

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İLK VE ACİL YARDIM ANABİLİM DALI

118609

ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN
MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

118609

Dr. Hakan TOPAÇOĞLU

Uzmanlık Tezi

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
TOKİMANIYASYON MERKEZİ

İZMİR – 2002



**Bu tez Yrd. Doç. Dr. Özgür Karcioğlu'nun
danışmanlığında hazırlanmıştır**

Acil Tıp uzmanlık eğitimim süresince bilimsel ve sosyal açıdan desteğini her zaman gördüğüm anabilim dalı başkanım Prof. Dr. Arif Hikmet Çımrın'a, tez danışmanım olarak her konuda desteğini aldığım Yrd. Doç. Dr. Özgür Karcıoğlu'na şükranlarımı sunarım.

Asistanlığım süresince deneyimlerini bizimle paylaşan Dr. John Fowler'a, bu süreçte birlikte olmaktan onur duyduğum tüm uzman, asistan, hemşire ve paramedik arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hakan Topaçoğlu

İÇİNDEKİLER

I.	Tablolar Dizini	5
II.	Giriş ve Amaç	6
III.	Genel Bilgiler	8
	i. Hasta Memnuniyeti Tanımı	10
	ii. Hasta Memnuniyetini Arttıran Faktörler	13
IV.	Gereç ve Yöntem	21
V.	Bulgular	24
VI.	Tartışma	41
VII.	Özet	48
VIII.	İngilizce Özet	49
IX.	Bilgilendirilmiş Onay Formu	50
X.	Kaynaklar	51
XI.	Ekler	57

I. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo I. Hasta memnuniyetinin önemi	6
Tablo II. Acil servis müşterileri	8
Tablo III. Hekimlerin iyi iletişimini sağlayan faktörler	15
Tablo IV. Hastaların çalışmaya dahil etme ve dışlama kriterleri	21
Tablo V. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı	29
Tablo VI. Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı	29
Tablo VII. Hastaların öğrenim durumlarına göre dağılımı	30
Tablo VIII. Hastaların acil servise ulaşım şekilleri	30
Tablo IX. Hastaların acil servis içinde alındıkları bölüme göre dağılımı	30
Tablo X. Hastaların doktor tarafından ilk muayene edildikleri zamana göre dağılımı	31
Tablo XI. Acil serviste tüm bakım hizmetinin memnuniyet dağılımı	31
Tablo XII. Triaj memnuniyet değerlendirmesi	31
Tablo XIII. Hastaların acil serviste toplam kalış zamanlarının algılanması	32
Tablo XIV. Doktor davranışı memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi	32
Tablo XV. Doktor tecrübesi ile genel memnuniyet ilişkisi	33
Tablo XVI. Hemşire davranışı ile genel memnuniyet ilişkisi	33
Tablo XVII. Hemşire tecrübesi ile genel memnuniyet ilişkisi	34
Tablo XVIII. Donatım durumu ile genel memnuniyet ilişkisi	34
Tablo XIX. Temizlik durumu ile genel memnuniyet ilişkisi	35
Tablo XX. Triaj memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi	35
Tablo XXI. Acil serviste tetkik ve tedavi hakkında verilen bilgilendirme memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi	36
Tablo XXII. Algılanan kısa zaman memnuniyeti ile genel memnuniyete ilişkisi	36
Tablo XXIII. Hastaların acil servisten ayrılırken bilgi verilme memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi	37
Tablo XXIV. Sosyal güvencenin varlığı ile genel memnuniyet ilişkisi	37
Tablo XXV. Hastanın monitörlü bölümde izlemi ile genel memnuniyet ilişkisi	38
Tablo XXVI. Reçete verilmesinin memnuniyet üzerine etkisi	38
Tablo XXVII. Acil servisi tekrar tercih etme düşüncesi ile genel memnuniyet ilişkisi	39
Tablo XXVIII. Hastaların yaşlı olması ile genel memnuniyet ilişkisi	39
Tablo XXIX. Genel memnuniyeti etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi	40

II. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada acil servis birimleri başvuran hastalar için kesintisiz hizmet sunarlar. Hasta memnuniyeti, acil servisin hedeflerinin önemli bir parçası ve acil serviste verilen bakımın kalitesini gösteren bir belirteçtir (1-4). Hasta memnuniyetinin önemi Tablo 1’de belirtilmiştir (5). Sağlık hizmetinin müşterisi sayılan halkın iyi sağlık hizmetinin farkında olması, çoğu sağlık kurumunun hastaların memnuniyetini arttıran faktörleri araştırma ve değerlendirme çabasına itmiştir (6).

Sıklıkla hastaların acil serviste bakımları devam ederken günlük yaşamlarının akışını değiştirecek kadar vakit geçirirler (7). Bu yüzden acil serviste sağlanan bakım, hastalar üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Ayrıca hastaların bulunduğu bölüm ve hastane açısından düşüncelerinin oluşmasına yeterli bir zaman sunar (8).

Tablo I. Hasta memnuniyetinin önemi

Daha yüksek verimlilik ve kazanç
Hasta sayında artma
Sevk edilen hasta sayısında artış
Hastaların verilen tavsiyelere uyma oranlarında artış
Daha üretken personel
Moral artışı
Personele ait ayrılma ve iş değiştirme oranında azalma
Daha verimli çalışma
Tıbbi hata (malpractice) olasılığında azalma
Mesleki doyum oranlarında artma

Sağlık endüstrisinin sürekli gelişme göstermesi ve büyümesi, kişilerin daha bilinçli bir şekilde tercih yapmalarına yol açmıştır. Daha öncesinde kalite programları genellikle teknik tıbbi konulara odaklanmıştır. Günümüzde sağlık bakımı uygulanan merkezlerde, hasta memnuniyeti kalite programlarına dahil edilmiştir (9). Hastaların tıbbi kalite hakkındaki bilgisi çok sınırlı olduğu için, kalite konusundaki tanımlamaları diğer faktörlere dayandırılarak yapılır (10).

Memnuniyet, teknik bakım kalitesiyle istatistiksel olarak birlikte olmayabilirse de, hasta tarafından idrak edilen kalite değerlendirmesinin bir parçasıdır. Bu bakımdan hastanın memnun ayrılması, gelecekte aynı sağlık kurumunun tekrar tercih edilmesinde veya diğer hastalara tavsiye edilmesinde bir temel oluşturur (1,11,12). Hastanın acil servisi ilk ziyaretinde edindiği izlenim, gelecekte tekrar gelmesine veya gelecekteki davranışlarını belirlemede etkili olur (11). Bunlara ek olarak hastaneden memnun ayrılan hastanın bu kuruluşa karşı dava açma ve şikayet olasılığı daha azdır (13). Hasta doktor ilişkisi tıbbi hata (malpractice) davalarında önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir (14).

Memnuniyetin artması hasta bakımını güçlendirir. Memnun hastaların kurallara daha fazla itaat ettikleri ve önerilere daha fazla uydukları belirtilmiştir (15- 18).

Hasta memnuniyetinin artırılması acil servis personeli ve doktorlarının iş memnuniyetini artırır. Hastalar acil servisten memnun ayrıldıklarında, bu memnuniyetlerini diğer davranış ve tutumlarına da yansıtırlar. Aynı zamanda çalışanların motivasyonunun artmasını ve acil serviste pozitif çalışma ortamı oluşmasını sağlar (19).

Hastaların beklentileri 10-20 sene öncesindekilerle benzerdir. Hastalar hala kaliteli bakım, saygılı hizmet, özellikle doktorundan olmak üzere kişisel ilgi ve klinik desteği sağlayacak çalışanlar ister. Hastalar daha eğitilmiş ve bilgilidir. Önceki doktoru ile sizi hızlıca kıyaslar. Onlar markaya sadık değildirler. Bir sağlık planından diğerine veya bir doktordan diğerine çok kolay bir şekilde geçerler. Çoğu hasta tanısı ve tedavisi kolay olduğunda bunu takdir eder. Hastaların özelliklerini anlayarak çaba sarf etmek genellikle onların beklentilerini anlamamıza yardımcı olacaktır. Beklentiler bir ölçüttür. Özellikle muayene masasında yatan bir hastanın yüzünde beklentisinin farkına varmak önemlidir. Beklentiler bilinirse, bu veya daha fazlası karşılanabilir. Beklentiler bir sonraki ziyarette değişebilir. Geldiği andaki şikayet, yaşamı, işi, sağlık ve aile durumu, hatta gelirken yaşadığı kötü trafik bile beklentilerini değiştirebilir. Hasta beklentilerini bilmek daha iyi ve etkili bakım sağlanmasını sağlayabilir (5).

Çalışmamızda, yaşadığımız bölgede hastanemiz acil servisine başvuran hastaların memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin tespit etmeyi ve onları memnun veya memnuniyetsiz kılan nedenleri öğrenerek ileride buna yönelik düzenlemeler için az da olsa bir dayanak oluşturmayı amaçladık.

III. GENEL BİLGİLER

Hasta memnuniyeti hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması sonucunda oluşur (20). Webster “memnuniyet” kelimesini ihtiyacın veya isteğin doyumu olarak tanımlamıştır (21). Bazı araştırmacılar “hasta memnuniyeti” tanımını hastaların beklediği bakım ile algıladığı bakım arasındaki uyumun derecesi olarak tanımlamışlardır (22,23). Hastaların tıbbi bakım açısından beklentileri oldukça fazladır. Bakım kalitesi; bakım sağlayan personelin davranışı, iletişim tecrübesi, acil serviste bekleme süresi ve masraf tutarı gibi konular baz alınarak tanımlanabilir. Hastanın beklentisiyle karşılaşp karşılaşmadıklarının toplamı hasta memnuniyetini oluşturur (24,25).

Yaptığımız ürün veya işlemde etkilenen kişi “müşteri” olarak tanımlanır (26,27). Hasta ve yakınları dışında sağlık bakımına katılan tüm bireyler de birer müşteridir (28). Bu kapsamda incelenen dış ve iç müşteriler Tablo 1’de listelenmiştir.

Tablo II. Acil servis müşterileri

DIŞ MÜŞTERİLER	İÇ MÜŞTERİLER
Hasta ve yakınları	Akademik personel
112 personeli / paramedikler	Yedek personel
Ambulans şirketleri	Kayıt personeli
Ev bakımı sağlayan bakıcılar	Hastane kat hekimleri
Medya kuruluşları	Sosyal hizmet personeli
Taksi şoförü	Hastane gönüllü personeli
Polis	Hastanede çalışan paramedikler
Okullar	Diyetisyen
Tıp Fakültesi ve Hemşire Yüksekokulu	Dini işlerden sorumlu personel

Hastaya çok çeşitli birimler hizmet sağlar. Acil servis ve diğer birimlerin işbirliği ile sağlanan hizmetin en iyi olmasına çalışılır. Hastane içinde yapılan bakıma katılan her birim iç müşteri olarak tanımlanır. Acil servis müşterisinin beklentisinin ne olduğunu ve uygun hizmet kalite anlayışını bilmek önemlidir (28).

Kalite tanımı geleneksel olarak sürekli gelişen bir kavramdır. Yapılan işlem ve hizmet ile kişinin aldığı ve/veya karşılaştığı hizmetin kıymetini arttıran değerler

toplamdır. Kıymetini arttırma tanımı kalite tanımını kolaylaştırır. Fakat her şeyi kıymet artıran değer olarak kabul edemeyiz. Tasarlanan sağlık hizmeti, müşteriyle hizmeti tedarik eden arasında en az bir parçaya etki ediyorsa “kıymet arttıran değer” olarak kabul edilebilir (28).

Bopp “expressive quality/anlamalı kalite” tanımını, bakım sağlayanların davranış ve tutumlarının çekici olması diye tanımlamıştır (29). Rosenweig ise “acil uyumu” acil hekimleri ve hastaları arasında olan uyum olarak bir tanımlamada bulunmuştur (30). Acil uyumunun hızlı bir şekilde itaati, başarılı iletişimi, davalarda azalmayı ve hasta memnuniyetini sağlaması gerekliliğini belirtmiştir. Kişiler arası ilişki açısından tanımlanan diğer kelimeler “empati”, “bakım sanatı”, “şefkat”, “acil tıp sanatı” “sevgi gösteren bakıcı” olarak tanımlanmıştır (4, 29-32). Hastaların bazı tanımları ise nazik, ilgili, şefkatli, kendine güvenen diye çalışanların yüksek kalite bakımını tanımlamışlardır .

Acil serviste başarılı müşteri programının uygulanması; hasta memnuniyetinin artmasına, diğer dış müşterilerin daha pozitif deneyim kazanmalarına ve iç müşteriler için iş çevresinin artmasına yol açar. Kuruluşların bu programları, acil servis ortamında doğal olan stres ve zorlukların tanınmasına yönelik olmalıdır (28).

Sağlık hizmeti veren tüm birimler bazen stresli ve zahmetli görünümde olmasına rağmen, acil servis ortamı özellikle bu zorluklara yatkındır. Acil servise gelen her hasta ilk olarak negatif bakış açısına sahiptir. Kendini iyi hissetmez, orada bulunmak istemez, ödeyeceği maliyet açısından endişelidir, zaman harcamak istemezler, vs. En yardımsever kişi tarafından en iyi bakım sağlansa dahi, hasta veya yakınlarınca çok düşmanca davranışlara maruz kalabilirler. Acil servis müşteri hizmetleri programı bu gerçeği kabul etmek ve bu ortama yönelik stratejileri kapsamak zorundadır. Müşteri ilişkili programlar bu değerler temelinde kurulmalıdır. Acil servis bakımını sağlayanlarca açıkça tespit edilmeli ve hızlıca anlaşılır olmalıdır. Son literatürler tüm ilgili personelin bir araya gelmesini, amaç ve görevlerini belirlemelerini tavsiye eder (33,34).

Müşteri programı tüm kapsamı ile uygulanabilir olmalıdır. Acil servis personeli iyi müşteri ilişkileri konusunda eğitilmelidir ve stresli olan bu ortamda müşteriye uygun davranış için özel becerilerle donatılmalıdır. Başlangıçta etkin bir eğitim programı için bu programı geliştirecek maddi bir kaynak, materyal, eğitmen ve eğitime katılacak personel için zaman ayırmak gereklidir. Acil serviste belirlenen liderler (baş hemşire, tıbbi direktör) bu eğitime katılmalıdır (28).

Arzulanan davranışları kuvvetlendirmek için diğer bir yol, sonuçların toplanması ve ölçülmesidir. Hasta ve personelin memnuniyetinde bir artış, başarılı bir müşteri programının bariz bir göstergesidir. Diğer başarı göstergeleri; öneride bulunan personel sayısının artışı, personele bağlı gecikmelerde azalma ve müşterilerden veya hastalardan şikayetçi personel sayısında azalmadır. Göstergeler düzenli bir şekilde ölçülmelidir. Eğer sonuçlar olumlu değil veya istenenden daha az ise, beklenen sonuçların elde edilmesini engelleyen faktörleri tespit etmek önemlidir. Programda en dramatik gelişmeler, bu gelişmenin en elverişli ve coşkulu olduğu ilk dönemlerde olur. Zaman geçtikçe iyileşmeler giderek azalır. Sonuçlar uzun bir süre sabit kaldığında veya düşüşe geçtiğinde, bu yöntemi yeniden harekete geçirecek stratejiler geliştirilmelidir (28).

Başarılı hizmet organizasyon kalitesi ilerlemelerin sürekli olmasına bağlıdır. İyi hizmet amaç değildir. Sonu olmayan süreklilik önemlidir. Yeni fikirler her zaman teşvik edilmeli ve yaratıcı gelişmeler araştırılmalıdır (28).

Fairfax Müşteri İlişkileri Programı ile hasta şikayetlerinin %70 oranında azaltıldığını (%2.6'dan %0.6'ya) tespit etmişlerdir (35). Diğer yandan hastanın övgülerinde %100'den fazla artış olmuştur (36).

i. Hasta Memnuniyeti Tanımı

Hasta memnuniyeti hakkında kabul edilen kesin etmenlere rağmen, bu konudaki literatürler birtakım nedenlerden dolayı sınırlıdır. İlk olarak hasta memnuniyetinin tanımlanmasında bir karışıklık vardır. İkincisi ise hasta memnuniyeti hakkında bilgi toplanmasının nüfusa uygunluğu, kullanılan yöntem ve analizlerin uygun olmasına bağlıdır. Çalışma yöntemlerindeki farklılıklar, hasta memnuniyetinin neden ve etkileri hakkında yanlış yorumlamalara neden olabilir. Hasta memnuniyeti için değişik tanımlamalar olmasına rağmen bugün için en uygun tanımlardan biri "hastanın tedavisi ve bakımı için beklentisinin veya daha fazlasının karşılanmasıdır" (19). Acil servislerde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler incelendiğinde bazı özellikler dikkati çekmektedir. McMillan ve arkadaşlarına göre, müşteri memnuniyeti bir hizmet veya ürünün satın alınması öncesindeki beklentilerin karşılanması ile oluşur. Eğer bu beklentiler aşırsa, yüksek düzeyde memnuniyet, eğer beklentiler yetersiz karşılanırsa, memnuniyetsizlik ortaya çıkar (37).

Hall ve arkadaşları yaptığı çalışmada, hasta memnuniyetinin teknik ve kişisel özelliklerden etkilendiğini belirtmişlerdir. Hastaya verilen bilgi miktarının, hekimin hasta

ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığını tespit etmişlerdir. Ayrıca genç hekimlerin, yaşlı hekimlere göre daha çok beğenildiğini ve memnun olan hastaların tedavilerine daha iyi uyum gösterdiklerini tespit etmişlerdir (38,39).

Yapılan bir başka çalışmada hasta sayısının fazla olduğu acil servilerde, travma merkezlerinde ve üniversite hastanelerindeki hastaların daha az memnun oldukları saptanmıştır. Kırsal alanlarda ve küçük hastanelerde hasta memnuniyetinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (9).

Acil serviste bakım öncesi bekleme zamanının fazla olması memnuniyetsizliği ortaya çıkarır (20,40,41).

Yaralanması ve hastalığı ciddi olan hastaların acil müdahalelerden daha memnun oldukları, çünkü beklemeden değerlendirildikleri tespit edilmiştir (42). Hangisi ve arkadaşları da, triaj ayrımında daha az acil olarak değerlendirilenler hastaların, daha çabuk acil bakıma ihtiyacı olanlara kıyasla memnuniyetlerinin daha az olduğunu belirtmişlerdir (1). Oysa başka çalışmalarda başvurudaki sağlık durumu iyi olan hastaların daha memnun olduğu tespit edilmiştir (43-45).

Thompson ve arkadaşları hastaların acil serviste algıladıkları zaman memnuniyetinin, gerçek toplam bekleme zamanına oranla memnuniyet üzerine daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (20).

Hasta Sadakatı

Sadakat hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, diğer yandan hastanenin hizmetlerini diğer hasta potansiyeline tavsiye etmesi diye tanımlanır (46).

Hasta sadakatının en önemli etkisi hastayı elde tutma sonucunu doğurmasıdır. Hizmetin büyük miktarda aynı hastalara sunulmasıyla faturalama, dağıtım ve reklam giderlerinde azalma olur. Ayrıca yeni kazanılan hastaların yarısına yakın bir kısmının, hastanenin devamlı hastalarının tavsiyeleri ile elde edildiği tespit edilmiştir. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin, eski bir hastayı elde tutmaktan 5-7 kez daha fazla olduğu araştırmalar sonucu ortaya konulmuştur (46).

Hasta Şikayetleri

Çoğu şikayet gelişme açısından bir fırsattır. Hizmet kalitesi hakkında negatif geri bildirim yapılması, problemlerin çözülmesi için bir şans sağlar. Acil servisler hakkındaki şikayetler incelendiğinde genellikle çalışan personel, bekleme süresi, bilgilendirilme düzeyi, ödediği fatura ve tanıdaki hatalar gibi nedenlerin daha sık olduğu tespit edilmiştir. Hastalar kendi bakımları hakkında en çok şikayeti bakımı sağlayan kişinin ilgisinin azlığı

ve yetersiz iletişim becerisine sahip olması olarak belirtmiştir (47). Yetersiz, etkisiz yaklaşım da hastaların memnuniyetsizliğine yol açmıştır (48-49).

Schwartz ve Overton yaptıkları bir çalışmada şikayet nedenlerinin faturalar (%53.3), hekimler (%28.7) ve hemşireler (%7.0) olduğunu tespit etmişlerdir (50). Bir çocuk hastanesi acil servisinde yapılan çalışmada en sık şikayet nedenleri olarak yanlış tanı (%21.6), faturalar (%18.8), yetersiz tedavi (%14.8), etik olmayan davranış (%12.5) ve uzun süre bekleme (%9.7) bulunmuştur (42).

Sosyoekonomik düzeyi yüksek ve ileri yaştaki hastaların daha çok şikayetçi oldukları bulunmuştur (51). Başka bir çalışmada ise yüksek gelirli hastaların, kadınların, şehirde yaşayanların ve genç erişkinlerin daha fazla şikayetçi olduğu gösterilmiş (52).

Acil servislere yapılan memnuniyet çalışmalarında 65 yaş üstündeki hastaların daha az şikayetçi olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların daha fazla şikayetçi olduğu tespit edilmiştir (50).

Bununla birlikte memnun ayrılmayan hastaların çok az bir kısmının şikayetçi olduğu tespit edilmiştir (9,53-55). Hastalar hizmet sağlayanlardan şikayet etmeye gönülsüz olmalarına rağmen, arkadaşlarına ve ailesine negatif açıklamalarda bulunup, bu yakın çevresinin davranışlarını etkileyebilir (56). Ayrıca memnun ayrılmayan hasta gelecekteki hastane seçiminde tercihini değiştirebilir (57).

Eğer şikayet hasta acil serviste iken gerçekleşirse öncelikle hekimi veya bölüm müdürü tarafından en kısa zamanda sorunlarıyla ilgilenilmelidir. Eğer şikayetler hasta acil serviste iken konuşulamayacak ise uygun bir zaman için hasta veya yakınlarına randevu verilmelidir. Hekim veya yöneticinin, şikayette bulunan kişilerin isim ve telefonunu kaydetmesi işi kolaylaştırır. Böylece hasta ilgili tüm sorularını ve isteklerini daha sonrasında değerlendirebilecektir. Bazen hasta veya yakınlarının şikayetleri onları kızdıran bir hususta alevlenir. Bu oluşursa bakımı sağlayanlarca sıkıntının sebebi hemen bulunmalı ve durumun yatışması için girişimde bulunmalıdır. Hastanın ilgilendiği meseleye odaklanılmalıdır. Hasta veya yakını olabildiğince çabuk daha sakin ortama götürülmelidir. Bu hareket bakımı sağlayan hekimin sorunu ele almasını sağlarken, diğer çalışanların durumu kontrol altına almasına olanak sağlar. Çevrenin değiştirilmesi kişiyi daha sessiz kılar. Eğer hasta yakınları uygunsuz ve sorumsuz davranışlara devam ederse, onları susturacak çabalarda bulunulmamalıdır. Tedavi alanından uzaklaşması istenmelidir. Hastane güvenliği bu işleme yardımcı olabilir. Hastanın kayıtları tutulmalıdır. Hasta konforunu sağlayacak uygun hazırlıklar yapılmalı ve planlar yazılmalıdır (28).

Hasta memnun olmadığında düzeltmeye yönelik yapılacak işlemler “hizmet düzenleme” diye anılır. Geleneksel olarak bu terim müşteri memnuniyetini sağlamak için problemleri tespit etme ve çözüm üretme eylemleridir (28).

ii. Memnuniyeti Artıran Faktörler

Hasta bakımına olan ilgiyi ve bakım yöntemini arttıran her türlü çaba hasta memnuniyetini artırır (58).

Hasta memnuniyet çabaları sıklıkla bakım hizmeti verenlerin davranışlarını değiştirmeyi arzu eder, ancak gerçek çözüm daha karmaşıktır. Hasta memnuniyetinde üç husus vardır; hasta, bakım sağlayanlar ve ortam. Hasta ve ailesi için memnuniyet; kişisel özelliklerden, karmaşık ihtiyaçlardan, beklentilerden, düşünce ve davranışlardan etkilenir. Hastane ve bakım sağlayanlar hastalarla uğraşları konusunda tecrübeli olmalıdır. Acil servis ve hastane altyapısı, hizmet verenlerin bakım işlerini ve davranışlarını destekleyici ve güçlendirici olmalıdır (59).

Acil servisler hastanenin onayladığı biçimde yenilenmeye devam etmelidir. Çünkü acil servis hastanenin ön kapısı olarak bilinir, bu da hastanelerin itibarını gösteren bir anahtardır. Bazı önemli altyapı ihtiyaçları; yeterli personel, yatan hasta için yeterli yatak varlığı, tanı ve tedaviye hızlıca ulaşabilecek uyumlu, rahat hareket alanını sağlayan acil servis alanlarına sahip olmaktır (59).

Yeterli sayıda muayene odası temin edilmeli ve bu odaların büyüklükleri hemşire ve doktorların sığabileceği genişlikte olmalıdır. Eğer bu alan doktor veya hemşirenin çalışacağı, oturacağı ve iletişim kuracağı bir yer olacaksa, bu bakım işleminde hasta ve yakınlarına da yer tahsis edecek şekilde olmalıdır (59).

Yoğun bir yönetim desteği önemlidir. Acil serviste çalışanlar, çoğu olay kontrolleri dışında oluşsa bile bunun sağlanabileceğine inanır. Gelen hasta sayısı, tıbbi aciliyet tipi, şifrin getireceği baskı ve yatan hasta yatak sayısı, bakım sağlayanların kontrolü dışında gelişir. Yönetimin desteği olmadığı takdirde, bakım sağlayanlar hayal kırıklığına ve üzüntüye uğrayacaktır. Bakım sağlayanlar iş ortamı hakkında verilen kararları etkileyebileceğini, yönetimin onların ilgisini işitebileceğini bilmek zorundadır (59).

Haftanın yedi günü 24 saat çalışmak çok engin bir mücadeledir. Bakım sağlayanlar çalışma saatleri sınırlı bile olsa çok yorulurlar. Personel çalışma taslağı tahammül edilebilir olmalıdır. Vardiya usulü çalışma en aza indirilmelidir. Eğer hasta memnuniyetini sağlamak isteniyorsa, iyi hekim olmaya çalışmak gereklidir. Rutin işler en aza

indirilmelidir. Malzeme ve ekipmanlar bulunabilir olmalıdır. Basit bir işi halletmek için birçok telefon görüşmesi yapmak, kırtasiye işleri, tam olmayan veya mevcut olmayan bilgilendirme, saldırgan mesai arkadaşları ve yetersiz destek ünitesi gibi engeller ortadan kaldırılmalıdır. Acil çalışanlarını hasta bakımından uzak tutan rahatsız edici telefon konuşmaları, ekipman ve işlem hazırlığı, düzeltmeye yönelik bilgilendirme gibi zaman alıcı durumlar en aza indirilmelidir. Hekim ve hemşirelerin hastalarına odaklanmasına olanak sağlayan deneyimli destekleyici personel sürekli bulundurulmalıdır. Acil servis hekim ve hemşirelerine makul özen gösterildikten sonra, hasta memnuniyeti başlayabilir (59).

Triaj hastaların ne kadar süre güvenle bekleyeceklerini tespit eden ve hastaların acil servis bakım alanına geçişine engel olan işlem olarak tanımlanmıştır. Hastaların ilk ilişkide buldukları ve geliş nedenini açıklaması için en uygun alan triajdır. Ayrıca triaj, hastanın rahatlamasına olanak sağlayan ikinci en uygun alandır. Bu alanda iyi bir iletişim özellikle çok önemlidir. Triaj hastanın bakım işlemini kolaylaştırmalı, engel olmamalıdır. Triaj hızlıca yapılmalı, eğer mümkünse hastalar bakım alanlarına değerlendirilmeden alınmalıdır. Transferde ilgili olunmalı, hastaya şefkatli davranış gösterilmelidir. Profesyonellik yoğun faaliyet temposu demek değildir (59).

Kayıt işlemi insanlara oldukça antipatik görünür. Çünkü bilgi ve para ile meşguliyettir. Hastanın sağlık durumuna katkıda bulunacak bir eylem değildir. Bu işlemi yapan personelin bilgili olması özellikle çok önemlidir. Bazı acil servislerde kayıt personeli bu işlemi tedavi odasında yapmayı, hastanın rahat olmayan bir sandalyede oturduğu bilgisayar odasına tercih eder. Kayıtlar kısa, rahat ve olabildiğince dostça yapılmalıdır (28).

Hastaların hekimden memnun kalması, doğal olarak hekimin içtenlik gösterme ve iyi iletişim kurma kabiliyetine bağlıdır. İyi iletişim öğrenilmelidir. Hastalar hekimlerin kendilerini dinlemelerini isterler. Fakat, hekimlerin şaka ve uzun konuşmalar ile meşgul olacak zamanı yoktur. Yine de randımanı azaltmadan hasta-hekim iletişimini artırmanın yolları vardır.

İyi iletişim en iyi bakımı sağlar. İletişimde başarı tıbbi hata davalarını en aza indirir ve tıbbi bakımda hasta memnuniyetini artırır (60). Genelde hastalar aşağıdaki özellikleri içeren doktorlar ile iletişimde bulunurlarsa en memnun biçimde ayrılır (61). Doktorların hastalarla iyi iletişimini sağlayan faktörler Tablo 3'de belirtilmiştir (5).

Tablo III. Hekimlerin iyi iletişimini sağlayan faktörler

Bilgi
Teknik ve insani ilişkilerdeki yeterlilik
Ortaklık kurmak
İyi arkadaşlık ilişkisi kurmak
Negatif konuşmadan ziyade pozitif konuşmak
Daha uzun süre ayırmak

Ayrıca hekimlerin dinleme, etkin konuşma ve vücut dili gibi unsurları, hasta ile iletişim kurarken kullanması gereklidir (28).

Dinleme

Bazı insanlar iyi dinleme sezgisine sahipken bazılarında bu yoktur. İnsanlar dinleme yetilerini pratik uygulama ve eğitimle geliştirebilirler. Sir William Osler; “Hastanızı dinleyin, o size tanısını söyler” demiştir (5).

Etkin dinleme için birkaç tane engel vardır. Birincisi çevredir. Hızlı bir bakım sağlanan meşgul bir acil serviste etkin dinlemeyi zorlaştıracak karışıklar mevcuttur. Psikolog Carl Rogers etkin iletişime en büyük engelin dinlemekten daha ziyade konuşmaya eğilimin olması olarak belirtmiştir (28).

Konuşma içeriğini tam anlaşılmasında üç tip dinleme önemlidir. Birincisi durumun içeriğini saptayarak dinlemek olan eleştirisel dinlemedir. Acil serviste en sık uygulanan dinleme yöntemidir. İkinci tip dinleme yöntemi ise gerçekte altta yatan şeyleri hissederek yapılan empatik dinlemedir. Bu tip dinleme dinleyicinin olayı anlamasına imkan kılar ve konuşana rahat bir sunuş sağlar. Sonucusu ise idrak etmeye yönelik dinlemedir. Konuşanın ihtiyaçlarına tam memnuniyet şansını sağlayan dinlemedir (28).

Önemli dinleme becerilerinden bir tanesi de aktif dinlemedir. Aktif dinlemede dinleyici, vücudunu nazikçe kullanarak, fiziksel ve sözsel dikkatini konuşana yönlendirerek, verilmeye çalışılan mesajı başka yöntemle anlamaya çalışır. Aktif dinlemenin püf noktası konuşanın mesajını saptırmadan söylemesini sağlamaktır. Bu bir anlaşma değildir. Aktif dinleme eleştirici ve empatik dinlemenin birleşimidir (28).

Konuşma Becerisi

Etkin konuşma, etkin dinleme kadar önemlidir. Acil servisten hastaneye yatış yapılmasını reddeden yaşlı bir hasta buna hazır olmadığını ifade edebilir. Hastanın bu

kararı almasına yardımcı olmak için hemşire veya hekimler bu serbest konuşma yöntemini kullanabilir. Diğer bir etkin konuşma ise, personel gibi değil de, sıradan bir kimse olarak yakın dostça konuşmadır. Örneğin hekim kafa travması geçiren bir çocuğun ailesine, aynı yaşta bir çocuğu olduğunu söyleyebilir. Hekim bunu söylerken bir yandan çocuğun muayenesine devam etmelidir (28).

Acil serviste uygun dili kullanmak önemlidir. Hastalar çok zor veya çok kolay kelimelere duyarlıdır. Hastalar kullanılan ses tonuna reaksiyon gösterebilirler. Güncel kelimeler kullanılmalıdır (28).

Hekim ve diğer bakım sağlayanlar hakkında şikayet konularından birisi de davranışlardaki kabalık, ses tonunun rahatsız edici olması, uygunsuz kelimelerin seçilmesi ve hastaya olan ilgisizlik olarak bildirilmiştir (42,50).

Vücut Dili

Vücut dili hastanın işlemleri hakkında daha fazla bilgiyi ortaya çıkarır. Göz teması, mimikler, ellerin pozisyonu ve dokunma, kolların pozisyon ve duruş tarzı olumlu olumsuz veya nötr duygular oluşturan işaretlerdir (28).

Hastanın vücut diliyle verdiği mesaj, duygulanım durumunu yansıtması bakımından önemlidir ve kesin tanıya ulaşılmasına yardımcı olabilir. Vücut dili hastanın saklamaya çalıştığı sıkıntının habercisi olabilir. Örneğin hasta muayene odasında ailesinden birisinin olmasından rahatsızlık duyabilir ve bu durum, tıbbi durumu hakkında gerekli bilgileri açıklamasında isteksizliğe yol açabilir. Hastalar vücut diliyle sabırsızlıklarını, hayal kırıklığına uğradıklarını veya sağlık durumuna ilgisizlik gibi psikolojik durumlarını gösterebilir. Acil servis çalışanları hastaların vücut dilleriyle gönderdikleri mesajlar hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar (28).

Bireysel ancak interaktif iletişim tercih edilir. Olumlu olmasının yanında hastanın yaşadığı yıldırmacı bir durum varlığında hastanın kendisini kontrol etmesine olanak sağlar. İletişimde genellikle kelimelerden daha fazlası vardır. Hastalar kaliteli bir iletişimde sadece kelimelerin değil tokalaşma, göz teması ve duygusal bağın önemli olduğu kanısındadırlar. Hastaya yaklaştığımızda kendinizi tanıtmak, tokalaşmak veya hastaya dokunmak ve geliş şikayetine yönelik bazı açıklamalar yapılmalıdır. Oturmak ve rahatlamak zaman alır. Hastanın konuşmasına, hiç kesmeden en az bir veya iki dakika müsaade edilmelidir. Hastanın sıkıntısı, ağrısı, stresi ve acısıyla ilgilenildiği hekim tarafından belirtilmelidir (59).

Hastalar en basit konularda bile olsa mahremiyetlerine ve saygınlığına değer verilmesini ister.

Bilgi akışı ve hizmetini geliştirmek gereklidir. Hastalar, acil hekim ve hemşirelerinin kendilerine bilgi vermesini ister. Bu zaman alır. Bilgilendirme acil hekimlerine mecbur kılınmalıdır. Laboratuvar ve radyolojik test, tıbbi hikaye gibi konularda bilgilendirme sadece verilmiş olmamalı, aynı zamanda güvenilir olmalıdır (59).

Çoğu acil serviste hasta ve yakınları, başvuru süresince bilgilendirilmeden önce uzun bir süre geçirmek zorunda kalır. Hekimlerin ve diğer personelin belli zaman aralıklarıyla hastaları görmeleri, durumlarındaki herhangi bir değişikliği tespit etmeleri, hastanın rahatını sağlamaları ve hastaların her sorusunu cevaplandırmaları gereklidir. Bu tekrar ziyaret ve izleme notunun konulması 15 dakikayı geçmeyen aralıklarla yapılmalıdır. (28).

Bazı acil servisler gelen hastaları bilgilendirmek için yazılı broşür ve formlar hazırlamaktadır (58,62). Bu format hasta memnuniyetini güçlendirmekte oldukça etkilidir. Bu yöntemin uygulanması dil, öğrenim düzeyi ve konsantrasyon yeteneği gibi hastanın özelliklerinden etkilendiği için zor olabilmektedir (18,63-65).

Sağlık çalışanları hastayla ilgilenirken yeterli zaman harcanmasının, hastanın sorularına cevap verilmesinin ve bilmek ihtiyacı duyduğu açıklamaların yapılmasının, hastanın tanımladığı bakım kalitesi üzerine etkili olduğunu düşünmektedirler. Hekimler ve bakıma katkısı olan diğer çalışanlar, sıklıkla bu açıklamalar için yeterli zaman olmadığını düşünürler. Hastanın karşılaştığı hekim kalitesi ve acil serviste kaldığı süre hakkında algısını etkileyen birtakım hareketler vardır. Birincisi her türlü gecikmenin farkında olan hastaya gerekli özür veya açıklamanın yapılması önemlidir. Hastayı muayene ederken özellikle ne yapıldığını ve niye yapıldığını söylemek faydalıdır. Uygun bir şekilde sıklıkla hastaya dokunmak önemlidir. Hasta konuşmasını bitirmeden kapıya yönelmek gibi basit hareketlerden kaçınılmalıdır (28).

Yatak başına bakım getirilmelidir. Acil serviste hekim ve hemşirelerin hasta odasına sadece bilgi alma ve gerekli görevleri yapmak için girdikleri görülür. Asıl iş oda dışında yapılır; test isteme, seçenekleri tartışma, bilgileri toplama ve her şeyin belgelenmesi. Hasta ve yakınları bakıma dahil olan bu uğraşlara tanık olmazlar. Sonuç olarak, karışık kararların alınması ve gerekli çabalardan habersizdir. Bununla beraber, hastanın önünde notlarını alan hekimler, şimdilerde hastaların bakımları konusunda

yakından ilgilenildiklerini düşünerek derin takdir duyduklarını kabul etmektedir. Bu uygulama aynı zamanda haksız yere fatura suçlamalarına karşı savunma durumuna yardım edebilir (59).

Doktorun konuşma süresi ile hasta memnuniyeti ters orantılıdır. Hastadan daha fazla konuşan doktorun yarattığı sonuç daha az memnun hastadır. Araştırmalarda hasta ile geçirilen süre ne kadar uzun olursa olsun bu sonucun çıktığı bulunmuştur (66).

Acil servis işlemleri oldukça genişir ve hasta yoğunluğuna, personel sayısına ve bireysel duruma bağlı olabilir. Triaaj yaklaşımında, klinik kararlarda, tıbbi tedavide farklılık olursa kalite ve memnuniyet oranında azalma ile hata şansında artış olur. Çalışan personelin aralarında uyum ne kadar fazla olursa, hastaların kalite algısında ve memnuniyette artış olur (59).

Hastane masrafları ve faturalar hasta şikayetlerinin önemli bir kısmını oluşturduğundan (42,50) faturalar tam doğrulukta düzenlenmelidir. Yapılan bir çalışmada hastayı ortaya çıkabilecek masraflar konusunda bilgilendirmek şikayetleri önlemektedir (67). Bir başka çalışma hastalara ayrıntılı fatura verilmesinin şikayet oranlarında azalmaya yol açtığı bildirilmiştir (9).

Hastanın algıladığı bekleme zamanı ile memnuniyet arasında ters orantı mevcuttur (20,68,69).

Tüm birimlerde hasta memnuniyetine yönelik araştırmalar yapılmalıdır. Hasta memnuniyeti hasta, hastanın ailesi veya yakını tarafından değerlendirilebilir. Bu tetkik sözel veya yazılı bir form ile yapılabilir. Sözel değerlendirme kişi ile birebir görüşerek veya telefonla, yazılı rapor ise yine kişiyle birebir veya e-mail ile yapılabilir. Bu rapor hastanın acil serviste tedavisi tamamlandığı an, bakımı için gerekli ücreti ödediğinde veya birkaç gün sonrasında yapılabilir. Bu yöntemlerin her biri uygulanan ankete yanıt verme oranını ve taraflı yanıtlama sonucunu doğurabilir. Bu yüzden hasta memnuniyeti ile ilişkisi olan faktörlerin belirlenmesi ve analiz edilmesi açısından kullanılan yöntem önem kazanmaktadır. Yapılan çalışmalarda yanıt alınması açısından en yüksek orana sahip olan yöntem acil servis de uygulanandır (70-72). Telefonla yanıt oranları bir miktar daha düşüktür (3,69,73). Bunun nedeni hastanın düşük sosyoekonomik nedene bağlı olarak telefona sahip olamaması, iş gereği seyahatler, doğru telefon numarasına rağmen hastaya ulaşamaması ve ulaşılmasına rağmen uygun iletişim kurulamaması olabilir (73,74).

Doldurulan form açık ve kısa olmalıdır. Birleşik ve karışık soruların sorulması, yanıtın yanlış olmasına size soru sorulmasına yol açabilir. Örneğin “gelecekte herhangi bir

durum varlığında tekrar buraya gelir misiniz? veya burayı başka insanlara veya yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?” gibi bir soru bile karışıklığa yol açabilir.

Memnuniyet skorlarının oluşturulmasında tüm memnuniyetin tek ölçümüne güvenmekten çok, konuya özgül skorların toplanması tavsiye edilir. Böylelikle bir hizmet alanında olan yetersizliğin, diğer hizmet sağlanan alana olan negatif etkisi minimuma indirilir. Örneğin hasta triaj olayından memnun olmayabilirken, doktor veya hemşire tecrübesinden memnun olabilir. Sonuçları değerlendiren kuruluşlar memnuniyeti bağımsız olarak etkileyen bu hizmet alanındaki kusurları yanlış değerlendirmeme açısından dikkatli olmalıdır. Örneğin acil servise geldiğinde yol gösterici bir kılavuzun olmaması veya yakın bir park yerinin olmaması, triaj olayından memnuniyetsizlik olarak değerlendirilebilir.

Evine yollanan hastaların bazılarında zamanla memnuniyet derecelerinde taraflı tutum olabilir. Tıbbi bakımın pahalı olması veya hastanın kendi tedavisinin ücretini kendi ölçülerine göre belirleyememesi, ödemeyi gerçekleştirdikten sonra sorulan sorulara taraflı şekilde memnuniyetsiz ifadelerde bulunmasına yol açabilir (19).

Hasta ve yakınlarının acil servis ziyaretlerindeki kesin hedefleri isteklerine ulaşmaktır. Bazen bu amaçları çok küçük veya asıl şikayetten bağımsız olabilir. Örneğin işini telafi etmek isteyen birinin başlıca geliş şikayeti düşmeye ikincil sırt ağrısı olabilir. Hastanın asıl çabası narkotik ilaç uygulanıp devam eden iş zamanını geçirmek olabilir. İsteklerinin bir kısmı veya bütünü karşılanmasa bile, hastanın ve ailesinin ne istediğini kabul etmek veya tartışmak önemlidir (5).

Sağlık kuruluşlarında hastalar, eğer uygulanan bakımı hissederse memnun olacaktır. Hem kişiler hem de işlemler özenle yaklaşıldığını hissettirmelidir. Ağrısı olan bir hastanın ağrısı hızla geçirilmedikçe hastanın beyanı gerçek anlamda ilgilenilmediği yönünde olabilir (5).

En uygun yaklaşım hastanın uygulanan bakımı-ilgiyi hissetmesini sağlamaktır. Bunun için ilk adım gerçek beklentilerin tespit edilmesi ve üstesinden gelecek faaliyetlerin ortaya konulmasıdır. Başlangıçta hastanın kendisine faydalı olacak şeyleri görmeye ihtiyacı vardır. Bu yüzden başlangıçta kınama, inceleme ve yargıya varamaz. Acil servisin göz korkutan ortamının hastalar üzerinde oluşturduğu etki, bakımı sağlayanların dostça konuşmaları ile azaltılabilir ve kişinin aldığı memnuniyetin artmasına yol açar. Tüm hastalar geçmişi, davranışı ve sıkıntısı ne olursa olsun saygı görmelidir. Hastalar saygısız olsalar bile onlara saygılı olmalıyız. Hastalar ağırbaşlı olmasa da biz olmalıyız. Öfkeli ve düşmanca tavırda olsalar da biz dostça bir tavır sergilemeliyiz. En kötüsünü bile insan

olarak görmeli ve onu yargılamaktan veya ona misilleme yapmaktan kaçınmalıyız. Davranışlarımız ve yanıtımız bizi tanımlar. Her gün uğraşılan kızgın, sabırsız, depresyonda, pasif veya saldırgan hasta sayısı, uyumlu diğer hastalardan daha fazladır. Şefkat ve sıcaklık göstermek garip görünse de hasta memnuniyeti için temel öğedir.

Neden beklediklerini bilmedikleri gibi beklemek de istemezler. Bunun anahtarı düzenli aralıklarla ve sık olarak bilgilendirilmeleridir. Hastalar kalite değerlendirmesini kaldıkları toplam sürenin kısa olmasına dayandırarak yapabilirler. Hasta zamanında karşılandı mı ? Dostça ve ilgiyle bakıldı mı ? İsmiyle hitap edildi mi ? Tedavi alanı temiz ve sakin mi ? Hastayı karşılayan hekim bir hekim gibi görünüyor mu ? Hastaya düzgün ve uygun bir şekilde bakıldı mı? Bu ve bunun gibi birçok benzer durum hastanın kalite değerlendirmesine pozitif veya negatif olarak yansır. Duygusal ve fiziksel boyutta sağlanan müşteri hizmeti, standart acil bakımın bir parçası olmasa da hasta için çok önemlidir. Bu yüzden müşteri hizmeti hastanın gözündeki bakım kalitesine eşdeğerdedir (5).

Hasta beklentilerinin bilinmesi önemlidir. Hasta sizinle karşılaşmadan önce beklentiler bir video teyp gibi hastanın kafasında oluşur. Telefon görüşmesi, kayıt işleminde iken, resepsiyonda beklerken, hemşire ve intörn ile merhabalaşması ve doktoru ile konuşması ve fiziksel tedavi, prosedürlerde bu izlenimini oluşturur. Üstün hizmet daha fazla beklenti doğurur (5).

Hastaların tıbbi olmayan ihtiyaçlarına hizmet etmek, özellikle uzun süredir bekleyen hastaların acil servisi değerlendirmelerinde farklı etki oluşturabilir. Hekim dışında bakıma katılanlar, hasta ve yakınlarına battaniye, yastık, telefon, duş ve yemek konusunda hizmet sağlayabilirler. Zamanı olan hekimlerin tıbbi olmayan bu ihtiyaçlara yardım etmeleri oldukça faydalı olur. Çoğu acil servis, hasta ile bakımı sağlayan kişiler arasında ilişkiyi sağlayacak gönüllüleri veya personeli kullanmaya başlamıştır (28).

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma 2001 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Acil Servisinde, Fakülte Etik Kurul onayı alındıktan sonraki ilk 15 gün içerisinde yapıldı. Bu çalışma başlangıcında çalışmaya katılacak paramedik, intörn ve acil tıp asistanlarına çalışma hakkında eğitim verildi. Çalışmada DEÜTF acil servisinde daha önceden belirtilmiş 15 günlük sürede günün 24 saati gelen hastaların tamamı öncelikle triajdaki paramedik tarafından karşılandı. Hastanın uygun bölüme triajı yapıldı. Paramedik tarafından hastayı muayene ve tedavi edecek olan Acil Tıp asistanına haber verildi.

Tablo IV. Hastaların çalışmaya dahil etme ve dışlama kriterleri

Çalışmaya dahil etme kriterleri
18 yaş üstünde olanlar
Türkçe bilenler
Çalışmadan dışlama kriterleri
Bilinç düzeyinde bozulma olan
İletişimi engelleyecek bir hastalık durumu
Hastanın acil nakil ve operasyon ihtiyacı
Hastadan bilgilendirilmiş onay alınamaması
Hasta ile iletişim kurulamaması

Hastanın triajı yapıldıktan sonra daha önceden hazırlanmış olan hasta memnuniyetine ait triaj formu üzerine (Form 1), hastanın dosyasına yazılacak olan bilgilerden; hastanın adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu; acil servise getiriliş saati, getiriliş tarzı (ambulans, yürüyerek, kendi aracı vs), içeriye alındığı bölüm uygun boşluklara paramedik tarafından yazıldı. Triaj formu doldurulurken hastanın acil tedavi ve bakım ihtiyacı hiçbir suretle engellenmedi ve geciktirilmedi. Acil servise günün 24 saati gelen ve çalışmaya alma kriterlerine uyan tüm hastalar için triaj formu (Form 1) dolduruldu. Çalışmaya alma ve dışlama kriterleri Tablo IV'te gösterilmiştir.

Bu aşamadan sonra hastanın belirlenen hekimi hasta başına gidip kendini takdim ettiği ve muayeneye/bakıma başladığı andaki saati doktor anket formundaki (Form 2)

uygun bölüme yazdı. Hastanın acil serviste tüm bakımı sağlandıktan ve acil servisten çıkışına karar verildikten sonra (yatış veya taburcu), hastanın hekimi tarafından hastanın masraf formu düzenlenmeden önce, halkla ilişkileri düzenleyen intörn doktora veya çalışmada bulunan asistan doktora haber verildi. Bu aşamada hastanın doktoru tarafından dışlama kriterlerine uyan hastalar uygun formda bulunan (Form 2) dışlama kriteri işaretlenerek formlar çalışmada görevli doktor veya intörn doktora verildi. Form 2’de belirtilen dışlama kriterlerine uymayan hastalar yapılan çalışma hususunda bilgilendirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş onayı alındı. Hasta memnuniyet formunu (Form 2) dolduracak olan asistan veya intörn doktorun hastanın acil serviste gördüğü bakım ve tedavi ile ilgisi olmadı. Bilgilendirilmiş onayı alınan hastalara anket formu (Form 2) eksiksiz dolduruldu. Dışlanan veya çalışmaya alınan tüm hasta formları acil servis içinde daha önceden tez için belirlenmiş bölüme bırakıldı. Form 2’de hastaya; daha önceden acil servise gelip gelmediği, hastanemiz acil servisi tercih nedenleri, acil serviste gördüğü tüm bakım memnuniyeti, triajdaki karşılanma, acil serviste tüm kalış zaman algılaması, doktorların davranış ve tecrübeleri hakkındaki memnuniyeti, hemşirelerin davranış ve tecrübeleri hakkındaki memnuniyeti, diğer personelin davranışı hakkında memnuniyeti, hastanenin teknik donatım ve ekipmanı, hastanenin temizlik durumu, tetkik ve tedavi süresince bilgilendirilme hakkındaki memnuniyeti, laboratuvar-röntgen-tomografi gibi tetkikler için bekleme süresi hakkında algılamaları, acil servisten giderken izlem konusunda kendilerine bilgi verilip verilmediği ve bu konudaki memnuniyeti, ileride hastanemiz acil servisini tekrar tercih edip etmeyeceği veya yakınlarına tavsiye edip etmeyeceği, kendisine reçete verilip verilmediği hususlarında sorular soruldu ve bunları 5’li Likert skalasına göre yanıtlaması istendi. Memnuniyetle ilgili sorularda 5’li Likert skalasına göre; “5 = mükemmel, 4 = iyi, 3 = normal-orta, 2 = kötü, 1= çok kötü” olacak şekilde yanıt vermesi istendi. Zaman ile ilgili sorularda 5’li Likert skalasına göre; “5 = çok kısa, 4 = kısa, 3 = normal-orta, 2 = uzun, 1= çok uzun” olacak şekilde yanıt vermesi istendi.

Bu değerlendirmede 4 ve 5 olarak belirtilen puanlama memnuniyet olarak kabul edildi (70). Toplanan verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, Version 10.0 programı ile gerçekleştirildi. Çalışmamızda hastanın demografik özelliklerinin (hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyal güvencesinin, öğrenim durumunun, yaşadığı yer), bakım özelliklerinin (geliş şeklinin, geldiği zaman periyodu, acil servise alınış şekli,

alındığı bölüm) hasta memnuniyetine etkileri analiz edildi. Ayrıca hastanın acil serviste kaldığı zaman dahilinde verilen hizmetin ve hastaya sağlanan koşulların (doktor-hemşire-diğer personelin davranışlarının ve tecrübelerinin, hastanenin teknik donanım ve ekipman varlığının, hastanın laboratuvar ve röntgen tetkikleri için bekleme zamanının, hastanın acil serviste toplam bekleme zamanının, hastanın idrak ettiği bekleme zamanının, acil serviste beklediği zaman içerisinde bekleme nedeninin parametrelerinin) hasta memnuniyeti üzerine etkileri analiz edildi. Verilerin analiz edilmesinde ki-kare testi kullanıldı. Bununla birlikte Lojistik regresyon testi ile memnuniyet üzerine etkisi en fazla olan faktör tespit edildi: P değeri < 0.05 olan değerler anlamlı kabul edildi .



V. BULGULAR

i. Genel Veriler

Çalışmanın yapıldığı dönemde, acil servise ardı ardına toplam 1113 hasta başvurdu. Formları eksik doldurulan, kendi istekleri ile muayene olmadan veya sorulara yanıt vermeden acil servisten izinsiz olarak ayrılan, çalışmaya alma kriterlerine uymayan 94 hasta (%8.4) çalışmadan çıkartıldı

Çalışmadan çıkartılan hastaların 7'si (%7.4) bilinç düzeyinde bozulma nedeniyle, 6'sı (6.4) iletişimi engelleyen hastalık durumu, 9'u (9.6) acil transfer veya acil müdahale ihtiyacı, 40'ı (%42.6) bilgilendirilmiş onay alınamaması, 30'u (%31.9) iletişim kurulamaması ve 2'si (%2.1) ölüm nedeniyle çalışmaya alınamadı. Bulgular çalışmaya dahil olan 1019 hastanın (%91.7) verilerinin değerlendirilmesi ile elde edildi.

Çalışmaya 18-91 yaşları arasında, yaş ortalaması 43.17 ± 17.79 olan ve medyanı 41 olan, 600'ü (%58.9) kadın, 419'u (%41.1) erkek olmak (Tablo V) üzere toplam 1019 hasta alındı.

Çalışma sürecinde hastaların 867'sini (%85.1) 18-64 yaş arasında, 152'sini (%14.9) 65 yaş ve üstü oluşturmaktadır.

Hastaların 601'i (%59) daha önceden herhangi bir nedenle acil servise başvurmuş, 418'i (%41.0) ilk kez hastanemiz acil servisini tercih etmişti.

Hastaların Dokuz Eylül Üniversitesi acil servisi tercih nedenlerini çok seçenekli olarak değerlendirmeleri istendiğinde; 236'sının (%23.2) sosyal güvencesi nedeniyle, 368'inin (%36.1) yakın olması nedeniyle, 314'sinin (%30.6) daha önceden memnun ayrıldığı için, 31'inin (%3) kendi istekleri ile getirilmediğini, 40'ının (%3.9) sevk edildiğinden dolayı, 399'unun (%39.2) sadece tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Hastaların acil serviste bulunma süreleri ortalama 167.1 ± 195.6 , (aralık: 10-1850 dakika), medyanı 105.0 olarak hesaplanmıştır.

ii. Demografik Veriler

Hastaların cinsiyet dağılımı Tablo V'de belirtilmiştir.

Hastaların sosyal güvence durumları Tablo VI'da gösterilmiştir.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde, 665'inin (%65.3) evli durumda olduğu, 354'ünün (%34.7) dul-bekar olduğu belirlenmiştir.

Hastaların 53'ünün (%5.2) okuma-yazma bilmediği tespit edilmiştir Hastaların öğrenim durumları Tablo VII'de sunulmuştur.

Hastaların ikamet ettikleri yerlere göre durumları incelendiğinde, 909'unun (%89.2) İzmir merkez bölgesinde, 67'sinin (%6.6) İzmir ilçelerinde, 43'ünün (%4.2) İzmir dışında oturdukları tespit edilmiştir.

iii. Acil Servisteki Bakım İle İlgili Veriler

Hastaların 37'si (%3.6) acil servise ambulans ile getirilmiştir. Hastaların getiriliş şekilleri Tablo VIII'de gösterilmiştir.

Hastalar acil servise geliş zamanı üç vardiya olarak düşünüldüğünde 400'ü (%39.3) saat 08:00-15:59 arasında, 482'si (%47.3) saat 16:00-23:59 arasında, 137'si (%13.4) saat 24:00-07:59 arasında gelmiş veya getirilmişlerdir.

Hastaların acil servis içine alınma tarzı; 55'i (%5.4) sedye ile, 250'si (%24.5) tekerlekli sandalye ile, 714'ü (%70.1) yürüyerek alınmışlardır.

Gelen hastaların 153'ü (%15) monitörlü bölüme alınmıştır. Hastaların acil serviste alındıkları bölüm dağılımı Tablo IX'da gösterilmiştir.

Çalışmamızda hastaların 613' ünün (%60.2) bakımına ilk 10 dakika içinde başlanmıştır. Hastaların hekim bekleme zaman aralığı 0-60 dakika arasında bulunmuştur (Tablo X).

Çalışmamız süresince hastaların sadece 174'üne (%17.1) hemşire tarafından bakım uygulandı. Hastaların 389'undan (%38.2) laboratuvar tahlili istendi ve sadece 396'sından (%38.9) radyolojik görüntüleme istemi yapıldı.

iiii. Hastaların Memnuniyeti İle İlgili Veriler

Hastaların acil servisteki tüm bakımları hakkında genel memnuniyetleri değerlendirildiğinde 962'si (%94.4) memnun, 57'si (%5.6) memnuniyetsiz olarak kabul edilmiştir (Tablo XI).

Hastaların triajdaki memnuniyetleri değerlendirildiğinde 898'inin (%88.1) memnuniyet -belirttiği tespit edilmiştir. Triaj memnuniyet subgrupları Tablo XII'de gösterilmiştir.

Çalışmamızda hastaların hekim davranışlarından memnun olup olmamaları ile hastaların genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekim davranışlarından memnun olanların genel

memnuniyet ifade etme oranları daha yüksektir. (ki-kare=76.177, Fisher'in kesin testi $p=0.000$) (Tablo XIV).

Çalışmamızda hastaların hekim tecrübesinden memnun olup olmaması ile hastaların genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekim tecrübesinden memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranları daha yüksektir (ki-kare;102.603, Fisher'in kesin testi $p=0.000$) (Tablo XV). Ayrıca hekim tecrübesinden memnun olmanın genel memnuniyet üzerine en önemli unsur olduğu lojistik regresyon analizinde tespit edildi (Tablo XXIX).

Çalışmamızda hastaların hemşire davranışlarından memnun olup olmamaları ile hastaların genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre hemşire davranışından memnun olan hastalar daha fazla genel memnuniyet oranına sahiptir (ki-kare=9.557, Fisher'in kesin testi $p=0.035$)(Tablo XVI).

Çalışmamızda hastaların hemşire tecrübesinden memnun olup olmamaları ile hastaların genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hemşire tecrübesinden memnun olanların genel memnuniyet ifade etme oranları daha yüksektir (ki-kare=7.958, Fisher'in kesin testi $p=0.045$) (Tablo XVII). Acil serviste işleyiş gereği hemşire hizmeti alanların almayanlara göre genel memnuniyetleri incelendiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (ki-kare; 0.394, $p=0.530$).

Çalışmamızda hastaların acil servis teknik donatım ve ekipman durumundan memnun olup olmamaları ile genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Acil servis teknolojik durumundan memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranları daha fazladır (ki-kare= 8.665, Fisher'in kesin testi $p=0.012$) (Tablo XVIII).

Çalışmamızda hastaların acil servis temizlik durumundan memnun olup olmamaları ile genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Acil servis temizlik durumundan memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranları daha yüksektir (ki-kare=28.980, Fisher'in kesin testi $p=0.000$) (Tablo XIX).

Çalışmamızda hastaların triajdaki uygulamalardan memnun olup olmamaları ile genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak

anlamli iliŒki bulunmuŒtur. Bu sonuçla triajdan memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranları daha fazladır (ki-kare; 46.136,p=0.000)(Tablo XX).

alıŒmamızda hastaların acil serviste buldukları süre içerisinde yapılan tetkik ve tedavi hakkında bilgi verilmesinden memnun olup olmamaları ile genel memnuniyet iliŒkisi 4 gzli tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamli iliŒki bulunmuŒtur (ki-kare=26.140, p=0.000) (Tablo XXI).Bu sonuçla acil serviste buldukları süre içinde kendisine yapılan iŒlemler hakkında verilen bilgilendirme iŒleminde memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranları daha fazladır.

alıŒmamızda hastalar arasında acil serviste geçirdikleri toplam süreyi kısa ve çok kısa olarak yorumlayıp yorumlamaması ile genel memnuniyet iliŒkisi 4 gzli tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamli iliŒki bulunmamıŒtır (ki-kare= 2.341 p= 0.162) (Tablo XXII). Bu sonuçla hastaların acil serviste aldıkları bakım süresinin, kısa veya çok kısa olarak algılanmasının hastaların genel memnuniyetlerine etkisi yoktur.

alıŒmamızda hastalar arasında acil serviste geçirdikleri toplam süreyi uzun veya çok uzun olarak yorumlayıp yorumlamaması ile genel memnuniyet iliŒkisi 4 gzli tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak oldukça anlamli iliŒki bulunmuŒtur (ki-kare=19.233, p=0.000). Bu sonuçla hastaların acil serviste aldıkları bakım süresini, uzun veya çok uzun süre olarak algılaması hasta genel memnuniyetinde artmaya yol açtığı tespit edilmiŒtir.

Hastaların acil servisten gönderildikten sonra nasıl bir yol izleyecekleri konusunda 964'üne (%94.6) bilgi verilmiŒ, 55'ine (%5.4) bilgi verilmemiŒtir.

alıŒmamızda hastaların acil servisten gönderildikten sonra nasıl bir yol izlemeleri hakkında bilgi verilmesi konusundaki memnuniyetleri ile genel memnuniyet iliŒkisi 4 gzli tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak oldukça anlamli iliŒki bulunmuŒtur (ki-kare=24.835, p=0.000) (Tablo XXIII). Bu sonuçla, acil servisten gönderildikten sonra yapılması gereken Œeyler hakkında bilgi verilmesinden memnun olan hastaların genel memnuniyet ifade etme oranları daha fazladır.

alıŒmamızda hastaların sosyal güvencesinin olup olmaması ile genel memnuniyet iliŒkisi 4 gzli tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamli iliŒki bulunmamıŒtır (ki-kare=0.103,p=0.748) (Tablo XXIV).

alıŒmamızda hastaların acil serviste monitörlü bölüme alınıp alınmaması ile genel memnuniyet iliŒkisi 4 gzli tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamli iliŒki bulunmamıŒtır(ki-kare=0.952,p=0.329) (Tablo XXV).

Çalışmamızda hastalara acil servisten çıkışta kendilerine reçete verilip verilmemesi ile genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (ki-kare=0.411, p=0.519) (Tablo XXVI).

Çalışmamızda hastaların genel memnuniyet derecesi ile gelecekte herhangi bir nedenle hastanemiz acil servisini tercih edip etmeyecekleri 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (ki-kare=126.869, p=,000) (Tablo XXVII). Bu sonuçla acil serviste gördüğü tüm bakımdan memnuniyet belirten hastaların gelecekte herhangi bir sağlık probleminde tekrar aynı sağlık kuruluşunu seçme oranı daha fazladır.

Çalışmamızda 65 yaş ve üstündeki hastaların 18-64 yaş grubuna göre genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (ki-kare=0.037, p=0.848) (Tablo XXVIII). Bu sonuçla 65 yaş ve üstü hastaların genel memnuniyetlerinin daha fazla olmadığını ifade etmektedir.

Çalışmamızda hastaların 795'i (%78.0) acil serviste buldukları süre içinde yanında bir yakınının refakat etmesini istediğini ifade etmiş, 224'ü (%22.0) ise kendisine refakat edilmesine gerek olmadığını ifade etmiştir.

Çalışmamızda hastaların doktor bekleme zamanı açısından ilk 10 dakikada bakım sağlanmaya başlayanlar ile daha geç doktorla karşılaşan gruba göre genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (ki-kare=1.427, p=0.232).

Çalışmamızda okur-yazarlığı olmayan hastaların okur-yazar olan gruba göre genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (ki-kare=1.455, Fisher'in kesin testi p=0.357).

Çalışmamızda acil servise ambulans ile getirilen hastalar diğer ulaşım araçları ile getirilen hastalara göre genel memnuniyet oranları 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (ki-kare=0.608, Fisher'in kesin testi p=0.717).

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan hastaların (sadece Emekli Sandığı'na ait güvence var olarak kabul edildi) olmayan gruba göre genel memnuniyet ilişkisi 4 gözlü tablo ile incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (ki-kare= 0.103, p=0.748)

Hastaların genel memnuniyetini etkilediği düşünülen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; genel memnuniyet en fazla doktor tecrübe memnuniyetinden

etkilenmektedir ($p=0.000$, $\text{Exp}(B)=9.1$). Doktor tecrübe memnuniyetinden sonra ikinci sırada triaj memnuniyetinin etkili olduğu tespit edildi. Yaş ve cinsiyetin genel memnuniyet üzerine etkisinin olmadığı tespit edildi. Hemşire bulguları, bu hizmetten yararlanan hasta sayısı 174 olduğu için lojistik regresyon analizine alınmadı. Lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo XXIX’da gösterilmiştir.

iiii. Bulgulara Ait Tablolar

Tablo V. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Kadın	600	58.9
Erkek	419	41.1
TOPLAM	1019	100.0

Tablo VI. Hastaların sosyal güvencelerine göre dağılımı

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Emekli Sandığı	646	63.4
Bağkur	68	6.7
SSK	143	14.0
Özel Sigorta	31	3.0
YeşilKart	8	0.8
Yok	123	12.1
TOPLAM	1019	100.0

Tablo VII. Hastaların öğrenim durumlarına göre dağılımı

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Üniversite	314	30.8
Lise	322	31.6
Ortaokul	92	9.0
İlkokul	238	23.4
Okur-yazar değil	53	5.2
TOPLAM	1019	100.0

Tablo VIII. Hastaların acil servise ulaşım şekilleri

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Ambulans	37	3.6
Özel Araç	602	59.1
Taksi	140	13.7
Otobüs	234	23.0
Polis tarafından	6	0.6
TOPLAM	1019	100

Tablo IX. Hastaların acil servis içinde alındıkları bölüme göre dağılımı

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Monitörlü Gözlem	85	8.3
Resüsitasyon	68	6.7
Bakı Birimleri	677	66.4
Travma	189	18.6
TOPLAM	1019	100.0

Tablo X. Hastaların doktor tarafından ilk muayene edildikleri zamana göre dağılımı

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
0-10 dakika arası	613	60.2
11-20 dakika arası	270	26.5
21-30 dakika arası	84	8.2
30-60 dakika arası	52	5.1
TOPLAM	1019	100

Tablo XI. Acil serviste tüm bakım hizmetinin memnuniyet dağılımı

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Çok kötü	6	0.6
Kötü	8	0.8
Orta	43	4.2
İyi	380	37.3
Çok iyi	582	57.1
TOPLAM	1019	100

Tablo XII. Triaaj memnuniyet değerlendirmesi

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Çok kötü	7	0.7
Kötü	28	2.8
Orta	86	8.4
İyi	432	42.4
Çok iyi	466	45.7
TOPLAM	1019	100.0

Tablo XIII. Hastaların acil serviste toplam kalış zamanlarının algılanması

	Hasta sayısı	Yüzde (%)
Çok uzun	47	4.6
Uzun	192	18.8
Orta	513	50.4
Kısa	203	19.9
Çok kısa	64	6.3
TOPLAM	1019	100

Tablo XIV. Doktor davranışı memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Doktor davranışından memnun	952	95.3*	47	4.7*	999	98.0†
Doktor davranışından memnun değil	10	50.0*	10	50.0*	20	2.0†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare=76.177, Fisher'in kesin testi p=0.000

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XV. Doktor tecrübesi ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Doktor tecrübesinden memnun	934	96.0*	39	4.0*	973	95.5†
Doktor tecrübesinden memnun değil	28	60.9*	18	39.1*	46	4.5†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare=102.603, Fisher'in kesin testi p=0.000

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XVI. Hemşire davranışı ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Hemşire davranışından memnun	161	96.4*	6	3.6*	167	96.0†
Hemşire davranışından memnun değil	5	71.4*	2	28.6*	7	4.0†
TOPLAM	166		8		174	100

ki-kare=9.557, Fisher'in kesin testi p=0.035

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XVII. Hemşire tecrübesi ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Hemşire tecrübesinden memnun	160	96.4*	6	3.6*	166	95.4†
Hemşire tecrübesinden memnun değil	6	75.0*	2	25.0*	8	4.6†
TOPLAM	166		8		174	100

ki-kare=7.958, Fisher'in kesin testi p=0.045

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XVIII. Donatım durumu ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Donatım durumundan memnun	932	94.8*	51	5.2*	983	96.5†
Donatım durumundan memnun değil	30	83.3*	6	16.7*	36	3.5†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare=8.665, Fisher'in kesin testi p=0.012

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XIX. Temizlik durumu ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde
Temizlik durumundan memnun	919	95.3*	45	4.7*	964	94.6†
Temizlik durumundan memnun değil	43	78.2*	12	21.8*	55	5.4†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare=28.980, Fisher'in kesin testi; 0.000

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XX. Triaj memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Triajdan memnun	864	96.2*	34	3.8*	898	88.1†
Triajdan memnun değil	98	81.0*	23	19.0*	121	11.9†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare; 46.136, p= 0.000

* satır yüzdesi

† sütun yüzdesi

Tablo XXI. Acil serviste tetkik ve tedavi hakkında verilen bilgilendirme memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Bilgi verilmesinden memnun	859	95.8*	38	4.2*	897	88.0†
Bilgi verilmesinden memnun olmayan	103	84.4*	19	15.6*	122	12.0†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare, 26.140, p=0.000

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XXII. Algılanan kısa zaman memnuniyeti ile genel memnuniyete ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Kısa / çok kısa zaman	257	96.3*	10	3.7*	267	26.2†
Normal / uzun / çok uzun zaman	705	93.7*	47	6.3*	752	73.8†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare= 2.341 p= 0.162

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XXIII. Hastaların acil servisten ayrılırken bilgi verilme memnuniyeti ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Çıkışta bilgi verilen	865	95.7*	39	4.3*	904	88.7†
Çıkışta bilgi verilmeyen	97	84.3*	18	15.7*	115	11.3†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare;24.835, p= 0.000,

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XXIV. Sosyal güvencenin varlığı ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Güvencesi var	611	94.6*	35	5.4*	646	63.4†
Güvencesi yok	351	94.1*	22	5.9*	373	36.6†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare; 0.103, p=0.748

* satır yüzdesi

† sütun yüzdesi

Tablo XXV. Hastanın monitörlü bölümde izlemi ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Monitörlü bölüm	147	96.1*	6	3.9*	153	15.0†
Monitörsüz bölüm	815	94.1*	51	5.9*	866	85.0†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare; 0.952, p=0.329

* satır yüzdesi

† sütun yüzdesi

Tablo XXVI. Reçete verilmesinin memnuniyet üzerine etkisi

	Memnun		Memnun değil		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %	Hasta sayısı	Yüzde %
Reçete verilen	598	94.8*	33	5.2*	631	61.9†
Reçete verilmeyen	364	93.8*	24	6.2*	388	38.1†
TOPLAM	962		57		1019	100

ki-kare 0.411, p=.519

*satır yüzdesi,

† sütun yüzdesi

Tablo XXVII. Acil servisi tekrar tercih etme düşüncesi ile genel memnuniyet ilişkisi

	Tekrar gelirim		Tekrar gelmem		TOPLAM	
	Hasta sayısı	Yüzde	Hasta sayısı	Yüzde	Hasta sayısı	Yüzde
Memnun olan	959	99.7*	3	0.3*	962	94.4†
Memnun olmayan	47	82.5*	10	17.5*	57	5.6†
TOPLAM	1006		13		1019	100

ki-kare 126.869, p=0.000

* Satır yüzdesi

† Sütun yüzdesi

Tablo XXVIII. Hastaların yaşlı olması ile genel memnuniyet ilişkisi

	Memnun olmayan hasta sayısı	Memnun olan hasta sayısı	TOPLAM
18-64 yaş arası	49	818	867
≥ 65 yaş	8	144	152
TOPLAM	57	962	1019

ki-kare 0,037, p=0.848

Tablo XXIX. Genel memnuniyeti etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi

DEĞİŞKEN	B	P	O.R	%95 G.A.
Yaş	0.00	0.767	1.0	0.985-1.021
Cinsiyet	0.12	0.692	1.1	0.616-2.073
Doktor deneyimi	2.21	0.000	9.1	3.916-21.497
Doktor davranış memnuniyeti	1.59	0.008	4.9	1.507-16.148
Triaj memnuniyeti	1.48	0.000	4.4	2.287-8.467
Donatım memnuniyeti	-0.29	0.648	0.7	0.216-2.593
Temizlik memnuniyeti	1.37	0.002	3.9	1.657-9.473
Acil servisteki bilgilendirme	0.43	0.262	1.5	0.721-3.336
Çıkışta bilgilendirilme	0.57	0.115	1.7	0.869-3.664
Sabit	-3.7	0.000		

VI. TARTIŞMA

Tıbbi müşteri kavramının doğması ile sağlık birimlerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi giderek daha önem kazanmıştır. Acil tıp literatürlerinde de hasta memnuniyeti giderek daha çok ilgi çekmektedir (7,30,40,75-78).

Memnuniyet kişisel boyutta hasta tecrübelerini ifade eder ve sağlık bakım kalitesini ölçmenin bir yoludur. Kalite göstergeleri arasında; daha yüksek tıbbi uyum, tıbbi hizmetlerin azalmış ve uygun kullanımı, daha az tıbbi hata (malpractice) davası ve isteyerek tekrar tercih edilme oranında artıştır (9,14,43,79,80).

Sağlık çalışanlarının kalitesi hasta memnuniyetini etkileyen diğer bir etken olarak göze çarpmaktadır (29,31,76). Hastalar sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi, profesyonelliği, bakım özelliklerini değerlendirir. Tecrübeli bakım sağlayanlar kaliteli bakım gerçeğinin farkına varmışlardır ve acil serviste pozitif bir imaj yaratma çabasındadırlar (29-31).

Acil serviste hasta bakım memnuniyeti, özellikle doktor ve hemşire olmak üzere acil servis personelinin kalitesine bağlıdır (3). Doktor ve hemşire kalitesini tek bir özelliğe dayandırmak mümkün değildir. Hasta gözüyle personelin davranışı, iletişim tecrübesi, giyimi, konuşması, hastaya gösterilen ilgi, saygı ve buna benzer bireysel özellikleri personel kalitesinin alt birimini oluşturur.

Hastalar teknik bakım kalitesini yargılayamazlar (31). Tedavinin teknik yaklaşımından ziyade anlamlı olmasından daha fazla etkilenirler. Yüksek ustalığı yüksek teknolojiye tercih eder (29). Memnuniyet sağlamak için bakımı sağlayanlar kendi davranış ve tutumlarına dikkat etmelidir. Çalışmamızda doktor davranış ve tutumunun hastanın genel memnuniyeti üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca hastaların idrak ettