iletişim becerileri
- Koordinasyon
- Süreklilik
- Bekleme süreleri
- Fiziksel çevre
- Geçerlilik (hazır bulunma)

Hastaların verilen hizmetle ilgili olarak bir sonuca ulaşmaları, beklentileri ile yaşadıkları tecrübeleri karşılaştırmaları ile olmaktadır. Bu sonuçlar memnuniyet ölçüm aracı olarak yeterli görülmektedir. Hastaların özellikle yakın ilişki içinde oldukları birim ya da kişilere dair görüşleri, memnuniyetin oluşmasında temel olarak görülmektedir (Tükel ve diğerleri, 2004: 206). Hastaları memnun etmek, onların arzu ettikleri hizmetleri karşılamak için memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bunlar yöneticiler için yol gösterici olmaktadır (Çakır, 2015: 43).

Hastaların yani yeni hastane işletmeciliği diliyle müşterilerin memnuniyeti, beklentiler ve algılar arasındaki farktan ibarettir. Şu şekilde formüle edilebilir (Sarp, 2014: 137):

Müşteri Tatmini= Beklenti-Algılama (MT=B-A)

B>A ise müşteri tatmin olmamış,

A>B ise müşteri tatmin olmuş,

B=A ise tepki yok demektir.

### **1.2.2.1. Hastaya İlişkin Etkenler**

Son yıllarda tüketicilerin tutumu, etkileyici bir şekilde değişerek pasif rolden aktif role taşınmıştır. Günümüzde sağlık hizmeti kullanıcıları daha eğitilmiş olup verilen sağlık hizmetine karşı çok daha titizdirler ve daha iyi bilgilendirilirler. Hastaların giderek sağlık hizmetlerini planlama ve karar verme sürecine katıldığı görülmektedir. Giderek artan eğitilmiş hastalar kaliteli sağlık hizmeti talep etmektedir. Bu nedenle hastane bakım hizmetlerinin kalitesi yalnızca sağlık profesyonelleri tarafından tanımlanan bir faktör olarak görülmemektedir (Merkouris ve diğerleri, 1999: 20).

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, geliri, sosyal statüsü, hastalığının ne olduğu, hastanede geçirdiği süre gibi durumlar hasta memnuniyetini etkilemektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 141).

#### **1.2.2.2. Sağlık Çalışanına İlişkin Etkenler**

Hasta-sağlık çalışanı iletişimi, memnuniyeti ve hizmet kalitesini etkileyen önemli bir etkenidir. Kişilerin gerektiğinde tekrar aynı kurumu tercih etmelerinde yapısal ve klinik faktörlerin etkisinin olmadığı, en önemli faktörün kurum çalışanlarının davranışlarından duyulan memnuniyetin olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanının hastaya karşı nezaketi, şefkati, ilgi ve anlayışı, bilgi ve deneyimlerini aktarma biçimi, hastanın kendini daha rahat hissetmesini sağlamakta ve tedaviye olan uyumunu etkilemektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 142).

Hasta memnuniyetinde en belirleyici etkenin iletişim ve yeterli bilgilendirme olmasının nedeni hastanın kendisini değerli hissetmesidir. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım anlayışı, hastaya kendini değerli hissettirirken aynı zamanda hizmet sunucu ile de güven ilişkisi kurmaya yardımcı olmaktadır. Sağlık çalışanı tarafından öncelikli olarak hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi ve buna yönelik olarak hastaya bilgi verilmesi memnuniyeti artırmaktadır. Yalnız bu sadece hastayı bilgilendirmekten öte hastayı anlamaya çalışmak, hastaya zaman ayırmak ve hastaya ilgi göstermek gibi eylemleri de içermektedir (Yuvaç, 2017: 17).

Bilgilendirme, temel hasta haklarından sayılmaktadır. Yeteri kadar bilgilendirilmiş hasta, hastalığını daha anlayışla karşılamakta ve tedaviye uyumunu artırmaktadır. Bilgilendirme yaparak hasta memnuniyetini artırmak mümkündür (Çakır, 2015: 46).

Hastalara sunulan sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetin, hizmeti sunan kişinin memnuniyeti ile doğru orantılı olduğu düşünülmektedir. Birbiri ile bağlantılı olan bu iki durumdan herhangi birinde aksama olursa hasta memnuniyetini etkilemesi muhtemeldir (Özer ve Çakıl, 2007: 141). Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastaneler, birçok meslek grubunun bir araya geldiği emek-yoğun çalışan örgütlerdir. Bu örgütlerin hedefledikleri vizyonu gerçekleştirmeleri çalışanların başarısına bağlıdır. Çalışanın yapacağı küçük bir hata dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilir. Hizmeti alan hasta ile hizmeti sunan sağlık çalışanının yoğun etkileşim içinde olduğu sağlık kurumlarında, iş tatmininin olmaması

kaliteli sağlık hizmetini ve memnuniyeti m¼mk¼n kılmamaktadır (Kayaalp, 2014: 79-80). Sonuç olarak, birçok yerde konusu ge¼en hasta memnuniyeti kavramı kadar sağlık ¼alıřanının memnuniyeti de önemlidir (¼zer ve ¼akıl, 2007: 141).

Hasta memnuniyetini etkileyen diğer bir fakt¼r ise, s¼zs¼z iletişim unsurlarından sayılan giyim tarzıdır. Hastane ¼alıřanının g¼r¼n¼m¼, verilen hizmetin kalite algısını ve memnuniyeti etkilemektedir (G¼lmez, 2005: 165). Hipokrat da hekimi “temiz, iyi giyimli ve g¼zel kokan yağlar s¼r¼nm¼ř” olarak ifade etmiştir. şimdiki zaman i¼in d¼ř¼n¼ld¼đ¼nde, yağlar dışında pek fazla bir şeyin değiştiğini s¼ylenemez (Desmond ve Copeland, 2010: 190).

Hemşire ile hastalar arasındaki ilişkilerin niteliği, hasta memnuniyetini etkileyen hemşirelik davranışlarının önemli bir unsuru olarak g¼r¼lmektedir. Hastaların, hemşirelerin kişiler arası iletişim becerilerine, arkadaşlıklarına ve özel ihtiya¼lara cevap verme yeteneklerine ilişkin algılarının daha y¼ksek memnuniyet oluşturma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Daniel, 2012: 51).

Sosyal etkileşim modelinin önemli bir ¼ıkarımı, hekimin tıbbi etkileşimde, kontrol sağlama ve ilişki kurma teřebb¼slerinin hastanın tıbbi tedaviden memnuniyetini etkilediği y¼n¼ndedir. Genel olarak hekimin iletişimi ile hasta memnuniyeti arasındaki bağlantıyı inceleyen araştırmalarda, daha yakın bir iletişim tarzı benimseyen bir hekimin daha olumlu değerlendirmeler aldığı g¼r¼lm¼řt¼r (Buller ve Buller, 1987: 376).

Arkadaşça ve hastalarla daha alakadar olan sağlık ¼alıřanları, hastalar tarafından klinik yeterlilik bakımından da daha ¼st¼n g¼r¼lmektedir. Tıbbi alanlarda gerekli yetkinliğe ve yeterliliğe sahip olmayıp sadece hastalara nazik davranmak elbette yeterli değildir (Desmond ve Copeland, 2010: 5-6). Ancak rekabet seviyelerini korumak isteyen sağlık ¼alıřanları ve sağlık kurumları, verdikleri bakımın niteliğine, hem tıbbi hem de duygusal a¼ıdan bakmaları ve ele almaları gerekmektedir (Atilla, 2012: 58).

### **1.2.2.3. Kuruma İlişkin Etkenler**

Alınan sağlık hizmetinden memnun kalma derecesi; sağlık ¼alıřanı ile kurulan ilişkinin s¼rd¼r¼l¼p s¼rd¼r¼lmediđi, tedaviye uyulup uyulmadığı, önemli bilgilerin ifşa edilip edilmediği, kişinin tıbbi bakımı araştırıp araştırmadığı gibi durumlardan etkilenmiştir. Hastaların (¼zelikle kronik hastaların), sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları i¼in ve hizmetin



nasıl işlediğine ilişkin verilerin sağlanması için temel bir kaynak olduğu kabul edilmiştir (Haas, 1999: 9).

Sağlık kurumlarının hizmetlerini sürdürüp hedefledikleri kaliteyi hayata geçirmeleri, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması ile gerçekleşmektedir. Bu istek ve beklentiler farklılık gösterdiği için kurumun farklı stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 491).

Hasta memnuniyetinin sağlanmasında kurum yönetiminin önemli bir rolü vardır. Yönetimin hasta memnuniyeti kavramını benimsemesi gerekmektedir. Bu nedenle organizasyon liderinin, müşteri (hasta) memnuniyetini tanımlaması önemli bulunmaktadır. Üst yönetim hastaların isteklerini göz önüne alarak organizasyon yapısına şekil vermelidir. Memnuniyeti artırmak için, hastalarla direk temas halinde olan çalışanların inisiyatif sahibi olması, yetenek ve yetkilerinin artırılması üst yönetimin sorumlulukları arasındadır. Üst yönetim, çalışanlara engel olmayacak organizasyon yapısı oluşturmalıdır (Tengilimoğlu, 2012: 328).

Hastanelerde memnuniyeti etkileyen önemli faktörlerden biri de bürokratik sıkıntılardır. Hastalar bu sıkıntılar nedeniyle büyük zaman kaybına uğramakta sağlık sorunlarının yanına bu sıkıntı da eklenmektedir. Bürokratik işlemlerin hızlı olması, işlem sayısı ve bekleme süreleri memnuniyeti etkilemektedir (Çakır, 2015: 47).

Hastanelerde verilen hizmetin maliyeti de pek çok kişi için önemlidir. Bilhassa sosyal güvencesi veya sağlık sigortası olmayan hastalar için ücret çok daha önemlidir. Yüksek hastane faturaları memnuniyet durumunu olumsuz etkilemektedir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 501).

Hastanelerin fiziksel ve sosyal yönden yeterli olmaları hastaların kendileri evlerinde gibi hissetmeleri sağlamakta, hastada güven duygusu oluşturmakta ve memnuniyetlerini artırmaktadır (Yılmaz, 2001: 73).

Sağlık hizmeti sunan kurumlardaki fiziksel ortam, kişilerin hizmet satın alma, alınan hizmetten memnuniyet duyma ve tekrar aynı kurumu tercih etme durumunu etkilemektedir. Fiziksel ortamın yanı sıra temizlik kavramı da hizmet kalitesi ve memnuniyet açısından önemli bir faktör olarak görülmektedir. Hizmet işletmelerinde temizlik önemli bir kavram olarak görülürken, sağlık hizmeti işletmelerinde hastaların

sağlığı söz konusu olduğu için temizlik kavramının önemi çok daha önemli hale gelmektedir (Gülmez, 2005: 166). Aydınlatma, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşulların yanı sıra bekleme süresi, bürokrasi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetlerinin de hasta memnuniyetini etkilediği saptanmıştır (Özer ve Çakıl, 2007: 142). Kurumun yönetiminde olan bu etkenler hasta memnuniyetini sağlayacak şekilde dizayn edilmelidir.

Çalışmalar göstermiştir ki yatan hastaların bakım hizmetlerinden duyduğu memnuniyet, hastanedeki genel hasta memnuniyeti ile güçlü bir şekilde bağıntılıdır. Bazı araştırmacılar, bakım hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler üzerine yaptıkları araştırmalarda, hasta memnuniyetini etkileyen bireysel ve kurumsal etkilerin tipik bir şekilde zayıf olduklarını görmüşlerdir. Bu faktörler; hemşire çalışma ortamı, hemşire iş doyumunu, kişiler arası faktörler, yapısal faktörler olarak örneklendirilebilir. Kültürel yapı, yaş, cinsiyet ve eğitim gibi hasta özelliklerinin hasta memnuniyeti oranları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bazı çalışmalarda da demografik veriler ve hasta memnuniyeti arasında herhangi bir ilişki bulunamadığından durum karışık bir hal almıştır (Daniel, 2012: 41-42).

Hasta memnuniyeti, sunulan hizmetler ve hizmet sunum süreçlerine göre farklılık göstermektedir. Hasta memnuniyetini yükseltmek isteyen kurumların ilk olarak yapması gereken faaliyet, memnuniyeti olumsuz etkileyen hizmet ve süreçleri araştırmaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 492).

### **1.2.3. Hasta Memnuniyetinin Sonuçları**

Hastalar memnun olduklarında güven artacaktır. Güven arttığında ise rahatsız eden ve korkutucu prosedürlere karşı hastaların toleransı artacaktır. Etkileşim becerileri ve uyum arasındaki ilişki tam olarak belgelenmiştir. Hastaların bakımıyla ilgili bir güvensizliği varsa, tıbbi bakımdan yönetim daha zorlaşacak ve etkinliği azalacaktır. Stres ve komplikasyonlar arasındaki ilişki bilinmektedir. Daha yüksek memnuniyet, daha düşük stres ve daha az komplikasyon olasılığı anlamına gelmektedir (Press, 2006: 7-8).

Hastalarla sağlık çalışanları arasında yaşanan iletişimsel sorunlardan yalnızca hastalar şikâyetçi değildir. Özellikle doktorlar ve hemşirelerde bu konuda önemli sorunlar olduğunu bildirmektedir (Gordon ve Edwards, 2001: 4). Haklarında dava açılmış

doktorlar arasında yapılan bir araştırmada, davaların yaklaşık ite ikisinin sağlıklı bir iletişimle çözülebileceği sonucuna varılmıştır (Gordon ve Edwards, 2001: 175)

Hasta memnuniyetinin sağlanması için kurumların yenilikçi olmaları, hastaların istek ve beklentilerini dikkatli bir Şekilde izleyerek bu istek ve beklentileri karşılayacak kaliteli hizmet sunumunu gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Kurumlar bu konuda başarılı olduğunda memnun edilmiş bir müşteri olarak hasta, kurumu başkalarına da tavsiye etme eğiliminde olacaktır. Bu da kurumun yararına olacaktır (Kayacan, 2015: 28).

Hasta memnuniyetinin plasebo etkisi de olabilmektedir<sup>1</sup>. Herhangi bir tedavinin ortalama % 30'unun plasebo etkisinin bir sonucu olduğu tahmin edilmektedir. Bu etkiye kesinlikle işlemin kendisi neden olmaz. Bir Őeker hapi plasebo değildir. Hap fikri ve yapabilecekleri plasebodur. Klinik ortamda yapılan her müdahalenin hastanın bakım algıları üzerinde plasebo etkisi yaratmaktadır. Bilgi verme, iletişim, bakıcıların tutumu ve motivasyonu, fiziksel rahatlık, dekor, sembol, makine, tedavilerle ilgili endişeler, kısacası her deneyim bu etkinliğe katkıda bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti, güçlü bir plasebodur (Press, 2006: 9-10).

Sağlık hizmetlerinde memnuniyetin artırılması, malpraktis davalarını azaltmaktadır. Ayrıca hastanın verilen hizmetten memnun olması tedaviye olan uyumunu da pozitif yönde etkilemektedir (Hochman, 2008: 879).

Hasta memnuniyetinin (ihtiyaç ve isteklerin ölçülmesi olarak tanımlanmıştır), hem bakımın sürekliliği, hem verilen talimatlara uyumu etkilediği ve daha sonraki sağlık hizmeti kullanımı ile de ilişkilendirildiği bulunmuştur (Chumbler ve diğerleri, 2016: 1).

Hasta memnuniyetinin yüksek olmasının bir başka avantajı, hataların azaltılması olasılığıdır. Bu birçok biçimde gerçekleşmektedir. Güven artışı, stres faktörünün azalması, çalışanlardan korkunun azalması ve işbirlikçi davranışlar hataların azalmasına yol açmaktadır (Press, 2006: 10)

Hastanın güven konusuna ilişkin algısı, çalışanın bu konudaki ilgisi ve jestleri ile olumlu Şekilde etkilenebilmektedir. Örneğin hemşire, hastanın önünde ellerini antiseptikle yıkadığında ya da "size doğru ilacı verdiğimizden emin olmak için bilek bandınızdaki

---

<sup>1</sup> Plasebo latince "I please" (memnunum, hoşnutum)'den gelmektedir.

kimlik numaranızı kontrol ediyorum” dediğinde hemşire, hastanın güvenliği ile ilgili olduğunu açık bir şekilde göstermiş olmaktadır.

Hasta memnuniyetinin yüksek olduğu hastanelerde mortalitenin düşme eğiliminde olduğu araştırmalarda saptanmıştır (Jaipaul ve Rosenthal, 2003: 65).

Kısacası hastalar daha fazla memnun olduklarında, tıbbi yönetim ve tıbbi sonuçların iyileştiği görülmüştür. Hasta memnuniyeti ve bakım kalitesi farklı kavramlar değildir.

Hastalarınız daha memnun olduklarında daha iyi bakım alacaktır. Nitelim hasta memnuniyetini ölçtüğünüzde bakım kalitesini de ölçmüş olacaksınız. Bakım kalitesi profesyonel uzmanlar tarafından tanınmaz, hastaların üzerindeki etkileri yoluyla tanımlanır (Press, 2006: 10-11).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı ile ilgili önemli bilgiler sağlamaktadır. Hasta memnuniyetinin gerçekleşmesi ile maliyetler azalmakta, kurumlar rekabet avantajı elde etmektedir. Yaratılan güven duygusu ile hastaneye başvuru sayısı artmaktadır ve hasta sadakati sağlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2012: 332).

### **1.3. İletişim ve Hasta Memnuniyeti İlişkisi**

Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti, sağlık hizmeti sunanlara ilişkin algıları, çeşitli sağlık hedeflerine ulaşmak için sistemin üyeleriyle başarılı bir şekilde iletişime girme yeteneğinin algılanması da dahil olmak üzere bir dizi faktörden etkilenir (Moore ve diğerleri, 2009: 285). Bu faktörlerin en önemlilerinden biri de iletişimidir.

Sağlık çalışanlarının iletişimi üzerine odaklanan birçok araştırma vardır ve iletişim ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (Jackson ve diğerleri, 2001: 610).

Hasta ile en çok iletişim kuran sağlık çalışanlarından biri olan hekimlerin tavrı ile hastanın memnuniyeti arasında yakın ilişki olduğu ve hekimin dört tutumunun algılanan iletişim seviyesini etkilediği ileri sürülmektedir (Bulduklı, 2015: 178-179).

- Sağlık sorununun önemi ve tedavisi ile ilgili açık bilgi vermek: Açık ve hastaların anlayacağı şekilde bilgi vermek hastanın memnuniyetini artırırken, kapalı sorular sormak ve anlaşılır olmayan bir üslup kullanmak memnuniyeti azaltmaktadır.

- Kararlara ortak etmek: Hastanın fikir ve görüşlerini almak, alınan kararlara onları ortak etmek hem tedaviye uyumu hem de memnuniyeti artırmaktadır.
- Cesaret verici olmak: Hastayı cesaretlendirmek, hastalığı ile ilgili onu rahatlatmak, anlaşıldığını hissettirerek hastalığı ile ilgili pozitif olmak memnuniyeti artırmaktadır.
- Nezaket göstermek: Hekimin sıcak tutumu ve nezaketli davranışları hastalar üzerinde olumlu etki yaratmaktadır.

Hastalar sağlık kurumlarından almış oldukları hizmeti değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok sorununun dinlenmesini, sağlık çalışanının duyarlı olmasını, yeteri kadar vakit ayrılmasını, kibar ve saygılı olunmasını göz önünde bulundurmaktadırlar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 497).

Hastalarla iyi bir iletişim kurulmasının, bilişsel (bilgi, anlama, hatırlama), duygusal (memnuniyet, endişe) ve davranışsal (tavsiyelere uyma) anlamda olumlu sonuçlar doğurduğu görülmektedir (RPC, 2003: 7).

Tıp mesleği kişiler arası ilişkilerin yoğun olduğu bir alandır. Sağlık hizmetleri ile hastalar arasındaki dengeyi sağlayacak olan da doğru iletişim kurmaktır. Hastayla tanışmak, anamnez almak, teşhis koymak, karar vermek ve uygulamak, bakımın gidişatını ve etkinliğini iyileştirmek için iletişimin önemi büyüktür. Aslında hayatın her aşamasında var olan iletişim hastalık durumunda çok daha önem kazanmaktadır. Sağlık kurumları bu durumun farkında olup hizmet içi eğitimlerde, sıklıkla iletişim ve kişiler arası ilişkilerle ilgili eğitim konularına yer vermeleri gerekmektedir (Bankaoğlu, 2013: 25).

Hasta-sağlık çalışanı etkileşimi üzerine yapılan araştırmalar, çeşitli şekillerde yürütülmektedir. Bunlardan ilkinde konu “ilişkisel kontrol” olarak bilinen, hizmet sunanlar ve hastalar arasındaki etkileşimi kontrol eden kişidir. Bir uzman olarak hekimin daha fazla kontrol sahibi olduğu geleneksel paternalist model, hastaların tedavide daha aktif rol aldıkları, “hasta merkezli” iletişime odaklanmayı sağlayan daha katılımcı veya tüketici odaklı modellere yönelmektedir. İkincisi ise, hasta-sağlık çalışanı etkileşiminin sonuçlarına odaklanır. Kapsamlı araştırmalar, hasta-sağlık çalışanı iletişiminin, sırasıyla hasta uyumu ve tedaviye uyum ile ilgili hasta memnuniyetini, fizyolojik yanıtı, hastanede kalış süresini, yaşam kalitesini ve diğer sağlık durumlarını etkilediğini göstermiştir. Buna

karşılık sağlık çalışanı, hastalar tarafından daha az personel değişimi talep edilmesi, malpraktis konusunda daha az başvuruda bulunulması ve hastaların sağlık konusunda tavsiyelere daha uyumlu olduğu durumlarda, iyi iletişimden faydalanırlar. Üçüncüsü ise hasta-sağlık çalışanı iletişimi ve bilgi arama davranışı da dahil olmak üzere iletişime dikkat çekmiştir (Donsbach, 2008: 2077-2078).

Hall ve arkadaşları (1981) hasta merkezli yaklaşımın hasta ve hekim memnuniyetiyle sonuçlandığını belirtmişlerdir. Clever ve arkadaşları (2008) doktor hasta iletişiminin hasta memnuniyetini etkileyip etkilemediğini belirlemeye yönelik çalışmalarında, hekimlerin iletişim davranışlarının genel memnuniyet dereceleriyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Kılıç ve Topuz (2015) yaptıkları çalışmada hastalarla iletişimin hasta memnuniyetini pozitif anlamda etkilediğini saptamışlardır. Çalım (2014) iletişim eğitimi alan ebelerin, bakım verdikleri kadınların normal doğum memnuniyetlerinin arttığını saptamıştır. Buller ve Buller (1987) doktorların iletişim stillerinin hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini etkilediğini belirlemişlerdir. Pieper ve arkadaşları (2009) daha iyi sağlık hizmeti sunmanın ve özellikle hasta hekimi iletişiminin sürdürülmesinin hasta memnuniyetini artırdığını saptamışlardır. Hochman ve arkadaşları (2008) da hekimin iletişim becerileri ile genel tatmin arasında pozitif bir ilişki bulunmuşlardır. Hasta ve sağlık çalışanı iletişimi, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturduğundan bu alanda yapılan araştırmalar artarak devam etmektedir. Bu çalışmada da hasta ve sağlık çalışanı iletişiminin, sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir bileşenini oluşturan hasta memnuniyetine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

## BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma yöntemine ilişkin bilgiler, evren ve örneklem, veri toplama aracı, veri toplama süreci, ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, araştırma kısıtları, araştırma modeli ve hipotezlerine yer verilmektedir.

### 2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın ana kütlelerini, Afyonkarahisar il merkezinde yer alan 5 yataklı tedavi kurumu (hastane) ve bir ağız-diş sağlığı merkezi olmak üzere 6 sağlık kurumundan hizmet alan 18-65 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem seçiminde kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olup, toplamda 510 kişiye ulaşılmıştır.

### 2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak nicel araştırma yöntemlerinden anket tekniği kullanılmıştır. Anket tekniğinin kullanılmasının temel nedeni; araştırmaya katılanlardan elde ettiğimiz verilerin, bilgisayar destekli istatistik programı ile işlenmesi ve analiz edilmesinin nispeten daha kolay olmasıdır. Aynı zamanda, her bir birey aynı soru setine cevap vereceğinden, bu tekniğin çok sayıda kişiye uygulanan araştırmalar için uygun bir veri toplama aracı olduğu düşünülmektedir (Coşkun ve diğerleri, 2017).

Anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tercih edilen hastane, tercih sebebi ve verilen hizmetin değerlendirilmesi yer almakta, ikinci bölümde İletişim Değerlendirme Aracı (Communication Assessment Tool) soruları, üçüncü bölümde Hasta Memnuniyeti Ölçeği (Patient Satisfaction Questionnaire) ve son bölümde sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular yer almaktadır.

Anket formunun ikinci ve üçüncü bölümünde Likert ölçeğine göre düzenlenmiş sorular yer almaktadır. Likert ölçeğine göre düzenlenmiş ifadeler , “1- Kesinlikle Katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Kararsızım 4- Katılıyorum 5- Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir.

***İletişim Değerlendirme Aracı (Communication Assessment Tool):*** Kişilerarası iletişim becerilerine ilişkin hekim performansının hasta algıları üzerinde etkisini ölçmek için güvenilir ve geçerli bir araç olduğu saptanan CAT, Gregory Makoul tarafından geliştirilmiştir (Baxter, 2015: 63). CAT, 2015 yılında Patricia Baxter tarafından

uyarlanarak çalışmasında kullanılmıştır. Çalışmamızda bu ölçekte kullanılan 15 sorudan 3'ü (2., 14. ve 15. ifadeler) hasta memnuniyeti soruları ile aynı olması nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır.

***Hasta Memnuniyeti Ölçeği (Patient Satisfaction Questionnaire):*** Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde hasta memnuniyetinin önemini ortaya koymak amacıyla Ware ve arkadaşları (1976) tarafından geliştirildi. İlk ölçek 80 maddeden oluşturuldu ve sağlık kurumlarını değerlendirmede, yönetimde, planlamada kullanmak ve genel nüfus çalışmalarında uygulamak için tasarlandı. İzleyen yıllarda birçok kez revizyona uğradı. En son versiyonu olan PSQ-III' de memnuniyet; teknik kalite, kişilerarası tutum, iletişim, finansal durum, doktorla geçirilen zaman, bakıma erişilebilirlik ve genel memnuniyet olmak üzere 7 boyut ve 50 maddeden meydana gelmektedir (Marshall ve Hays, 1994:3-4). Bu çalışmada hasta memnuniyeti ölçüm aracı olarak 1994 yılında, Marshall ve Hays tarafından oluşturulan PSQ-III' ün 18 sorudan oluşan "The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18) Hasta Memnuniyeti Ölçeği-Kısa Form" kullanılmıştır.

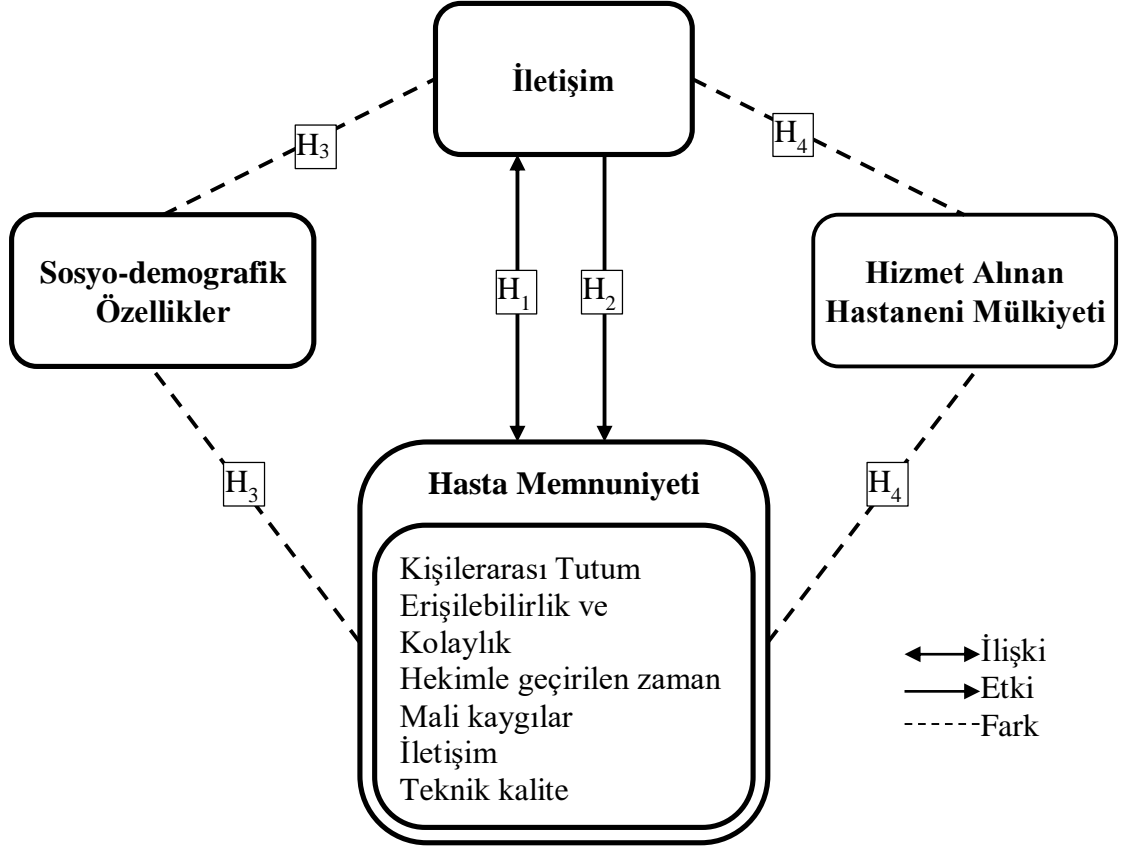
PSQ-18, genel memnuniyeti ölçen 2 madde, teknik kaliteyi ölçen 4 madde, kişilerarası tutumu ölçen 2 madde, iletişimi ölçen 2 madde, finansal yönü ölçen 2 madde, doktorla geçirilen zamanı ölçen 2 madde ve erişilebilirliği ölçen 4 maddeden oluşmaktadır. İfadeler 5'li Likert yapıda dizayn edilmiş olup 1. kesinlikle katılmıyorum 5. kesinlikle katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir.

### **2.3. Veri Toplama Süreci**

Veriler toplanmadan önce Afyonkarahisar Valiliği'nden 31.08.2016 tarih ve 15447152-044 sayılı yazıları ile gerekli izin (Ek-3) ve Sakarya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna dair 03.08.2016 tarih ve 59 sayılı toplantısında aldığı "08" nolu karar onayı alınmıştır. (Ek-2). Alınan izin doğrultusunda il merkezindeki 6 sağlık kuruluşundan hizmet aldığı teyit edilen 510 kişiye Afyonkarahisar il merkezinde yüz yüze anket uygulanmıştır.



## 2.4. Araştırma Modeli ve Hipotezler



Şekil 3: Araştırmanın Modeli

Yukarıdaki modele uygun olarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H<sub>1</sub>: İletişim ile Hasta Memnuniyeti arasında anlamlı ilişki vardır

H<sub>2</sub>: İletişim, hasta memnuniyetini etkiler

H<sub>3</sub>: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre iletişim ve hasta memnuniyetinde farklılık vardır.

H<sub>4</sub>: Katılımcıların en son hizmet aldığı hastanenin mülkiyetine göre iletişim ve hasta memnuniyetinde farklılık vardır.

## 2.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Çalışma verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics 22 programından yararlanılarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız

örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda fark bulunan değişkenlerde farklılığın kaynağını tespit etmek için Tukey analizinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında ( $p=0,05$ ) analiz edilmiştir.

## 2.6. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın en önemli kısıtı Afyonkarahisar il merkezi ile sınırlandırılmış olmasıdır. Zaman ve kaynak yetersizliği nedeniyle çalışma diğer illeri de kapsayacak şekilde genişletilememiştir. Çalışmanın sonuçları yalnızca araştırmaya katılanlarla sınırlıdır. Tüm Türkiye'ye ya da diğer illere genellenemez.

## 2.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı bir şekilde ölçmesi olarak tanımlanabilecek güvenilirlik, bir test ya da ölçeğin benzer şartlarda tekrar uygulandığında benzer sonuçları vermesidir. Bir ölçek veya test ne derecede güvenilir ise ondan elde edilen veriler de o derece güvenilirlerdir (Coşkun ve diğerleri, 2017: 124).

Araştırmada verilerin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Cronbach Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır.  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  arasında ölçeğin güvenilirliği düşük,  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  arasında ölçek oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  arasında ise yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir (Kalaycı, 2014: 405). Buna göre çalışmada kullandığımız iletişim (0,952) ölçeğinden elde edilen verilerin güvenilir olduğu görülmektedir (Tablo 3 ve 4).

Tablo 3 incelendiğinde de görüleceği gibi, iletişim ölçeğinin KMO değeri 0,943 bulunmuştur. KMO 1'e yaklaştıkça çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğü mükemmel ulaşmakta olup, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel olarak kabul edilmektedir (Karagöz, 2014: 651). Bu durumda ölçeğin uygulandığı örneklem büyüklüğünün oldukça iyi olduğu söylenebilir.

Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Barlett test sonucu da iletişim ölçeği için anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu sonuçlar, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Orijinalinde olduğu gibi, tek boyutta toplanan ölçeğin açıklanan toplam varyansı %65,67 olarak bulunmuştur. Bu durum da

ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli koşullara sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeği oluşturan ifadelerin faktör yükleri 0,721-0,867 arasında değişmektedir ki, sosyal bilimler açısından bakıldığında ifadelerin faktör yüklerinin oldukça uygun olduğu söylenebilir.

**Tablo 3**  
**İletişim Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,943	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4932,533	
	Df	66	
	Sig.	0,000	
Toplam Açıklanan Varyansa	% 65,67	Cronbach Alpha	0,952
<b>İfadeler</b>		<b>Faktör Yüğü</b>	
12. Bana özen ve ilgi gösterdiler		0,867	
3. Sağlığım konusunda temel kaygılarımı anladılar		0,845	
4. Beni dikkate aldılar (bana baktılar, dikkatlice dinlediler)		0,837	
6. Bana istediğim kadar bilgi verdiler		0,824	
7. Benimle anlayabileceğim bir şekilde konuştular		0,822	
10. Beni istediğim şekilde kararlara dahil ettiler		0,820	
8. Söyledikleri her şeyi anladığımdan emin olmak için kontrol ettiler		0,818	
5. Sözümlü kesmeden konuşmama izin verdiler		0,806	
11. Tedavimin bir sonraki aşamada yapılacak şeyleri benimle görüştüler		0,787	
9. Soru sormam için beni teşvik ettiler		0,786	
2. Sağlığım konusunda benim fikirlerimi de aldılar		0,777	
1. Beni rahat hissedeceğim bir şekilde karşıladılar		0,721	

Çalışmada kullanılan ikinci ölçek hasta memnuniyeti ölçeğidir. Daha önce belirtildiği gibi ölçeğin orijinali, genel memnuniyet ile birlikte 7 boyut ve 18 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin orijinaline uygun dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla öncelikle geçerlilik analizi yapılmıştır. Yapılan analiz neticesinde ölçeğin orijinalinde olduğu gibi 7 alt boyut altında toplandığı belirlenmiştir. Ancak teknik kalite boyutunu oluşturan ifadelerden 2. sorunun mali kaygılar ve 6. sorunun genel memnuniyet boyutu altında; erişilebilirlik boyutunu oluşturan ifadelerden 18. Sorunun mali kaygılar boyutu altında toplandığı belirlenmiştir. Ölçekten bu 3 ifade çıkarıldığında ölçeğin orijinalinde olduğu gibi 7 boyut altında toplanmıştır. Ancak iki ifadesi çıkarıldığı için teknik kalite iki ve bir ifadesi çıkarılan erişilebilirlik ise üç ifadeden oluşmuştur.

Ölçeğin son haliyle KMO değeri 0,819 ve Bartlett test sonucu anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ölçeğin toplam açıklanan varyansı %79,259 olup; bu haliyle ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli koşulları sağladığı söylenebilir. Ayrıca, ölçeği oluşturan

boyutların öz değerleri 1,438- 1,903 arasında değişmektedir ki, bu durum alınan boyutların uygunluğu bakımından önemlidir. Ölçeğin alt boyutlarının açıklanan varyansları ise genel memnuniyet bir kenara bırakıldığında 10,083-12,688 arasında değişmektedir. Bu bulgu ölçeğin boyutlarının genel olarak açıklayıcı varyanslarının benzer olduğunu göstermektedir.

İkinci aşamada ölçeğin güvenilirlik analiz yapılmıştır. Güvenilirlik analizi için Cronbach Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Ölçeğin geneli için 0,850 bulunan Cronbach Alpha kat sayısı, kişilerarası tutum boyutu için 0,894; erişilebilirlik ve kolaylık boyutu için 0,715; hekimle geçirilen zaman boyutu için 0,825; mali kaygılar boyutu için 0,797; iletişim boyutu için 0,703; teknik kalite boyutu için 0,746 ve genel memnuniyet boyutu için 0,710 olarak bulunmuştur (Tablo 4). Bu bulgular, ölçeklerden elde edilen verilerin hem boyut olarak hem de genel olarak güvenilir ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak bu haliyle hasta memnuniyeti ölçeğinin kullanılabilir olduğu söylenebilir.

Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde sonra, memnuniyet ölçeği, iletişim boyutunda 2 soru, teknik kalite boyutunda 2 soru, genel memnuniyet boyutunda 2 soru, mali kaygılar boyutunda 2 soru, erişilebilirlik ve kolaylık boyutunda 3 soru, kişilerarası tutum boyutunda 2 soru ve hekimle geçirilen zaman boyutunda 2 soru olmak üzere toplam 15 ifadeden oluşmaktadır.

**Tablo 4**  
**Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi**

<b>KMO and Bartlett's Test</b>			
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			,819
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square		3049,921
	Df		105
	Sig.		0,000
Toplam Açıklanan Varyans	%79,259	Cronbach Alpha	0,850
<b>Faktörler/ifadeler</b>	Faktör Yüğü	Açıklayıcı Varyans	Cronbach Alpha
<b>Kişilerarası Tutum</b> (Özdeğer=1,903)		12,688	0,894
10. Doktorlar bana karşı çok ciddi ve mesafeli davranmaktadırlar	0,882		
11. Doktorlar beni muayene ederken çok samimi ve saygılı bir şekilde davranmaktadırlar	0,844		
<b>Erişilebilirlik ve Kolaylık</b> (Özdeğer=1,890)		12,599	0,715
9. Tıbbi bakım aldığım yerde, insanlar acil tedavi hizmeti almak için çok uzun süre beklemek zorundadırlar	0,820		

16. Tedavimin en kısa sürede yapılması için randevu almakta zorlanıyorum	0,813		
8. İhtiyacım olan tıp uzmanlarına kolayca ulaşabilmekteyim	0,609		
<b>Hekimle geçirilen zaman</b> (Özdeğer=1,828)		12,185	0,825
12. Tıbbi bakım hizmeti sunan kişiler, tedavimi yaparken bazen çok aceleci davranırlar	0,924		
15. Doktorlar genellikle bana bol miktarda zaman ayırırlar	0,894		
<b>Mali kaygılar</b> (Özdeğer=1,660)		11,064	0,797
7. Tıbbi bakım alabilmek için gücümün üzerinde ödeme yapmak zorundayım	0,857		
5. Mali bir etkene bağlı olmaksızın ihtiyacım olan sağlık hizmetinin alabildiğimden eminim	0,799		
<b>İletişim</b> (Özdeğer=1,658)		11,055	0,703
1. Doktorlar yapılan tıbbi testlerin sebebini açıklama konusunda iyidir	0,860		
13. Doktorlar bazen kendilerine söylediklerimi görmezden gelirler	0,769		
<b>Teknik kalite</b> (Özdeğer=1,513)		10,083	0,746
4. Bazen doktorların koyduğu tanının doğru olup olmadığından kuşku duyarım	0,858		
14. Tedavimi yapan doktorların yetenekleri hakkında bazı şüphelerim var	0,676		
<b>Genel Olarak Memnuniyet</b> (Özdeğer=1,438)		9,585	0,710
17. Aldığım tedavi ile ilgili bazı şeylerden memnun değilim	0,922		
3. Aldığım sağlık hizmeti neredeyse mükemmeldir	0,590		

## **BÖLÜM 3. BULGULAR VE DEĞERLENDİRME**

### **3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çalışmanın Genel Bulguları**

Bu bölümde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, meslek grubu ve hane gelir düzeyi gibi değişkenlere ilişkin sayısal ve oransal dağılımlara yer verilmiştir.

Tablo 5’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan 510 kişiden 281 (% 55,1)’i kadın, 226 (%44,3)’sı ise erkektir. 3 kişi bu soruya cevap vermemiştir. Katılımcıların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu söylemek mümkündür. Medeni duruma bakıldığında 182 (%35,7) bekar, 259 (%50,8) evli bireylerden oluşan katılımcıların, 69 (%13,5)’u bu soruya cevap vermemiştir.

Katılımcıların 71 (%13,9)’i ilkokul/ortaokul, 174 (%34,1)’ü lise, 61 (%12)’i ön lisans, 167 (%32,7)’si lisans ve 27 (%5,3)’si lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. Bu tez kapsamında, katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımında lisans mezunlarının en çok, lisansüstü mezunların ise en az sayıda oldukları görülmektedir.

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, 25 ve altında yaşı olan 145 kişi (%28,4), 26-35 yaş arasında 143 kişi (%28), 36-45 yaş arasında 136 kişi (%26,7), 46 yaş ve üzerinde yaşı olan 82 kişi (%16,1) olduğu ve 4 (%0,8) kişinin de bu soruya cevap vermediği görülmektedir.

Katılımcılardan 169 (%33,1)’u memurlardan oluşmaktadır. Bunu sırasıyla 116 (%22,7) kişi ile işçiler, 76 (%14,9) kişi ile serbest meslek sahipleri, 13 (%2,5) kişi ile emekliler, 64 (%12,5) kişi ile öğrenciler ve 61 (%12) kişi ile ev hanımları takip etmektedir. 11 (%12) kişi bu soruya cevap vermemiştir. Meslek gruplarına göre dağılımda en büyük grubu memurların oluşturduğu görülmektedir.

Hane gelir düzeyine bakıldığında katılımcıların 43 (%8,4)’ünün 1500 TL ve altında, 102 (%20)’sinin 1501-2500 TL aralığında, 155 (%30,4)’inin 2501-3500 TL aralığında, 119 (%23,3)’unun 3501-4500 TL aralığında ve 63 (%12,4)’ünün 4501 ve üzerinde geliri olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 28 (%5,5)’i bu soruya cevap vermemiştir. Katılımcıların çoğunluğunun orta gelir düzeyine sahip olduğu anlaşılmaktadır.

**Tablo 5**  
**Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri**

	Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	281	55,1
	Erkek	226	44,3
	Cevap vermeyen	3	0,6
Medeni Durum	Bekâr	182	35,7
	Evli	259	50,8
	Cevap vermeyen	69	13,5
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	71	13,9
	Lise	174	34,1
	Ön lisans	61	12,0
	Lisans	167	32,7
	Lisans Üstü	27	5,3
	Cevap vermeyen	10	2,0
Yaş	≤25	145	28,4
	26-35	143	28,0
	36-45	136	26,7
	≥46	82	16,1
	Cevap vermeyen	4	0,8
Meslek grubu	Memur	169	33,1
	İşçi	116	22,7
	Serbest meslek	76	14,9
	Emekli	13	2,5
	Öğrenci	64	12,5
	Ev hanımı	61	12,0
	Cevap vermeyen	11	2,2
Hane Gelir Düzeyi (TL)	≤1500	43	8,4
	1501-2500	102	20,0
	2501-3500	155	30,4
	3501-4500	119	23,3
	≥4501	63	12,4
	Cevap vermeyen	28	5,5

### 3.2. Genel olarak Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışmada kullanılan ölçeklerin boyutlarına göre soru dağılımları ve tanımlayıcı istatistikleri Tablo 6'da görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi çalışmaya katılanların iletişim algıları ( $3,58 \pm 0,798$ ) ve memnuniyet düzeyleri ( $3,26 \pm 0,599$ ) orta seviyelerdedir. Benzer durum memnuniyet ölçeğinin alt boyutları için de söz konusudur. Katılımcılar, kişilerarası tutum ( $3,58 \pm 1,007$ ) ve mali kaygılar ( $3,57 \pm 0,978$ ) boyutundan daha memnun görünmesine karşılık, hekimle geçirilen zaman boyutunda bu durum

(2,87±0,930) en düşük seviyede gerçekleşmektedir. Bunu genel memnuniyet (3,12±0,929) boyutu takip etmektedir. Buna göre hekimle geçirilen zaman konusunda katılımcıların memnuniyet düzeyinin oldukça düşük olması, hekim randevularında hastalara daha fazla zaman ayırma ihtiyacını ortaya koymaktadır. Ayrıca bu durumun genel memnuniyeti de olumsuz yönde etkileyeceği gözden kaçırılmamalıdır.

**Tablo 6**  
**Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma Değerleri**

	Soru sayısı	Ort.	S.S.
<b>İletişim</b>	<b>12</b>	<b>3,58</b>	<b>0,798</b>
<b>Hasta Memnuniyeti</b>	<b>15</b>	<b>3,26</b>	<b>0,599</b>
İletişim	2	3,19	0,919
Teknik kalite	2	3,33	0,943
Genel olarak memnuniyet	2	3,12	0,929
Mali kaygılar	2	3,57	0,978
Erişilebilirlik	3	3,18	0,807
Kişilerarası tutum	2	3,58	1,007
Hekimle geçirilen zaman	2	2,87	0,930

En son başvuru hastane dağılımına bakıldığında (Tablo 7), %34,71 oranıyla en fazla başvuru yapılan sağlık kuruluşunun, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi olduğu görülmektedir. Sonrasında çok az farkla, %34,12 oranla Afyon Devlet Hastanesi gelmektedir. Akabinde özel hastane statüsünde en çok başvuru yapılan, %15,88 oranı ile Özel Park Hastanesi gelmektedir. Dördüncü sırada %6,86 ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi yer almaktadır. Beşinci sırada %5,49 başvuru oranıyla Özel Fuar Hastanesi ve son olarak %2,94 oranı ile Özel Telek Hastanesi'ne başvuru yapılmıştır. Genel olarak bakıldığında kamu sektörü sağlık kuruluşlarından hizmet alanların %75,69 oranıyla özel sektörün üç katından daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmanın bulgularında kamu ağırlığının daha fazla olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Katılımcıların ağırlıklı olarak kamu sağlık hizmetlerini kullanması memnuniyet ve iletişim bulgularında bu kesimin sonuçlarının ağırlıklı olmasına sebep olacaktır.



**Tablo 7****Katılımcıların En Son Başvurduğu Hastanelerin Dağılımı**

<b>En Son Başvurulan Hastane</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	177	34,71
Afyonkarahisar Devlet Hastanesi	174	34,12
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	35	6,86
<i>Kamu Toplam</i>	<i>386</i>	<i>75,69</i>
Özel Park Hastanesi	81	15,88
Özel Fuar Hastanesi	28	5,49
Özel Telek Hastanesi	15	2,94
<i>Özel Toplam</i>	<i>124</i>	<i>24,31</i>
<b>Toplam</b>	<b>510</b>	<b>100,00</b>

Tablo 8’de katılımcıların en son hizmet aldıkları hastaneyi tercih sebeplerinin dağılımı görülmektedir. Bu soruya 510 katılımcıdan toplam 813 cevap alınmıştır. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, hastane tercihi en önemli faktör, ulaşımın kolay olmasıdır (%18,57). Üçüncü sırada ise evime yakın olması (%12,18) seçeneği yer almaktadır. Bu iki neden birleştirildiğinde %30,75 oranıyla en önemli etkenin erişilebilirlik olduğu söylenebilir. Katılımcıların en çok katıldıkları ikinci tercih sebebi doktorunun o hastanede çalışmasıdır (%16,97). Bu durum hastane tercihiinde hekimin önemli bir faktör olarak görülmesi bakımından önemlidir. Ayrıca, hastanede çalışan hekimlerin daha bilgili olması sebebiyle tercih edenlerin %7,26 bulunmuştur. Bu iki ifade birleştirildiğinde hekime duyulan güvenin önemli bir tercih sebebi olduğu söylenebilir. Çünkü katılımcıların hastane tercihiinde hekim % 24,23 oranıyla önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaneyi tercih sebebi sıralamasında dördüncü sırada hizmet kalitesinin iyi olması (%10,33) ve bunun bir sonucu olarak beşinci sırada hastaneye duyulan güven (%10,09) gelmektedir. Bu iki etken birleştirildiğinde %20,44 oranıyla oldukça yüksek ve hastane tercihiinde 3. sırada önem arz eden bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu sebepleri eş dost tavsiyesi (%9,23) izlemektedir. Bu durum memnun hastaların hastaneye yeni hasta kazandırabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Bir sonraki tercih sebebi personelin tanınmasıdır (%8,36). Bu tercih sebebiinde yardım taleplerine cevap alma ya da hizmet almayı kolaylaştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Son sırada yer alan sebep hastane personelinin nezaketidir (%2,21). Çalışmada oldukça düşük bir oran alan bu sebep, katılımcıların beklentilerinin bir

göstergesi olarak henüz yeterince değer almadığını ya da katılımcıların bu konudaki beklentilerinin ne kadar düşük olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

**Tablo 8**  
**Katılımcıların En Son Gittiği Hastaneyi Tercih Sebepleri**

Tercih Sebebi	Sayı	Yüzde
1. Ulaşımının kolay olması	151	18,57
2. Doktorumun o hastanede çalışması	138	16,97
3. Evime yakın olması	99	12,18
4. Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	84	10,33
5. Hastaneye duyduğum güven	82	10,09
6. Eş dost tavsiyesi	75	9,23
7. Personeli tanıyorum	68	8,36
8. Hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması	59	7,26
9. Hastane personelinin nezaketi	18	2,21
10. Diğer	39	4,80
Toplam	813	100,00

Katılımcıların sağlık ekibinin sunduğu hizmete ilişkin değerlendirmeleri, “zayıf”, “orta”, “iyi”, “çok iyi” ve “mükemmel” olarak derecelendirilmiştir. Katılımcıların 44 (%8,7)’ü sağlık ekibinin sunduğu hizmeti “zayıf”, 99 (%19,6)’u “orta”, 258 (%51,1)’i “iyi”, 93 (%18,4)’ü “çok iyi” ve 11 (%2,2)’i “mükemmel” olarak değerlendirmiştir (Tablo 9). Bu bulguya göre sağlık hizmetlerinin, genel olarak iyi ve üzerinde bulunduğu söylenebilir. Ancak genel olarak memnuniyet ve iletişim bulgularıyla karşılaştırıldığında (bakınız Tablo 6) beklentilerinin daha yüksek olduğu ve bu sebeple memnuniyetlerinin orta düzeyde kaldığı söylenebilir.

**Tablo 9**  
**Katılımcıların Sağlık Ekibinin Sunduğu Hizmetle İlişkin Değerlendirmeleri**

	Sayı	Yüzde	Ortalama	S.S.
Zayıf	44	8,7	2,86	0,893
Orta	99	19,6		
İyi	258	51,1		
Çok iyi	93	18,4		
Mükemmel	11	2,2		
Toplam	505	100,0		

### 3.3. İletişim ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Tablo 10’da iletişim ve hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin alt boyutları arasındaki ilişki görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi iletişim ile hasta memnuniyeti arasında ( $r=0,599$ ) orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum hasta memnuniyetinin geliştirilmesi için iletişimin önemini vurgulaması bakımından önemlidir. Ayrıca iletişim ile memnuniyetin alt boyutları arasında da istatistiksel bakımdan anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Boyut boyut bakıldığında, İletişim ile en yüksek korelasyon, teknik kalite boyutunda görülmektedir ( $r=0,583$ ); bunu genel memnuniyet ( $r=0,505$ ) izlemektedir. Ayrıca, iletişim ile mali kaygılar ( $r=0,409$ ), kişiler arası tutum ( $r=0,472$ ), iletişim ( $r=0,397$ ) ve erişilebilirlik ( $r=0,342$ ) arasında da pozitif yönde ilişki bulunmaktadır. En düşük ilişki ise hekimlerle geçirilen zaman boyutunda ( $r=0,144$ ) görülmektedir. Memnuniyet ölçeğinin sadece mali kaygılar ve hekimle geçirilen zaman boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Bunun dışında kalan tüm alt boyutlar arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu bulgulardan hareketle  $H_1$  (İletişim ile Hasta Memnuniyeti arasında anlamlı ilişki vardır) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 10

#### İletişim ve Memnuniyet Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8
İletişim (1)	1							
Hasta memnuniyeti (2)	,599**	1						
İletişim (3)	,397**	,645**	1					
Teknik kalite (4)	,583**	,849**	,546**	1				
Genel olarak memnuniyet (5)	,505**	,735**	,419**	,547**	1			
Mali kaygılar (6)	,409**	,723**	,370**	,607**	,460**	1		
Erişilebilirlik ve kolaylık (7)	,342**	,710**	,287**	,468**	,414**	,444**	1	
Kişilerarası tutum (8)	,472**	,761**	,414**	,642**	,498**	,523**	,457**	1
Hekimle geçirilen zaman (9)	,144**	,348**	,164**	,113*	,303**	,067	,126**	,117**

### 3.4. İletişimin Hasta Memnuniyetine Etkisi

Çalışmada korelasyon analizi sonuçlarında iletişim ile memnuniyet ve memnuniyet alt boyutları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki olduğu ortaya koyulduktan sonra, bu ilişkinin memnuniyet ve memnuniyet alt boyutlarına etkisini belirlemek amacıyla basit regresyon analizinden yararlanılmıştır. Analizde iletişimin aritmetik ortalaması bağımsız,

memnuniyet ve alt boyutlarının aritmetik ortalamaları ise bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Bu şekilde memnuniyet ve tüm alt boyutlarından oluşan 8 adet regresyon modelinin özeti Tablo 11’de görölmektedir. Bakıldığında iletişimin, memnuniyet ve alt boyutları olan iletişim, teknik kalite, genel memnuniyet, mali kaygılar, erişilebilirlik, kişilerarası tutum, hekimle geçirilen zaman ile istatistiksel olarak anlamlı yordayıcı etkisi vardır ( $p<0,05$ ).

İletişimin hasta memnuniyeti üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model kullanılabilir nitelikte ( $F=284,081$ ;  $p=0,000$ ) olup, modelin ilişki katsayısı 0,599’dur ve modele göre iletişimin hasta memnuniyetini açıklamaya yordayıcı etkisi %35,9’dur ( $R^2=0,359$ ). Modelin  $\beta$  katsayısı 0,599 olup, pozitif yönlüdür. Bu bulgu, iletişimin hasta memnuniyetine etkisinin istatistiksel bakımdan anlamlı ve olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

İletişimin teknik kalite üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model kullanılabilir nitelikte ( $F=261,022$ ;  $p=0,000$ ) olup, modelin ilişki kat sayısı 0,583’tür ve modele göre iletişimin memnuniyeti açıklamaya yordayıcı etkisi %33,9’dur ( $R^2=0,339$ ). Modelin  $\beta$  katsayısı 0,583 olup, pozitif yönlüdür. Bu da iletişim boyutunun, teknik kalite boyutu üzerinde istatistiksel bakımdan anlamlı ve olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir.

İletişimin mali kaygılar üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model kullanılabilir niteliktedir ( $F=102,283$ ;  $p=0,000$ ). Modelin ilişki katsayısı 0,409 olup, iletişimin memnuniyeti açıklamada yordayıcı etkisi %16,8’dur ( $R^2=0,168$ ). Modelin  $\beta$  katsayısı pozitif ( $\beta=0,409$ ) yönlüdür. Bu sonuçtan hareketle iletişimin mali kaygıları gidermede istatistiksel bakımdan anlamlı ve olumlu bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

İletişimin erişilebilirlik-kolaylık üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model kullanılabilir nitelikte ( $F=67,390$ ;  $p=0,000$ ) olup, modelin ilişki katsayısı 0,342’dur. Modele göre iletişimin erişilebilirlik ve kolaylığı açıklamaya yordayıcı etkisi %11,7’dir ( $R^2=0,117$ ). Modelin  $\beta$  katsayısı 0,342 olup, pozitif yönlüdür. Bu sonuç, iletişim boyutunun erişilebilirlik ve kolaylık boyutu üzerinde istatistiksel bakımdan anlamlı ve olumlu yönde bir etki yarattığını göstermektedir.

İletişimin kişilerarası tutum üzerine etkisini yordamak amacıyla oluşturulan model kullanılabilir niteliktedir (F=145,629; p=0,000). Modelin ilişki katsayısı 0,472 olup; iletişim kişilerarası tutumun %22,3'sini ( $R^2=0,223$ ) açıklayıcı etkiye sahiptir. Modelin  $\beta$  katsayısı 0,472 olup, pozitif yönlüdür. Bu sonuç, iletişimin kişilerarası tutum boyutuna etkisinin istatistiksel bakımdan anlamlı ve olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

İletişimin hekimle geçirilen zaman boyutu üzerine etkisini ölçmek amacıyla oluşturulan model kullanılabilir niteliktedir (F=10,769; p=0,001). Modelin ilişki katsayısı diğer boyutlara göre düşük olsa da ( $R=0,144$ ), model, iletişimin hekimle geçirilen zaman boyutuna etkisini %2,1 ( $R^2=0,021$ ) oranında açıklamaktadır.  $\beta$  katsayısına bakıldığında ise ( $\beta=0,144$ ) iletişimin hekimle geçirilen zaman boyutuna etkisinin sınırlı olmakla birlikte; istatistiksel bakımdan anlamlı ve olumlu olduğu görülmektedir.

**Tablo 11**  
**İletişimin, Memnuniyet ve Memnuniyetin Faktörlerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları**

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p
		B	S.H.	B						
Hasta Memnuniyeti	(Sabit)	1,676	0,100		16,767	0,000	0,599	0,359	284,081	0,000
	İletişim	0,459	0,027	0,599	16,855	0,000				
İletişim	(Sabit)	1,553	0,172		9,025	0,000	0,397	0,157	94,833	0,000
	İletişim	0,457	0,047	0,397	9,738	0,000				
Teknik kalite	(Sabit)	1,350	0,134		10,058	0,000	0,583	0,339	261,022	0,000
	İletişim	0,591	0,037	0,583	16,156	0,000				
Mali kaygılar	(Sabit)	1,768	0,182		9,708	0,000	0,409	0,168	102,283	0,000
	İletişim	0,502	0,050	0,409	10,113	0,000				
Erişilebilirlik	(Sabit)	2,168	0,143		15,162	0,000	0,342	0,117	67,390	0,000
	İletişim	0,320	0,039	0,342	8,209	0,000				
Kişilerarası tutum	(Sabit)	1,442	0,181		7,964	0,000	0,472	0,223	145,629	0,000
	İletişim	0,596	0,049	0,472	12,068	0,000				
Hekimle geçirilen zaman	(Sabit)	2,268	0,188		12,081	0,000	0,144	0,021	10,769	0,001
	İletişim	0,168	0,051	0,144	3,282	0,001				
Genel olarak memnuniyet	(Sabit)	1,017	0,164		6,216	0,000	0,505	0,255	174,099	0,000
	İletişim	0,588	0,045	0,505	13,195	0,000				

İletişimin genel memnuniyet üzerine etkisini ölçmek amacıyla oluşturulan model istatistiksel bakımdan anlamlıdır. (F=174,099; p=0,000). Modelin ilişki katsayısı 0,505 olup, genel memnuniyeti açıklamaya etkisi %25,5'dir.  $\beta$  katsayısına (0,505) bakıldığında

iletişim boyutunun genel memnuniyet boyutuna olumlu etkisinin olduğu görülmektedir. Yukarıdaki bulgulara göre, H<sub>2</sub> (İletişim hasta memnuniyetini etkiler) hipotezi kabul edilmiştir.

### 3.5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Fark Analizi Sonuçları

Çalışmanın bu kısmında katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, meslek ve gelir durumuna göre farklılıklarını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi bulgularına yer verilmiştir.

Cinsiyetin iletişim, memnuniyet ve memnuniyetin boyutları bakımından fark oluşturup oluşturmadığı incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testinden yararlanılmıştır. Tablo 12’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetleri bakımından iletişim, memnuniyet ve memnuniyetin alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna göre cinsiyet faktörü, iletişim algısı ve hasta memnuniyetinde farklılık oluşturan bir özellik olarak değerlendirilmemektedir.

**Tablo 12**  
**Katılımcıların Cinsiyetine Göre Fark Analizi Sonuçları**

	Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	p
İletişim	Kadın	281	3,55	0,744	-1,020	0,308
	Erkek	226	3,62	0,853		
Hasta memnuniyeti	Kadın	281	3,31	0,594	-0,373	0,710
	Erkek	226	3,33	0,633		
İletişim	Kadın	281	3,22	0,902	0,834	0,405
	Erkek	226	3,15	0,938		
Teknik kalite	Kadın	281	3,43	0,810	-1,296	0,195
	Erkek	226	3,52	0,804		
Genel olarak memnuniyet	Kadın	281	3,06	0,935	-1,548	0,122
	Erkek	226	3,19	0,920		
Mali kaygılar	Kadın	281	3,58	0,927	0,334	0,739
	Erkek	226	3,55	1,041		
Erişilebilirlik	Kadın	281	3,34	0,720	0,769	0,442
	Erkek	226	3,28	0,773		
Kişilerarası tutum	Kadın	281	3,56	1,033	-0,409	0,683
	Erkek	226	3,60	0,975		
Hekimle geçirilen zaman	Kadın	281	2,85	0,934	-0,371	0,711
	Erkek	226	2,88	0,927		

Katılımcıların medeni durumlarına göre bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklerde t testi sonuçları Tablo 13'te görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, araştırmaya katılanların medeni durumu açısından iletişim, memnuniyet ve memnuniyetin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13**  
**Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları**

	Medeni durum	n	Ort.	S.S.	t	p
İletişim	Bekar	182	3,61	0,803	0,875	0,382
	Evli	259	3,54	0,812		
Hasta memnuniyeti	Bekar	182	3,32	0,617	0,082	0,935
	Evli	259	3,32	0,620		
İletişim	Bekar	182	3,17	0,888	-0,029	0,977
	Evli	259	3,18	0,938		
Teknik kalite	Bekar	182	3,43	0,796	-0,941	0,347
	Evli	259	3,51	0,859		
Genel olarak memnuniyet	Bekar	182	3,12	0,891	-0,236	0,814
	Evli	259	3,14	0,930		
Mali kaygılar	Bekar	182	3,56	0,992	-0,614	0,540
	Evli	259	3,62	0,971		
Erişilebilirlik	Bekar	182	3,37	0,718	1,498	0,135
	Evli	259	3,26	0,792		
Kişilerarası tutum	Bekar	182	3,59	0,998	0,238	0,812
	Evli	259	3,56	1,031		
Hekimle geçirilen zaman	Bekar	182	2,87	0,933	0,373	0,709
	Evli	259	2,83	0,916		

Tablo 14'te katılımcıların eğitim durumuna göre iletişim algıları ve hasta memnuniyeti ve memnuniyetin alt boyutlarında istatistiksel açıdan fark olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre, araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre sadece hasta memnuniyeti ölçeğinin teknik kalite boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu boyut dışındaki diğer boyutlar ile iletişim, hasta memnuniyetinde istatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Yapılan post hoc analizi sonuçlarına göre teknik kalite boyutunda farklılık lisans mezunları ( $3,30\pm 0,780$ ) ile ilkokul/ortaokul ( $3,62\pm 0,797$ ) mezunları ( $p=0,036$ ) ve lise ( $3,55\pm 0,780$ ) mezunlarından ( $p=0,030$ ) kaynaklanmaktadır. Lisans mezunları ilkokul/ortaokul ve lise mezunlarına göre teknik kaliteyi daha düşük seviyede algılamaktadır.

**Tablo 14**  
**Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları**

		n	Ort.	S.S.	F	p
İletişim	İlkokul/Ortaokul	71	3,62	0,835	0,359	0,838
	Lise	174	3,60	0,795		
	Ön lisans	61	3,65	0,722		
	Lisans	167	3,53	0,789		
	Lisans Üstü	27	3,54	1,012		
Hasta Memnuniyeti	İlkokul/Ortaokul	71	3,33	0,595	0,193	0,942
	Lise	174	3,34	0,605		
	Ön lisans	61	3,33	0,626		
	Lisans	167	3,29	0,602		
	Lisans Üstü	27	3,35	0,754		
İletişim	İlkokul/Ortaokul	71	3,17	0,922	0,201	0,938
	Lise	174	3,20	0,954		
	Ön lisans	61	3,26	0,929		
	Lisans	167	3,14	0,861		
	Lisans Üstü	27	3,17	1,101		
Teknik kalite*	İlkokul/Ortaokul	71	3,62	0,797	3,253	<b>0,012</b>
	Lise	174	3,55	0,780		
	Ön lisans	61	3,56	0,824		
	Lisans	167	3,30	0,780		
	Lisans Üstü	27	3,41	0,983		
Genel olarak memnuniyet	İlkokul/Ortaokul	71	3,08	0,924	0,243	0,914
	Lise	174	3,10	0,961		
	Ön lisans	61	3,11	0,882		
	Lisans	167	3,17	0,920		
	Lisans Üstü	27	3,20	1,031		
Mali kaygılar	İlkokul/Ortaokul	71	3,66	0,940	0,861	0,487
	Lise	174	3,64	0,961		
	Ön lisans	61	3,59	1,039		
	Lisans	167	3,48	0,963		
	Lisans Üstü	27	3,46	1,082		
Erişilebilirlik	İlkokul/Ortaokul	71	3,20	0,754	1,365	0,245
	Lise	174	3,28	0,724		
	Ön lisans	61	3,25	0,737		
	Lisans	167	3,41	0,715		
	Lisans Üstü	27	3,31	0,972		
Kişilerarası tutum	İlkokul/Ortaokul	71	3,54	1,034	0,560	0,692
	Lise	174	3,63	0,992		
	Ön lisans	61	3,66	1,063		
	Lisans	167	3,50	0,981		
	Lisans Üstü	27	3,69	0,932		



Hekimle geçirilen zaman	İlkokul/Ortaokul	71	2,87	0,853	1,098	0,357
	Lise	174	2,86	0,883		
	Ön lisans	61	2,72	0,920		
	Lisans	167	2,87	0,939		
	Lisans Üstü	27	3,17	1,225		

Tablo 15’te katılımcıların yaş gruplarına göre iletişim ve hasta memnuniyetinde bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Katılımcıların yaş gruplarına göre yapılan analiz sonuçların göre iletişim ve hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutlarından iletişim, erişilebilirlik ve hekimle geçirilen zamanda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna karşılık, hasta memnuniyeti, teknik kalite, genel memnuniyet, mali kaygılar ve kişilerarası tutumda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Post-hoc analizi sonuçlarına göre hasta memnuniyetinde fark, 36-45 yaş grubu katılımcılar ( $3,47\pm0,586$ ) ile  $\leq 25$  yaş grubu ( $3,25\pm0,609$ ) ve 26-35 ( $3,26\pm0,621$ ) yaş grubu katılımcılardan kaynaklanmaktadır ( $p<0,05$ ). 36-45 yaş grubu katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyi diğer iki gruba göre daha yüksek seviyelerdedir.  $\geq 46$  yaş grubunun ortalaması ise 36-45 yaş grubuna yakın bulunmaktadır.

Teknik kalite boyutundaki fark,  $\leq 25$  yaş grubu katılımcılar ( $3,28\pm0,781$ ) ile 36-45 yaş grubu ( $3,65\pm0,774$ ) ve  $\geq 46$  yaş grubu ( $3,59\pm0,840$ ) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ( $p<0,05$ ).  $\leq 25$  yaş grubu katılımcıların kaliteden memnuniyet düzeyleri diğer gruplara göre daha düşük düzeyde bulunmaktadır.

Genel memnuniyet boyutunda farkın hangi değişkenlerden kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen post hoc analizi sonuçlarına göre fark,  $\leq 25$  yaş grubu katılımcılar ( $3,02\pm0,915$ ) ile 36-45 yaş grubu ( $3,33\pm0,947$ ) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ( $p<0,05$ ).  $\leq 25$  yaş grubu katılımcıların genel memnuniyeti, 36-45 yaş grubu katılımcılardan farklılaşarak daha düşük seviyede bulunmaktadır.

Genel memnuniyet boyutunda olduğu gibi, mali kaygılar boyutundaki fark da,  $\leq 25$  yaş grubu katılımcılar ( $3,38\pm1,032$ ) ile 36-45 yaş grubu ( $3,74\pm0,911$ ) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ( $p<0,05$ ). 36-45 yaş grubu bireylerin mali kaygıları sadece  $\leq 25$  yaş

grubu katılımcılardan farklılaşmakla kalmakta; aynı zamanda tüm yaş grupları içerisinde en yüksek seviyede gerçekleşmektedir.

Kişilerarası tutum boyutundaki fark, 36-45 yaş grubu katılımcılar ( $3,84 \pm 0,902$ ) ile  $\leq 25$  yaş grubu katılımcılar ( $3,49 \pm 1,007$ ) ve 26-35 yaş grubu ( $3,47 \pm 0,981$ ) katılımcılardan kaynaklanmaktadır ( $p < 0,05$ ). 36-45 yaş grubu katılımcılar kişilerarası tutuma daha olumlu bakmasına karşılık; bu durum  $\leq 25$  yaş grubu ve 26-35 yaş grubu katılımcılarda daha zayıf görünmektedir.

**Tablo 15**  
**Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Fark Analizi Sonuçları**

	Yaş Grubu	n	Ort.	S.S.	F	p.	Post Hoc
İletişim	$\leq 25^1$	145	3,56	0,756	0,765	0,514	
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,52	0,848			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,66	0,781			
	$\geq 46^4$	82	3,60	0,819			
Hasta Memnuniyeti	$\leq 25^1$	145	3,25	0,609	3,759	<b>0,011</b>	3-1 p=0,014 3-2 p=0,026
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,26	0,621			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,47	0,586			
	$\geq 46^4$	82	3,32	0,607			
İletişim	$\leq 25^1$	145	3,13	0,833	0,801	0,494	
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,16	0,936			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,29	0,965			
	$\geq 46^4$	82	3,19	0,955			
Teknik kalite	$\leq 25^1$	145	3,28	0,781	5,713	<b>0,001</b>	1-3 p=0,001 1-4 p=0,024
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,43	0,807			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,65	0,774			
	$\geq 46^4$	82	3,59	0,840			
Genel olarak memnuniyet	$\leq 25^1$	145	3,02	0,915	3,141	<b>0,025</b>	1-3 p=0,027
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,06	0,939			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,33	0,947			
	$\geq 46^4$	82	3,09	0,888			
Mali kaygılar	$\leq 25^1$	145	3,38	1,032	3,316	<b>0,020</b>	1-3 p=0,011
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,55	0,962			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,74	0,911			
	$\geq 46^4$	82	3,62	0,977			
Erişilebilirlik	$\leq 25^1$	145	3,36	0,726	2,017	0,111	
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,26	0,738			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,41	0,710			
	$\geq 46^4$	82	3,19	0,776			

Kişilerarası tutum	≤25 <sup>1</sup>	145	3,49	1,007	4,189	<b>0,006</b>	3-1 p=0,017 3-2 p=0,009
	26-35 <sup>2</sup>	143	3,47	0,981			
	36-45 <sup>3</sup>	136	3,84	0,902			
	≥46 <sup>4</sup>	82	3,55	1,083			
Hekimle geçirilen zaman	≤25 <sup>1</sup>	145	2,93	0,945	1,093	0,352	
	26-35 <sup>2</sup>	143	2,75	0,902			
	36-45 <sup>3</sup>	136	2,89	0,973			
	≥46 <sup>4</sup>	82	2,89	0,850			

Tablo 16’da katılımcıların mesleklerine göre gerçekleştirilen fark analizi sonuçları görülmektedir. Yapılan yek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, katılımcıların meslek ya da uğraşı alanları iletişim ile hasta memnuniyetinin alt boyutlarından iletişim, genel memnuniyet ve hekimle geçirilen zaman boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna karşılık; hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin alt boyutlarından teknik kalite, mali kaygılar, erişilebilirlik ve kişilerarası tutum boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Yapılan post-hoc analizine göre hasta memnuniyetinde farklılığa sebep olan iki ayrı grup belirlenmiştir. Bunlardan ilkinde fark, serbest meslek çalışanları ( $3,39\pm0,645$ ) ile memurlar ( $3,33\pm0,641$ ) ve emeklilerden ( $2,92\pm0,910$ ) kaynaklanmaktadır. Bu grupta serbest meslek çalışanlarının memnuniyet düzeyi diğer iki gruba göre daha yüksek seviyededir. İkinci grubun farklılığı ise işçiler ( $3,42\pm0,537$ ) ile emekliler ( $2,92\pm0,910$ ) ve öğrenciler ( $3,20\pm0,501$ )’den kaynaklanmaktadır ( $p<0,05$ ). İşçilerin memnuniyet düzeyleri emekli ve öğrencilere göre daha yüksek seviyede bulunmaktadır.

Post-hoc analizi sonuçlarına göre teknik kalite boyutunda dört farklı grup arasında farklılıklar görülmektedir. Bu gruplardan ilkinde fark, memurlar ( $3,40\pm0,812$ ) ile işçiler ( $3,65\pm0,724$ ), serbest meslek çalışanları ( $3,71\pm0,783$ ) ve öğrenciler ( $3,17\pm0,676$ )’den kaynaklanmaktadır. Teknik kaliteden memurlar, işçi ve serbest meslek çalışanlarına göre daha düşük seviyede memnun olmasına karşılık; öğrenciler daha düşük bir memnuniyet ortalaması ile memurlardan ayrılmaktadır. İkinci grupta fark; işçiler ( $3,65\pm0,724$ ) ile emekliler ( $3,04\pm1,233$ ) ve öğrenciler ( $3,17\pm0,676$ )’den kaynaklanmaktadır. Bu grupta işçilerin teknik kaliteden memnuniyet düzeyinin emekliler ve memurlara göre daha olumlu olduğu görülmektedir. Üçüncü grupta farklılık, serbest meslek çalışanları ( $3,71\pm0,783$ ) ile emekliler ( $3,04\pm1,233$ ) ve öğrenciler ( $3,17\pm0,676$ )’den kaynaklanmaktadır. Bu grupta işçilerde olduğu gibi, serbest meslek sahiplerinin teknik

kaliteden memnuniyeti emekli ve öğrencilere göre daha iyi düzeyde bulunmaktadır. Son farklılık oluşturan grup ise öğrenciler ( $3,17\pm 0,676$ ) ile ev hanımları ( $3,45\pm 0,918$ )'dır. Diğer gruplarda olduğu gibi, bu grupta da öğrencilerin memnuniyeti daha düşük seviyede bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Mali kaygılar boyutundaki farklılık da dört ayrı gruptan kaynaklanmaktadır. Bunlardan ilkindeki farklılık, memurlar ( $3,51\pm 0,953$ ) ile işçiler ( $3,76\pm 0,833$ ), serbest meslek çalışanları ( $3,78\pm 0,961$ ), emekliler ( $2,96\pm 1,266$ ) ve öğrenciler ( $3,16\pm 1,043$ )'den kaynaklanmaktadır. Memurların mali kaygılar boyutuna katılımları işçi ve serbest meslek çalışanlarına göre daha düşük seviyede olmasına karşılık; emekli ve öğrencilere göre daha yüksek seviyede bulunmaktadır. İkinci gruptaki fark; işçiler ( $3,76\pm 0,833$ ) ile emekliler ( $2,96\pm 1,266$ ) ve öğrenciler ( $3,16\pm 1,043$ )'den kaynaklanmaktadır. Bu grupta işçilerin mali kaygılar boyutuna katılımı emekliler ve öğrencilere göre daha yüksek seviyede bulunmaktadır. Üçüncü grup farklılık, serbest meslek çalışanları ( $3,78\pm 0,961$ ) ile emekliler ( $2,96\pm 1,266$ ) ve öğrenciler ( $3,16\pm 1,043$ )'den kaynaklanmaktadır. Bu grupta da serbest meslek çalışanlarının mali kaygılara katılımı emekli ve öğrencilere göre daha yüksek bulunmaktadır. Son grup farklılık ise ev hanımları ( $3,61\pm 1,042$ ) ile emekliler ( $2,96\pm 1,266$ ) ve öğrenciler ( $3,16\pm 1,043$ )'den kaynaklanmaktadır. Bu grupta da ev hanımlarının katılımı diğer iki boyuttan daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Genel olarak bu farklılıklar olmakla birlikte memnuniyet düzeylerine göre bakıldığında emeklilerin memnuniyet düzeyinin en düşük grup olduğu, bu grubu öğrencilerin izlediği söylenebilir. Genellikle memnuniyet farklılığı da bu iki grup ile diğer gruplar arasında görülmektedir.

Erişilebilirlik boyutunda da farklılık dört ayrı gruptan kaynaklanmaktadır. Bunlardan ilkinde fark, memurlar ( $3,40\pm 0,778$ ) ile işçiler ( $3,33\pm 0,668$ ), emekliler ( $2,77\pm 1,008$ ) ve ev hanımları ( $3,10\pm 0,746$ )'ndan kaynaklanmaktadır. Bu grupta erişilebilirlikten memnuniyet, memurlarda diğer meslek mensuplarına göre daha yüksek seviyede görülmektedir. İkinci grup farklılık, işçiler ( $3,33\pm 1,042$ ) ile emekliler ( $2,77\pm 1,008$ ) ve ev hanımları ( $3,10\pm 0,746$ )'ndan kaynaklanmaktadır. Bu grupta işçilerin erişilebilirlikten memnuniyeti, emekli ve ev hanımlarına göre daha iyi durumdadır. Üçüncü farklılık, serbest meslek çalışanları ( $3,26\pm 0,752$ ) ile emekliler ( $2,77\pm 1,008$ )'den kaynaklanmakta olup; bu grupta serbest meslek mensuplarının memnuniyeti daha üst seviyede

gerçekleşmektedir. Son gruptaki farklılık ise (3,39±0,683) ile emekliler (2,77±1,008) ve ev hanımları (3,10±0,746)'ndan kaynaklanmaktadır. Öğrencilerin erişilebilirlikten memnuniyeti emekli ve ev hanımlarına göre daha olumludur (p<0,05).

Kişilerarası tutum boyutundaki fark, emekliler (2,65±0,944) ile memurlar (3,59±0,954), işçiler (3,72±0,912); serbest meslek çalışanları (3,71±1,034), öğrenciler (3,46±0,940) ve ev hanımları (3,50±1,238)'ndan kaynaklanmaktadır. Kişiler arası tutumdan emeklilerin memnuniyet düzeyi diğer tüm katılımcı gruplardan daha düşük seviyede bulunmaktadır (p<0,05).

**Tablo 16**

**Katılımcıların Mesleklerine Göre Fark Analizi Sonuçları**

	Meslek grubu	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
İletişim	Memur <sup>1</sup>	169	3,56	0,822	1,823	0,107	
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,76	0,706			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,56	0,919			
	Emekli <sup>4</sup>	13	3,61	0,916			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,55	0,719			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	3,40	0,755			
Hasta Memnuniyeti	Memur <sup>1</sup>	169	3,33	0,641	2,701	<b>0,020</b>	1-3 p=0,020 2-4 p=0,005 2-5 p=0,019 3-4 p=0,001
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,42	0,537			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,39	0,645			
	Emekli <sup>4</sup>	13	2,92	0,910			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,20	0,501			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	3,24	0,631			
İletişim	Memur <sup>1</sup>	169	3,17	0,970	1,812	0,109	
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,37	0,878			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,13	0,900			
	Emekli <sup>4</sup>	13	2,73	1,073			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,09	0,739			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	3,24	0,956			
Teknik kalite	Memur <sup>1</sup>	169	3,40	0,812	5,399	<b>0,000</b>	1-2 p=0,009 1-3 p=0,005 1-5 p=0,005 2-4 p=0,009 2-5 p=0,000 3-4 p=0,005 3-5 p=0,000 5-6 p=0,048
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,65	0,724			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,71	0,783			
	Emekli <sup>4</sup>	13	3,04	1,233			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,17	0,676			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	3,45	0,918			

Genel olarak memnuniyet	Memur <sup>1</sup>	169	3,17	0,954	1,235	0,291	
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,22	0,840			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,17	1,008			
	Emekli <sup>4</sup>	13	2,96	1,127			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,04	0,793			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	2,90	0,952			
Mali kaygılar	Memur <sup>1</sup>	169	3,51	0,953	5,105	<b>0,000</b>	1-2 p=0,033 1-3 p=0,049 1-4 p=0,046 1-5 p=0,013 2-4 p=0,005 2-5 p=0,000 3-4 p=0,005 3-5 p=0,000 4-6 p=0,026 5-6 p=0,009
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,76	0,833			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,78	0,961			
	Emekli <sup>4</sup>	13	2,96	1,266			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,16	1,043			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	3,61	1,042			
Erişilebilirlik	Memur <sup>1</sup>	169	3,40	0,778	3,110	<b>0,009</b>	1-2 p=0,047 1-4 p=0,003 1-6 p=0,007 2-4 p=0,001 2-6 p=0,047 3-4 p=0,029 4-5 p=0,006 5-6 p=0,026
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,33	0,668			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,26	0,752			
	Emekli <sup>4</sup>	13	2,77	1,008			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,39	0,683			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	3,10	0,746			
Kişilerarası tutum	Memur <sup>1</sup>	169	3,59	0,954	3,239	<b>0,007</b>	1-4 p=0,001 2-4 p=0,000 3-4 p=0,000 4-5 p=0,008 4-6 p=0,006
	İşçi <sup>2</sup>	116	3,72	0,912			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	3,71	1,034			
	Emekli <sup>4</sup>	13	2,65	0,944			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	3,46	0,940			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	3,50	1,238			
Hekimle geçirilen zaman	Memur <sup>1</sup>	169	2,92	0,966	1,304	0,261	
	İşçi <sup>2</sup>	116	2,74	0,806			
	Serbest meslek <sup>3</sup>	76	2,82	0,867			
	Emekli <sup>4</sup>	13	3,35	1,008			
	Öğrenci <sup>5</sup>	64	2,89	1,014			
	Ev hanımı <sup>6</sup>	61	2,81	1,005			

Tablo 17’de katılımcıların gelir durumlarına göre fark analizi sonuçları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi katılımcıların gelir durumlarına göre iletişim ile hasta memnuniyetinin alt boyutlarından iletişim, erişilebilirlik ve hekimle geçirilen zaman boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Buna karşılık, hasta memnuniyeti, teknik kalite, genel memnuniyet, mali kaygılar ve kişilerarası tutumda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Yapılan post-hoc analizine göre hasta memnuniyetinde farklılık iki ayrı gruptan kaynaklanmaktadır. Bunlardan ilkinde fark,  $\leq 1500$  TL ( $3,15 \pm 0,584$ ) gelire sahip olan katılımcılar ile 3501-4500 TL ( $3,47 \pm 0,592$ ) arası ve  $\geq 4501$  TL ( $3,41 \pm 0,650$ ) gelire sahip olanlardan kaynaklanmaktadır. Analiz sonucuna göre  $\leq 1500$  TL geliri olanların memnuniyet düzeyi 3501-4500 TL ve  $\geq 4501$  TL geliri olanlara göre daha düşük seviyede gerçekleşmiştir. İkinci farklılık 1501-2500 TL ( $3,24 \pm 0,593$ ) gelire sahip olanlar ile 3501-4500 TL ( $3,47 \pm 0,592$ ) gelire sahip olanlardan kaynaklanmaktadır. Bu grupta da 3501-4500 TL geliri olan katılımcıların memnuniyet düzeyi 1501-2500 TL geliri olanlardan daha yüksektir ( $p < 0,05$ ).

Teknik kalite boyutundaki fark, 3501-4500 TL ( $3,73 \pm 0,806$ ) gelir grubu katılımcılar ile  $\leq 1500$  TL ( $3,24 \pm 0,571$ ), 1501-2500 TL ve 3501-4500 TL ( $3,73 \pm 0,806$ ) geliri olan katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bu boyutta 3501-4500 TL arasında geliri olan hastaların memnuniyet düzeyi diğer katılımcı gruplarından daha yüksek seviyede bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

Genel memnuniyet boyutundaki fark, 1501-2500 TL ( $2,90 \pm 0,854$ ) gelir grubu ile 2501-3500 TL ( $3,15 \pm 0,895$ ) gelir grubu, 3501-4500 TL ( $3,27 \pm 0,958$ ) gelir grubu ve  $\geq 4501$  TL ( $3,28 \pm 0,954$ ) gelir grubundaki katılımcılardan kaynaklanmaktadır. 2501-3500 TL gelire sahip olan katılımcıların genel memnuniyet seviyesi 3501-4500 TL ve  $\geq 4501$  TL gelire sahip olan hastalardan daha düşüktür ( $p < 0,05$ ).

Mali kaygılar boyutundaki farklılık iki ayrı gruptan kaynaklanmaktadır. Bunlardan ilkinde fark,  $\leq 1500$  TL ( $3,23 \pm 1,151$ ) gelir grubu katılımcılar ile 2501-3500 TL ( $3,62 \pm 0,948$ ) gelir grubu, 3501-4500 TL ( $3,79 \pm 0,865$ ) gelir grubu ve  $\geq 4501$  TL ( $3,62 \pm 0,915$ ) gelir grubu katılımcılardan kaynaklanmaktadır.  $\leq 1500$  TL ( $3,23 \pm 1,151$ ) gelir grubu katılımcıların mali hususlardaki memnuniyet düzeyi 2501-3500 TL gelir grubu, 3501-4500 TL gelir grubu ve  $\geq 4501$  TL gelir grubu hastalardan daha düşüktür. İkinci grupta fark, 1501-2500 TL ( $3,48 \pm 1,011$ ) gelir grubu katılımcılar ile 3501-4500 TL ( $3,79 \pm 0,865$ ) gelir grubu katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Bu grupta 3501-4500 TL gelir grubu katılımcıların memnuniyeti daha yüksektir ( $p < 0,05$ ).

Kişilerarası tutum boyutundaki fark, 3501-4500 TL (3,86±0,890) gelir grubu katılımcılar ile ≤1500 TL (3,29±1,042) gelir grubu, 1501-2500 TL (3,46±1,019) gelir grubu katılımcılar ve 3501-4500 TL (3,86±0,890) gelir grubu hastalar ile ≥4501 TL gelire sahip olan hastalar ve ≤1500 TL geliri olan hastalardan kaynaklanmaktadır. Genel olarak bakıldığında bu boyutta ≤1500 TL geliri olan hastaların memnuniyet düzeyi daha düşüktür (p<0,05).

**Tablo 17**  
**Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları**

	Gelir (TL)	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
İletişim	≤1500 <sup>1</sup>	43	3,59	0,754	0,873	0,480	
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	3,51	0,796			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,59	0,800			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,70	0,770			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,67	0,739			
Hasta Memnuniyeti	≤1500 <sup>1</sup>	43	3,15	0,584	3,373	<b>0,010</b>	1-4 p=0,003 1-5 p=0,027 2-4 p=0,005
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	3,24	0,575			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,34	0,593			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,47	0,592			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,41	0,650			
İletişim	≤1500 <sup>1</sup>	43	2,92	0,994	1,863	0,116	
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	3,15	0,804			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,17	0,914			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,34	0,940			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,21	1,007			
Teknik kalite	≤1500 <sup>1</sup>	43	3,24	0,571	4,25	<b>0,002</b>	1-4 p=0,000 2-4 p=0,002 3-4 p=0,006
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	3,40	0,706			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,47	0,825			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,73	0,806			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,50	0,822			
Genel olarak memnuniyet	≤1500 <sup>1</sup>	43	3,00	1,080	2,934	<b>0,020</b>	2-3 p=0,037 2-4 p=0,003 2-5 p=0,011
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	2,90	0,854			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,15	0,895			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,27	0,958			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,28	0,954			
Mali kaygılar	≤1500 <sup>1</sup>	43	3,23	1,151	3,199	<b>0,013</b>	1-3 p=0,021 1-4 p=0,001 1-5 p=0,042 2-4 p=0,015
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	3,48	1,011			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,62	0,948			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,79	0,865			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,62	0,915			



Erişilebilirlik	≤1500 <sup>1</sup>	43	3,21	0,785	1,061	0,375	
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	3,29	0,770			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,34	0,721			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,37	0,666			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,47	0,743			
Kişilerarası tutum	≤1500 <sup>1</sup>	43	3,29	1,042	3,697	<b>0,006</b>	1-4 p=0,001 1-5 p=0,048 2-4 p=0,003 3-4 p=0,046
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	3,46	1,019			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	3,62	1,016			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	3,86	0,890			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	3,67	0,921			
Hekimle geçirilen zaman	≤1500 <sup>1</sup>	43	2,99	1,066	0,989	0,413	
	1501-2500 <sup>2</sup>	102	2,82	0,866			
	2501-3500 <sup>3</sup>	155	2,88	0,876			
	3501-4500 <sup>4</sup>	119	2,74	0,897			
	≥4501 <sup>5</sup>	63	2,97	1,054			

Yukarıdaki bulgular ışığında H<sub>3</sub> (Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre iletişim ve hasta memnuniyetinde farklılık vardır.) hipotezi için kabul ve reddedilen özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 19’da görülmektedir.

Tablo 18’de katılımcıların en son hizmet aldıkları hastanenin kamu ya da özel sektör kuruluşu olmasına göre yapılan fark analizi sonuçları görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre iletişim ile hasta memnuniyetinin alt boyutlarından iletişim, mali kaygılar, erişilebilirlik ve hekimle geçirilen zamanda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Buna karşılık, hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin alt boyutlarından teknik kalite, genel memnuniyet ve kişilerarası tutumda istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p<0,05). Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi kamu sektörü hastanelerinin hepsinde memnuniyet düzeyi daha düşük seviyede bulunmaktadır.

**Tablo 18****Katılımcıların En Son Kamu ya da Özel Sektörden Hizmet Alma Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları**

		n	Ort.	S.S.	t	P
İletişim	Kamu	386	3,57	0,808	-0,644	0,520
	Özel	124	3,62	0,766		
Hasta Memnuniyeti	Kamu	386	3,27	0,604	-3,446	<b>0,001</b>
	Özel	124	3,48	0,610		
İletişim	Kamu	386	3,15	0,880	-1,423	0,156
	Özel	124	3,30	1,024		
Teknik kalite	Kamu	386	3,40	0,789	-3,120	<b>0,002</b>
	Özel	124	3,66	0,844		
Genel olarak memnuniyet	Kamu	386	3,05	0,924	-3,005	<b>0,003</b>
	Özel	124	3,34	0,914		
Mali kaygılar	Kamu	386	3,52	0,994	-1,889	0,059
	Özel	124	3,71	0,918		
Erişilebilirlik	Kamu	386	3,28	0,733	-1,686	0,092
	Özel	124	3,41	0,780		
Kişilerarası tutum	Kamu	386	3,48	1,006	-3,913	<b>0,000</b>
	Özel	124	3,88	0,951		
Hekimle geçirilen zaman	Kamu	386	2,84	0,933	-1,464	0,144
	Özel	124	2,98	0,917		

Yukarıdaki fark analizleri sonucunda  $H_4$  (Katılımcıların en son hizmet aldığı hastanenin mülkiyetine göre iletişim ve hasta memnuniyetinde farklılık vardır.) hipotezi; iletişim ile hasta memnuniyetinin alt boyutlarından iletişim, mali kaygılar, erişilebilirlik ve hekimle geçirilen zaman boyutları için reddedilmesine karşılık; hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin alt boyutlarından teknik kalite, genel memnuniyet ve kişilerarası tutum için kabul edilmiştir.

**Tablo 19**  
**Katılımcıların Özelliklerine Göre Kabul ve Reddedilen H3 Hipotezi**

	Cinsiyet		Medeni Durum		Eğitim Durumu		Yaş		Meslek grubu		Hane Gelir Düzeyi		Hastane Mülkiyeti	
	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red	Kabul	Red
İletişim		√		√		√		√		√		√		√
Hasta Memnuniyeti		√		√		√	√		√		√		√	
İletişim		√		√		√		√		√		√		√
Teknik kalite		√		√	√		√		√		√		√	
Genel olarak memnuniyet		√		√		√	√			√	√		√	
Mali kaygılar		√		√		√	√		√		√			√
Erişilebilirlik		√		√		√		√	√			√		√
Kişilerarası tutum		√		√		√	√		√		√		√	
Hekimle geçirilen zaman		√		√		√		√		√		√		√

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hayatın her alanında, her an içinde olduğumuz iletişim hali sağlık hizmetleri alanında daha fazla öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin her safhasında hasta ile sağlık çalışanı karşılıklı etkileşim halindedirler. İletişimin etkin kullanımını ise sağlık hizmetleri için temel çıktı kabul edilen hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörler arasında görülmektedir.

Sağlık kurumlarının kalite anlayışı ile yönetilmesi ve hasta merkezli bakış açısı hasta memnuniyeti kavramının popülerliğini daha fazla artmıştır. Gerek kamu da gerekse özel sektör de hasta memnuniyetine önem verilmekte ve yapılan çalışmalarla hasta memnuniyeti belirlenmeye çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin bir çıktısı sayılan hasta memnuniyeti, pek çok faktörden etkilenen çok boyutlu bir kavram olarak görülmektedir. Bu çalışmada iletişim ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin saptanması ve sağlık çalışanları ve hasta arasındaki iletişimin hasta memnuniyetini etkileyip etkilemediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin, hasta memnuniyeti düzeyi ve iletişimde bir fark oluşturup oluşturmadığı da incelenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların iletişim algıları ve memnuniyet düzeyleri ile memnuniyet ölçeğinin alt boyutlarından kişilerarası tutum, mali kaygılar, teknik kalite, erişilebilirlik algı düzeyleri orta seviyelerdedir. Çelikkalp ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada da memnuniyet düzeyi orta seviyede bulunmuştur. Genel memnuniyet ve hekimle geçirilen zaman boyutu algı düzeyleri ise diğer boyutlara göre daha düşük seviyededir. Literatür incelendiğinde de görüleceği gibi, hekimle geçirilen zaman arttıkça hasta memnuniyetinde de artış görülmektedir (Gross ve diğerleri, 1998; Lin ve diğerleri, 2001; Anderson ve Zimmerman, 1993; Rahmqvist ve Bara, 2010). Bununla birlikte, Türkiye’de 100.000 bireye düşen hekim ve sağlık çalışanı sayısı OECD ve AB ortalamalarının altında olmasına karşılık; kişi başına ortalama hekime müracaat sayısı oldukça yüksektir (kişi başına 8,9) ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)). Her ne kadar yıllar içinde hekim sayısında artış olmuş olsa da başvuran hasta sayısı ve başvuru sayısı arttığından bu durum doktorların hastalara yeterince zaman ayıramaması ile sonuçlanmaktadır.

Elde edilen diğ er bir sonuca göre, katılımcıların en son tercih ettikleri hastaneyi tercih etme nedenleri incelendiğ inde erişilebilirlik, hekime duyulan güven, hizmet kalitesinin iyi olması ve hastaneye duyulan güven unsurlarının ö ne çıktığı görülmektedir. Ünal (2016)'ın yaptığı çalışmada da ulaşım kolaylığı, doktorunun o hastanede çalışması ve hastanenin yaşanılan yere yakın olması hastane tercihinde ilk sıralarda yer almaktadır. Gülcemal (2015)'in yapmış olduğu çalışmada ise hastane tercih etme nedenleri arasında memnuniyet, hekime duyulan güven, hastaneye yakın olma daha fazla önemli bulunmaktadır. Bu sonuçlar hastaların hastane tercihlerinde ulaşım ve hekime duyulan güvenin ön planda olduğunu göstermektedir. Moore ve arkadaşları (2009) hastaların doktorun bakımından memnun kaldıklarında, doktorun güvenilir olduğunu varsayma eğiliminde olduklarını, bunun da sağlık hizmetlerinden genel hasta memnuniyetini arttırdığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla hasta memnuniyetinde hekime duyulan güven önemli bir rol oynamakta olup; bunun için de iletişimin sağlanması gerektiği dikkate ş ayandır.

Çalışmanın bir diğ er sonucu, iletişim ile hasta memnuniyeti ve memnuniyetin alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunduğu yönündedir. Bu sonuç hasta memnuniyetinin geliştirilmesi için iletişimin önemini vurgulaması bakımından önemlidir ve literatürle benzerlik göstermektedir. Nitekim Clever ve arkadaşları (2008) hekimlerin iletişim davranışlarının genel memnuniyet dereceleriyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. DiMatteo ve arkadaşlarının (1986) yaptıkları çalışmada da hekimlerin sözel olmayan iletişim becerilerinin hasta memnuniyetiyle ilişkili olduğu iddia edilmektedir. Ayrıca iletişimin, memnuniyet ve alt boyutları olan iletişim, teknik kalite, genel memnuniyet, mali kaygılar, erişilebilirlik, kişilerarası tutum, hekimle geçirilen zaman üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır. Benzer şekilde, Birhanu ve arkadaşları (2010) sözsüz iletişim ve algılanan teknik yeterliliğ in hasta memnuniyetinin önemli yordayıcıları olduğunu; Stockdale ve arkadaşları (2018) takım içi iletişimin, hasta memnuniyeti üzerindeki olumlu etkisine sağlık çalışanı-hasta iletişiminin önemli ölçüde aracılık ettiğini; Cinar ve Schou (2014) sağlık çalışanı-hasta iletişiminin hasta memnuniyetini önemli ölçüde iyileştirdiğini ileri sürmektedirler.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların cinsiyet ve medeni durumları memnuniyet düzeyinde fark oluşturmamaktadır. Hasta memnuniyeti konusunda yapılan çalışmalarda

cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklere göre, memnuniyet düzeyinde farklılıklar konusunda literatürde tam bir görüş birliği bulunmamaktadır (Yılmaz, 2001: 72). Örneğin, Apay ve Arslan'ın (2009) bir üniversite hastanesinde yapmış olduğu hasta tatmini çalışmasında bu değişkenlerin tatmin olma düzeylerinde farklılığa sebep olmadığı bulunmasına karşılık; Erdem ve arkadaşları (2008), katılımcıların cinsiyetinin hasta memnuniyet boyutlarında farklılığa neden olduğunu iddia etmektedir. Bu çalışmada erkek hastaların idari hizmetlerden memnuniyet ve genel memnuniyet puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Tam tersi, Taşlıyan ve Gök'ün (2012) çalışmasında ise hastanenin verdiği hizmetten duyulan genel memnuniyet düzeyi kadınlarda erkeklerden daha yüksek seviyelerdedir.

Çalışmanın bir diğer sonucuna göre yaş değişkeni iletişim ile hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutlarından iletişim, erişilebilirlik ve hekimle geçirilen zaman boyutunda anlamlı farka neden olmazken, hasta memnuniyeti, teknik kalite, genel memnuniyet, mali kaygılar ve kişilerarası tutumda anlamlı farklılığa neden olmuştur. Hasta memnuniyeti boyutunda anlamlı fark 36- 45 yaş grubu ile 25 yaş ve altı gruptan ve 36- 45 yaş grubu ile 26- 35 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Teknik kalite boyutunda anlamlı fark 25 yaş ve altı grup ile 36- 45 yaş grubundan ve 25 yaş ve altı grup ile 46 yaş ve üzeri gruptan kaynaklanmaktadır. Genel memnuniyet ve mali kaygılar boyutlarında fark 36- 45 yaş grubu ile 25 yaş ve altı gruptan, kişilerarası tutum boyutunda ise fark 36- 45 yaş grubu ile 25 yaş ve altı gruptan ve 36- 45 yaş grubu ile 26- 35 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Sosyo-demografik özelliklerden belki de en tutarlı belirleyici özellik yaş değişkenidir. Farklı çalışmalarda yaşlı insanların sağlık hizmetlerinden gençlere göre daha memnun olma eğiliminde oldukları gösterilmektedir (Sitzia ve Wood, 1997: 1835). Ercan ve arkadaşları (2004a) çalışmalarında yaşın artmasıyla memnuniyet düzeyinin arttığını ortaya koymuşlardır. Alberto Sanchez-Piedra ve arkadaşları (2014) Avrupa'da birinci basamakta hasta memnuniyeti ile ilgili belirleyicileri tanımlama amacıyla yaptıkları çalışmada memnuniyet düzeyi ile yaş arasında anlamlı ilişkiler bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da bu sonuç kısmen desteklenmekle birlikte genel itibariyle farklılığın 36- 45 yaş grubundan kaynaklandığı görülmektedir. 36- 45 yaş grubu bireylerin genellikle hayat düzenlerini oturtmuş, kariyerlerinde belirli bir aşamaya gelmiş kendilerine ve çevrelerine daha fazla güvenen ve kısmen sağlıkları konusunda daha az sorun yaşayan bireylerden oluştuğundan memnuniyet düzeylerinde farklılığa neden olmuş olabilir.

Katılımcıların eğitim durumları esas alındığında, sadece memnuniyetin alt boyutu olan teknik kalite boyutunda fark yarattığı görülmüştür. Diğer memnuniyet boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Farklılık lisans mezunları ile ilkokul/ortaokul ve lise mezunları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Lisans mezunlarının teknik kalite boyutuna katılımı ilkokul/ortaokul ve lise mezunlarına göre daha düşüktür. Bu sonuç literatür ile uyum göstermektedir. Yapılan araştırmaların çoğunda eğitim düzeyi yükseldikçe memnuniyet düzeyinin düştüğü sonucuna varılmıştır (Erdem ve diğerleri, 2008; Taşlıyan ve Gök, 2012; Kırılmaz, 2013; Sarp ve Tükel, 1999; Ercan ve diğerleri, 2004a; İçli, 2006). Bu sonuç kişilerin bilinçlenmesinin ve beklentilerinin artmasının memnuniyet beklentisinde de artışa neden olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcıların meslek ya da uğraşı alanlarına göre fark analizi sonuçlarına bakıldığında, iletişim ile hasta memnuniyetinin alt boyutlarından iletişim, genel memnuniyet ve hekimle geçirilen zaman boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin alt boyutlarından teknik kalite, mali kaygılar, erişilebilirlik ve kişilerarası tutum boyutlarında anlamlı fark bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti ve alt boyutlarından teknik kalite, mali kaygılar ve kişilerarası tutum boyutlarında genel olarak işçi ve serbest meslek sahiplerinin katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu, buna karşılık emeklilerin katılım düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Erişilebilirlik boyutunda ise memur ve öğrencilerin katılımı diğer gruplara göre daha yüksek iken emeklilerin katılımı düşük düzeydedir. Diğer boyutlarda işçi ve emeklilerin katılımı yüksek iken erişilebilirlik boyutunda memur ve öğrencilerin katılımının yüksek olması memurların maddi olarak ortalama bir gelire sahip olması ve hizmete ulaşım imkânlarının daha uygun olması, öğrencilerin ise okulda bu hizmetlerden yararlanıyor olmaları farklılığın nedeni olarak görülebilir.

Çalışmada sosyo-demografik özelliklerden gelir durumuna göre fark analizi sonuçlarına baktığımızda hasta memnuniyeti, teknik kalite, genel memnuniyet, mali kaygılar ve kişilerarası tutum boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. Genel olarak 3501- 4500 gelir aralığı grubundaki kişilerin bu boyutlara katılımının daha fazla olduğu görülmektedir. Buna karşılık gelir durumu hasta memnuniyeti üzerinde çok yönlü etkisi olan bir değişken olarak kabul edilmektedir (Batbaatar ve diğerleri, 2017). Bazı

çalışmalarda gelir yükseldikçe memnuniyet düzeyinin düştüğü saptanırken (Kırılmaz, 2013; Sarp ve Tükel, 1999; Ercan ve diğerleri, 2004a), bazı çalışmalarda düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olanların sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan hastalara göre daha az memnuniyet bildirdikleri saptanmıştır (Emhan ve diğerleri, 2010). Footman ve arkadaşları (2013), yaşlı ve düşük gelirli gruplarda memnuniyetin düşük çıkmasının basitçe sağlık sisteminin zayıf performansını yansıtabileceğini, ayrıca düşük gelirli gruplarda hasta beklentilerinin düşük olmasının bu sonuca yol açabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu çalışmada da genel olarak gelir durumu düşük kişilerde ve yaşlı kabul edilebilecek emeklilerde katılım düzeyleri diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların en son hizmet aldıkları hastanenin kamu ya da özel sektör kuruluşu olmasına göre yapılan fark analizi sonuçlarına göre iletişim ile hasta memnuniyetinin alt boyutlarından iletişim, mali kaygılar, erişilebilirlik ve hekimle geçirilen zamanda anlamlı fark bulunmazken, hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin alt boyutlarından teknik kalite, genel memnuniyet ve kişilerarası tutumda anlamlı fark bulunmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde kamu sektörü hastanelerinin tümünde memnuniyet düzeyi daha düşük seviyededir. Ataman ve Yarımoglu'nun (2018) hastane türlerine göre hasta memnuniyetini inceledikleri çalışmalarında özel hastanelerdeki memnuniyet düzeyini kamu hastanelerine oranla daha yüksek bulmuşlardır. Yapılan bazı çalışmalara bakıldığında da genel olarak özel hastanelerden memnuniyetin kamuya göre daha yüksek olduğu sonuçlarına rastlanılmaktadır (Yağcı ve Duman, 2006; Demirer ve Bülbül, 2014). Kar elde etmek durumunda olan özel hastaneler açısından memnuniyet bir rekabet ve hastalar tarafından tercih edilme unsuru olarak kabul edildiğinde memnuniyet bu hastaneler açısından daha da önem kazanmaktadır.

Yaptığımız araştırma ile elde ettiğimiz sonuçlara göre sağlık hizmeti sunucularına, yöneticilere ve akademisyenlere şu önerilerde bulunabiliriz:

- Sağlık hizmeti sunmak üzere insan kaynağı yetiştiren eğitim kurumlarının müfredat programlarında sağlık profesyonellerinin kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik dersler ve bu derslerin içerikleri geliştirilmelidir.
- Sağlık kurumlarında çalışan kişilerin hastalarla olan iletişimini geliştirmek için sağlık çalışanlarının iletişim becerileri periyodik olarak değerlendirilmeli ve eksik



konular hizmet içi eğitimlerle geliştirilmelidir. Ayrıca, periyodik eğitimlerle sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin sürekliliği sağlanmalıdır.

- Sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanı- hasta iletişiminin sağlık hizmetlerinin temeli olduğu konusundaki farkındalık geliştirilerek yapılan çalışmalarla bu konunun örgüt kültürü haline dönüştürülmesi sağlanmalıdır.
- Hasta beklentilerinin giderek arttığı günümüzde, bu beklentilerin belirlenerek dünyada yaşanan gelişmeler ve eğilimleri de takip ederek hasta memnuniyetini artırmaya yönelik proaktif uygulamalar geliştirilebilir.
- Hasta memnuniyet düzeyini arttırmaya yönelik uygulamalar ele alınırken hastaların sosyo-demografik özellikleri dikkate alınmalıdır. Özel ilgi gerektiren yaşlı, engelli gibi toplum kesimlerine yönelik uygulamalara önem verilmeli ve toplumun çeşitli kesimlerinin kendine özel koşulları dikkate alınmalıdır.
- Özel hastanelerde hasta memnuniyet düzeyinin kamu hastanelerine oranla daha yüksek olması dolayısıyla özel hastanelerin hasta memnuniyetine yönelik süreçleri kamu hastaneleri tarafından benimsenebilir.
- Hasta ve hasta yakınlarının, sağlık iletişimi ve kişiler arası etkileşimine katkıda bulunacak eğitimler düzenlenmeli, sağlık okur-yazarlığını geliştirmeye yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir.

## KAYNAKÇA

### *Kitaplar*

- Atıcı, E. (2003). Tıp Etiğinde İletişimin Önemi: Empatik İletişim ve Etkin Dinleme. Hatemi H, H. Doğan. (Ed.). *Medikal etik-5 (davranış bilimleri, psikiyatri ve ahlak ile tıp etiğinin etkileşimi- bireyin profili özelinde-)* içinde. İstanbul: Yüce Yayın, 2003, 72- 83.
- Aziz, A. (2016). *İletişime giriş* (Vol. 17). Hiperlink eğitim. ilet. yay. san. tic. ve ltd. sti.
- Baltaş, Z. (2004). *Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*. İkinci Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, Z. ve A. Baltaş. (2003). *Bedenin Dili*, 33. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Berry, D. (2007). *Health communication: Theory and practice*. Newyork: Open University Press.
- Blackstone, S. W. (2015). Issues and challenges in advancing effective patient-provider communication. Blackstone, S. W., D. R. Beukelman & K. M. Yorkston. (Ed). *Patient-provider communication: Roles for speech-language pathologists and other health care professionals*. Plural Publishing, 2015, 9-35.
- Bulduklu, Y. (2015). *Hastalarla İletişim*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Coşkun, R., R. Altunışık ve E. Yıldırım. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)*. 9. baskı, Adapazarı: Sakarya Kitabevi.
- Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık iletişimi ve medya*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Desmond, J ve L. R. Copeland. (2010). *Günümüz Hastasıyla İletişim: Zaman Tasarrufu, Riskin Azaltılması ve Hasta Uyumunun Artırılmasının Temelleri*. D. Yamaç ve E. Tekin (Çev.). 1. Basım. Ankara: Efil Yayınevi. (orijinal baskı tarihi: 2000).
- Donsbach, W. (Ed). (2008). *The international encyclopedia of communication*. Wiley Publishing.
- Dökmen, Ü. (2005). *İletişim Çatışmaları ve Empati*. 30. Basım. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Eren, E. (2004), *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Genişletilmiş Sekizinci Basım. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Esatoğlu, A. (2014). Sağlık Kurumlarında Koordinasyon ve İletişim. Y. Çelik (Ed). *Sağlık Kurumları Yönetimi-II*. içinde. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, 2004, 174-200.

- Gordon, T. ve W. S. Edwards. (2001). *Doktor-Hasta İşbirliği: Hastanın Bakımıyla İlgilenen Herkes İçin Gerekli İletişim Becerileri*. E. Aksay (Çev.), İstanbul: Sistem Yayıncılık. (orijinal baskı tarihi: 1997).
- Gümüştuyu, Ç., S. Sönmez ve E. Oyur. (2008). *Genel ve Teknik İletişim*. 1. Baskı. Ankara: Savaş Yayınevi.
- Güney, S. (2015). *Örgütsel Davranış*. 3. Basım. Ankara: Nobel Yayıncılık
- Hayran, O. ve H. Uz. (1998). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. O. Hayran ve H. Sur (Ed). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* içinde. İstanbul: Yüce Yayınları, 1998, 147-175.
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. 6. Baskı, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kavuncubaşı, Ş. ve S. Yıldırım. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* 3.Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Koçel, T. (2014). *İşletme Yöneticiliği*. Genişletilmiş 15. Baskı. İstanbul: Beta Basım
- Loue, S. (2008). *Encyclopedia of aging and public health*. Springer Science & Business Media.
- Mast, M. S., Cousin, G. (2013). The role of nonverbal communication in medical interactions: Empirical results, theoretical bases, and methodological issues. The oxford handbook of health communication, behavior change and treatment adherence. Martin, L. R., DiMatteo, M. R. (Eds.). *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, And Treatment Adherence*. Oxford University Press, 2013, 38-53.
- Mısırlı, İ. (2004). *Genel İletişim: İlkeler, Yöntemler, Teknikler*. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık,
- Okay, A. (2014). *Sağlık iletişimi: temel kavramlar ve prensipler*. MediaCat Kitapları.
- Oskay, Ü. (2015). *İletişimin ABC'Si*. İstanbul: İnkılap Kitabevi
- Özcan, A.(1996). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. 1. Baskı. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
- Pagano, M. P. (2014). *Communication case studies for health care professionals: an applied approach*. Springer Publishing Company.
- Pagano, M. P. (2016). *Health Communication for Health Care Professionals: An Applied Approach*. Springer Publishing Company.

- Press, I. (2006). *Patient Satisfaction: Understanding and Managing the Experience of Care*. 2. Baskı. Chicago: Health Administration Press.
- RCP. (2003). *The Psychological Care of Medical Patients: A Practical Guide, Report of a Joint Working Party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists*, Second Edition, London. s.7-9.
- Roter, D. & J. A. Hall. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Greenwood Publishing Group.
- Roter, D. & K. S. McNeilis. (2003). The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits. Thompson, T. L., R. Parrott & J. F. Nussbaum. (Eds.). *The Routledge handbook of health communication*. Routledge. Handbook of health communication, 2011, 121-140.
- Sabuncuoğlu, Z. ve M. Tüz. (2008) Örgütsel Psikoloji, Dördüncü Baskı, Bursa: Alfa Aktüel Yayınları.
- Sarp, N. (2014). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Schiavo, R. (2014). *Health communication: From theory to practice*. John Wiley & Sons.
- Sezgin, D. (2011). *Tibbileştirilen yaşam bireyselleştirilen sağlık: çelişkiler, alternatifler ve sağlık iletişimi*. Ayrıntı Yayınları.
- Tabak, R.S. (2006). *Sağlık İletişimi*. 3. Basım. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D. (2012). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. (2013). Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. S. Kaya (Ed.). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*. içinde. Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayını, 2013, 30-59.
- Tengilimoğlu, D., O. Işık ve M. Akbolat. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 5. Basım. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Terakye, G. (1994). *Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri*. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Thomas, R. K. (2006). *Health communication*. Springer Science & Business Media.
- Travelbee, J. (1971). *İnterpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Comp. Second Ed. Aktaran: Özcan, A.(1996). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. 1. Baskı. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
- Tutar, H ve M. K. Yılmaz. (2010). *Genel İletişim Kavram ve Modeller*, 7.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Ülgen, M. (2014). Hasta Hekim İlişkileri. G. Akbulut. (Ed.). *Asistan El Kitabı* içinde. İzmir: 35ajans Matbaacılık, 2014, 134-142.

Velioğlu, P., Ç. Pektekin ve T. Şanlı. (1991). *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Yüksel, A.H. (2009). İletişim Kavram ve Tanımı. U. Demiray (Ed.). *Genel İletişim* içinde. Ankara: Pegem Akademi, 3-34.

Zillioğlu, M. (1996). *İletişim Nedir?*. 2. Baskı. İstanbul: Cem Yayınevi.

### ***Sürelî Yayınlar***

Al-Abri, R. ve A. Al-Balushi. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medikal Journal*. 29.1, 3-7.

Alberto Sanchez-Piedra, C., F. Javier Prado-Galbarro, S. García-Pérez & A. Sarría Santamera, (2014). Factors Associated With Patient Satisfaction With Primary Care in Europe: Results From The Euprimecare Project. *Quality in Primary Care*, 22.3, 147-155.

Anderson, L. A., & P. A. Sharpe. (1991). Improving Patient and Provider Communication: A Synthesis and Review of Communication Interventions. *Patient Education and Counseling*, 17.2, 99-134.

Anderson, L. A. & M. A. Zimmerman. (1993). Patient and Physician Perceptions of Their Relationship and Patient Satisfaction: A Study of Chronic Disease Management. *Patient Education And Counseling*, 20.1, 27-36.

Apay, S. E. & S. Arslan. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 8.3, 239-244.

Ataman, G. & E. K. Yarimoğlu. (2018). Hastane Türlerine Göre Hasta Memnuniyetini ve Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 21.2, 273-288.

Atıcı, E. (2007). Hasta Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 33.1, 45-50.

Bakker, D. A., M. I. Fitch, R. Gray, E. Reed & J. Bennett. (2000). Patient–Health Care Provider Communication During Chemotherapy Treatment: The Perspectives of Women With Breast Cancer. *Patient Education and Counseling*, 43.1, 61-71.

Batbaatar, E., J. Dorjdagva, A. Luvsannyam, M. M. Savino & P. Amenta. (2017). Determinants of Patient Satisfaction: A Systematic Review. *Perspectives in Public Health*, 137.2, 89-101.

Birhanu, Z., Assefa, T., Woldie, M., & Morankar, S. (2010). Determinants of Satisfaction With Health Care Provider Interactions at Health Centres in Central Ethiopia: A Cross Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 10.1, 78.

- Braaf, S., S. Ameratunga, A. Nunn, N. Christie, W. Teague, R. Judson & B. J. Gabbe. (2018). Patient-Identified Information and Communication Needs in the Context of Major Trauma. *BMC Health Services Research*, 18.1, 163.
- Buller, M. K., & D. B. Buller. (1987). Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health And Social Behavior*. 28.4, 375-388.
- Chumbler, N.R., K. Otani, S. P. Desai, P. A. Herrmann ve R. S. Kurz. (2016). Hospitalized Older Adults' Satisfaction: Inpatient Care Experiences. *SAGE Open*. 6.2, 1-7.
- Cinar, A. B., & L. Schou. (2014). Interrelation Between Patient Satisfaction and Patient-Provider Communication in Diabetes Management. *The Scientific World Journal*, 2014.
- Clever, S. L., L. Jin, W. Levinson & D. O. Meltzer. (2008). Does Doctor-Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care? Results of An Analysis with A Novel Instrumental Variable. *Health Services Research*, 43(5p1), 1505-1519.
- Çelikkalp, Ü., M. Temel, G. V. Saraçoğlu & M. Demir. (2011). Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6.17, 1-14.
- Demirer, Ö. & H. Bülbül. (2014). Kamu Ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini Ve Tercih Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Amme İdaresi Dergisi*, 47.2, 95-119.
- Derin, N. ve E. T. Demirel. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 6.2, 1111-1130.
- DiMatteo, M. R., R. D. Hays & L. M. Prince. (1986). Relationship Of Physicians' Nonverbal Communication Skill to Patient Satisfaction, Appointment Noncompliance, and Physician Workload. *Health Psychology*, 5.6, 581.
- Dinç, D., P. C. Ünal, P. Topsever ve S. Özyavaş (2009). Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 13.2, 93-98.
- Donabedian, A. (1992). Quality Assurance in Health Care: Consumers' Role. *The Lichfield Lecture*. St Catherine's College.
- Emanuel, E. J., & L. L. Emanuel. (1992). Four Models of The Physician-Patient Relationship. *Jama*, 267.16, 2221-2226.
- Emhan, A., Y. Bez ve Ö. Dülek. (2010). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 37.3, 241-247.

- Ercan, İ., B. Ediz ve İ. Kan. (2004a). Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 11.3, 161-167.
- Ercan, İ., B. Ediz ve İ. Kan. (2004b). Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30.3, 151-157.
- Erdem, R., S. Rahman, L. Avcı, B. Demirel, S. Köseoğlu, G. Fırat...& C. Kubat. (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 31, 95-110.
- Footman, K., B. Roberts, A. Mills, E. Richardson & M. McKee. (2013). Public Satisfaction as a Measure of Health System Performance: A Study of Nine Countries in the Former Soviet Union. *Health Policy*. 112.1-2, 62-69.
- Gezergün, A., B. Şahin, D. Tengilimoğlu, C. Demir ve E. Bayer. (2006). Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 6.1, 129-144.
- Gross, D. A., S. J. Zyzanski, E. A. Borawski, R. D. Cebul & K. C. Stange. (1998). Patient Satisfaction with Time Spent With Their Physician. *Journal of Family Practice*, 47.2, 133-138.
- Gülmez, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü Ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 6.2, 147-169.
- Ha, J. F., & N. Longnecker. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10.1, 38-43.
- Haas, M. (1999). A Critique of Patient Satisfaction. *Health Information Management*. 29.1, 9-13.
- Hall, J. A., D. L. Roter, & C. S. Rand. (1981). Communication of Affect Between Patient and Physician. *Journal of Health and Social Behavior*. 18-30.
- Hochman, O., B. Itzhak, D. Mankuta, & S. Vinker. (2008). The Relation Between Good Communication Skills on the Part of the Physician and Patient Satisfaction In A Military Setting. *Military medicine*, 173.9, 878-881.
- İçli, G. E., S. Kuşuoğlu & F. E. Aslan. (2006). Sosyodemografik Değişkenlerin Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*. 21.1, 383-400.
- Jackson, J.L. ve Kroenke K. (1997). Patient Satisfaction and Quality of Care. *Military Medicine*. 162.4, 273-277.
- Jackson, J.L., J. Chamberlin ve K. Kroenke, (2001), Predictor of Patient Satisfaction. *Social Science And Medicine*. 52, 609-620.

- Jaipaul, C. K., & G. E. Rosenthal. (2003). Do Hospitals with Lower Mortality Have Higher Patient Satisfaction? A Regional Analysis of Patients with Medical Diagnoses. *American Journal of Medical Quality*. 18.2, 59-65.
- Kılıç, T., & R. Topuz. (2015). Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 9.1, 78-97.
- Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4.1, 11-21.
- Lin, C. T., G. A. Albertson, L. M. Schilling, E. M. Cyran, S. N. Anderson, L. Ware & R. J. Anderson. (2001). Is Patients' Perception of Time Spent with the Physician A Determinant of Ambulatory Patient Satisfaction?. *Archives of Internal Medicine*, 161.11, 1437-1442.
- Linder-Pelz S. (1982). Toward A Theory Of Patient Satisfaction. *Social Science and Medicine* 16, 577-582. Aktaran: Merkouris, A., J. Ifantopoulos, V.Lanara ve C. Lemonidou. (1999). Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluating and Improving Nursing Services. *Journal of Nursing Management*. 7.1, 19-28.
- Luchoro, P. (2004). Measuring Patient Satisfaction In UCMB Health Institutions. Uganda Catholic Medical Bureau. *Health Policy and Development*; 2.3, 243-248.
- Marshall, G. N. & R. D. Hays. (1994). The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18).
- Mattarozzi, K., F. Sfrisi, F. Caniglia, A. De Palma ve M. Martoni. (2016). What Patients' Complaints and Praise Tell the Health Practitioner: İmplications for Health Care Quality. A Qualitative Research Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29.1, 83-89.
- Merkouris, A., J. Ifantopoulos, V. Lanara ve C. Lemonidou. (1999). Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluating and Improving Nursing Services. *Journal Of Nursing Management*. 7.1, 19-28.
- Moore, S. D., K. B. Wright & D. R. Bernard. (2009). Influences on Health Delivery System Satisfaction: A Partial Test of The Ecological Model. *Health Communication*, 24.4, 285-294.
- Nesanır, N. ve G. Dinç. (2008). Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi. *TAF Preventin Medicine Bulletin*. 7.5, 419-428.
- Ong, L. M., J. C. De Haes, A. M. Hoos & F. B. Lammes. (1995). Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature. *Social Science & Medicine*, 40.7, 903-918.



- Önsüz, M., A. Topuzoğlu, U. C. Cöbek, S. Ertürk, F. Yılmaz ve S. Birol. (2008). İstanbul'da Bir Tıp Fakültesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. *Marmara Medical Journal*. 21.1, 33-49.
- Özer, A ve E. Çakıl. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 5.3, 140-143.
- Peplau, H. E. (1952). Interpersonal Relations in Nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 52.6, 765.
- Pieper, C., S. Haag, S. Gesenhues, G. Holtmann, G. Gerken & K. H. Jöckel. (2009). Guideline Adherence and Patient Satisfaction in the Treatment of Inflammatory Bowel Disorders—An Evaluation Study. *BMC Health Services Research*, 9.1, 17.
- Rahmqvist, M. & A. C. Bara. (2010). Patient Characteristics and Quality Dimensions Related to Patient Satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22.2, 86-92.
- Sarp, N. ve B. Tükel. (1999). İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52.3, 147-151.
- Sitzia, J. & N. Wood. (1997). Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Social Science & Medicine*, 45.12, 1829-1843.
- Stockdale, S. E., Rose, D., Darling, J. E., Meredith, L. S., Helfrich, C. D., Dresselhaus, T. R., & Rubenstein, L. V. (2018). Communication Among Team Members Within the Patient-Centered Medical Home and Patient Satisfaction With Providers. *Medical Care*, 56.6, 491-496.
- Şahin, B. ve F. Yılmaz (2007). Factors Affecting Inpatient Satisfaction: Structural Equation Modeling. *J Med Syst*. 31, 9-16.
- Şengün, H. (2016). Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 79.1, 38-42.
- Taşlıyan, M. ve S. Gök. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2.1, 69-94.
- Tükel, B., A. M. Acuner, Ö. R. Önder ve A. Üzgül. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 57.4, 205-214.
- Wiering, B., D. de Boer, M. Krol, H. Wieberneit-Tolman & D. Delnoij. (2018). Entertaining Accurate Treatment Expectations While Suffering from Chronic Pain: An Exploration of Treatment Expectations and the Relationship with Patient-Provider Communication. *BMC Health Services Research*, 18.1, 706.

Yağcı, M. İ. & T. Duman. (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 7.2, 218-238.

Yellen, E., G. C. Davis ve R. Richard. (2002). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care*. 16.4, 23-29.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 5, 69-74.

### **Tezler**

Adıgüzel, Z. (2005). *Sağlık Personeli-Vatandaş (Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 187862).

Atila, G. (2012). *Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 321850).

Balıkçı, N. E. (2001). *Hemşire Hasta İlişkilerinde İletişim Problemleri Ve Nedenleri Hakkında Hemşire Görüşleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 107440).

Bankaoğlu, E. (2013). *Hasta Memnuniyetinin Kurumsal İmaj Üzerindeki Etkisi: Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 344440).

Çakır, D. (2015). *Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Memnuniyeti: Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 454224).

Çalım, S.İ. (2014). *Travelbee Kuramına Göre Verilen Kişilerarası İletişim Eğitiminin Ebelerin İletişim Becerilerine ve Annelerin Doğum Memnuniyetine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Tez No: 399047).

Daniel, I. (2012). *The Relationship Between Nurse Staffing And Patient Satisfaction In Emergency Departments*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. University of Toronto. Institute of Health Policy, Management and Evaluation.

Gülcemal, E. (2015). *Hekim- Hasta İlişkisinde Güven Faktörünün İncelenmesi: Isparta İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 405782).

Gündüz Hoşgör, D. (2014). *İletişim Ve Sağlık İletişimi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 371285).

- Kayaalp, T. (2014). *Sağlık Hizmetleri Üretim Sürecinde Fiziksel Çevrenin Hasta Memnuniyeti Ve İş Tatmini Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Tez No: 390909).
- Kayacan, İ. (2015). *Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 395915).
- Novosel, L. M. (2007). *Depressive Symptomatology, Patient-Provider Communication, and Patient Satisfaction: A Multilevel Analysis*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Güney Florida Hemşirelik Üniversitesi.
- Petrochuk, A. M. (1999). *The Impact Of Service Employee Work Satisfaction On Customer Satisfaction: Exploring The Relationships Among Patients, Nurses, And Physicians*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ohio: Cleveland State University.
- Tatarlı, N. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 214422).
- Turhan, E. S. (2014). *Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 358262).
- Uludağ, A. (2011). *Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 280984).
- Ünal, Ö. (2016). *Hasta Hekim İletişiminin Hastanın Hekim Bağlılığına ve Hastane Bağlılığına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Tez No: 445951).
- Yuvaç, C. (2017). *ADÜ Aile Hekimliği Polikliniği'nde Hasta Memnuniyeti Ve Etkileyen Faktörler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi. Aile Hekimliği Ana bilim Dalı. (Tez No: 466378).

### **İnternet Kaynakları**

- <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3443,sagliktakaliteningelistirilmesiivedegerlendirilmesinedairyonetmelik01072015pdf.pdf?0> (3 Eylül 2018).
- Sağlık İstatistik Yıllığı 2017. <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html> (12 Ekim 2018).

## EKLER

### EK-1 Çalışmada Kullanılan Anket formu

#### Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilimdalı'nda yapılmakta olan bir yüksek lisans tezinin araştırma bölümünde kullanılacaktır. Araştırma, hizmet sunucular ile hasta arasındaki iletişimin hasta memnuniyetine etkilerini ortaya koymaya yönelik olup, tezin başarıyla tamamlanması için çalışmaya destek vermeniz son derece önem arz etmektedir. Çalışmada elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup, katılımcılara ait bilgiler üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Azime EMİROĞLU  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT  
Danışman

#### 1. En son başvurduğunuz hastaneyi lütfen belirtiniz.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Hastanesi | <input type="checkbox"/> Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi |
| <input type="checkbox"/> Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi               | <input type="checkbox"/> Özel Park Hastanesi                                 |
| <input type="checkbox"/> Özel Fuar Hastanesi                       | <input type="checkbox"/> Özel Telek Hastanesi                                |

#### 2. Bu hastaneyi tercih sebebiniz (Birden fazla seçenek seçilebilir)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evime yakın olması                           | <input type="checkbox"/> Eş-dost tavsiyesi                                 |
| <input type="checkbox"/> Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması     | <input type="checkbox"/> Hastane personelinin tanıyıp tanımayan olması     |
| <input type="checkbox"/> Doktorumun o hastanede çalışması             | <input type="checkbox"/> Hastaneye duyduğum güven                          |
| <input type="checkbox"/> Hastane personelinin nezaketi bilgili olması | <input type="checkbox"/> Hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması |
| <input type="checkbox"/> Ulaşımının kolay olması                      | <input type="checkbox"/>   |
| Diğer.....  |  |

#### 3. Sağlık ekibinin size sunduğu hizmeti değerlendiriniz

- Zayıf     Orta     İyi     Çok iyi     Mükemmel

4. Sayın katılımcı, lütfen en son hizmet aldığınız hastaneden aldığınız hizmetler esnasında size hizmet sunan çalışanı dikkate alarak aşağıdaki soruları cevaplayınız. Soruların doğru bir cevabı yoktur. Cevaplar kişiden kişiye değişmektedir. Lütfen size en doğru gelen seçeneği (X) işaretleyiniz.

Tedavi hizmeti aldığım sağlık çalışanları...		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Beni rahat hissedeceğim bir şekilde karşıladılar					
2	Sağlığım konusunda benim fikirlerimi de aldılar					
3	Sağlığım konusunda temel kaygılarımı anladılar					
4	Beni dikkate aldılar (bana baktılar, dikkatlice dinlediler)					
5	Sözümü kesmeden konuşmama izin verdiler					
6	Bana istediğim kadar bilgi verdiler					
7	Benimle anlayabileceğim bir şekilde konuştular.					
8	Söyledikleri her şeyi anladığımdan emin olmak için kontrol ettiler					
9	Soru sormam için beni teşvik ettiler					
10	Beni istediğim şekilde kararlara dahil ettiler					
11	Tedavimin bir sonraki aşamada yapılacak şeyleri benimle görüştüler					
12	Bana özen ve ilgi gösterdiler					

**5. Sayın Katılımcı, en son hizmet aldığımız hastaneyi esas alarak aşağıdaki soruları cevaplayınız. Soruların kesin doğrulanmış bir cevabı yoktur. Cevaplar kişiden kişiye değişmektedir. Lütfen kendi davranışlarınızı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri cevaplayınız. Sizce uygun olan alana X işareti koyunuz.**

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Doktorlar yapılan tıbbi testlerin sebebini açıklama konusunda iyidir.					
2	Doktorun muayenehanesinde tıbbi bakım vermek için gereken her şeyin bulunduğunu düşünüyorum.					
3	Aldığım sağlık hizmeti neredeyse mükemmeldir.					
4	Bazen doktorların koyduğu tanının doğru olup olmadığından kuşku duyarım.					
5	Mali bir etkene bağlı olmaksızın ihtiyacım olan sağlık hizmetinin alabildiğimden eminim.					
6	Tedavi hizmeti almaya gittiğimde, sağlık çalışanları beni muayene ve tedavi ederken her şeyi dikkatli bir şekilde kontrol ederler.					
7	Tıbbi bakım alabilmek için gücümün üzerinde ödeme yapmak zorundayım.					

8	İhtiyacım olan tıp uzmanlarına kolayca ulaşabilmekteyim.					
9	Tıbbi bakım aldığım yerde, insanlar acil tedavi hizmeti almak için çok uzun süre beklemek zorundadırlar.					
10	Doktorlar bana karşı çok ciddi ve mesafeli davranmaktadırlar.					
11	Doktorlar beni muayene ederken çok samimi ve saygılı bir şekilde davranmaktadırlar.					
12	Tıbbi bakım hizmeti sunan kişiler, tedavimi yaparken bazen çok aceleci davranırlar.					
13	Doktorlar bazen kendilerine söylediklerimi görmezden gelirler.					
14	Tedavimi yapan doktorların yetenekleri hakkında bazı şüphelerim var.					
15	Doktorlar genellikle bana bol miktarda zaman ayırırlar.					
16	Tedavimin en kısa sürede yapılması için randevu almakta zorlanıyorum.					
17	Aldığım tedavi ile ilgili bazı şeylerden memnun değilim.					
18	Ne zaman ihtiyacım olursa sağlık hizmeti alabilirim.					

#### 5. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

**Cinsiyetiniz:** ( ) Kadın ( ) Erkek **Medeni** ( ) Bekâr ( ) Evli

**Durumunuz:**

**Eğitim** ( ) İlkokul/ortaokul ( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü

**Durumunuz:**

**Yaşınız:** ..... **Mesleğiniz:**.....

**Ailenizin aylık toplam geliri:** ( )1500 ve altı ( )1501-2500 ( )2501-3500 ( )3501-4500  
( )4501 ve üzeri

*KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ*

## EK-2 Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/08/2016-E.10105



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.99/  
Konu : Dilekçe hk.

Sayın Azime EMİROĞLU DEMİR

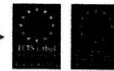
Üniversitemiz Etik Kurulu Başkanlığının 03/08/2016 tarihli ve 59 sayılı toplantısında alınan "08" nolu karar örneği aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

**Prof.Dr. Ahmet Celal APAY**  
**Etik Kurulu Başkanı**

Yapılan görüşmeler sonunda; Azime EMİROĞLU DEMİR'in "İletişimin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Afyonkarahisar Örneği" başlıklı Yüksek Lisans Tez'inin Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BESF3ZFDN>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:  
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr  
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31  
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



**Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

## EK-3 Afyonkarahisar Valiliği Onay Belgesi



T.C.  
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 15447152-044  
Konu : Anket

Sayın Azime DEMİR  
AKÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Süpervizör Odası D Blok

İlgi : 26/08/2016 tarihli yazınız.

İlgi yazınızda belirttiğiniz "İletişimin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Afyonkarahisar Örneği" isimli teziniz için Afyonkarahisar merkezinde yaşayan 18 yaş üstündeki kişilere yapacağınız anket incelenmiş olup anketin uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Deniz FIRAT  
İl Sağlık Müdürü a.  
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı İle Aynıdır  
31.08.2016  
Osman KURUÇİL  
V.H.K.İ.

Dervişpaşa Mh. Dr. Mahmut Hoca Cd. Afyonkarahisar/Merkez 03200  
Faks No:0 (272) 214 75 24  
e-Posta:melih.apaydin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.aksaglik.gov.tr

Bilgi için:Melih APAYDIN  
Unvan:İSTATİSTİKÇİ  
Telefon No:4440430

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8c016f12-99b4-413f-a0ec-fa000aa1f27e kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## ÖZGEÇMİŞ

Azime DEMİR, 25 Mayıs 1987 tarihinde Kütahya’da doğdu. İlköğretimi Kütahya’da lise öğrenimini Bilecik Sağlık Meslek Lisesi’nde tamamladı. 2006 yılında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne hemşire olarak atandı. 2008 yılında ise öğrenim durumundan naklen atama ile Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne tayin oldu. Yeni adı Afyon Sağlık Bilimleri Fakültesi Hastanesi olan kurumda halen çalışmaktadır. 2012 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümünden mezun oldu. 2012 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı.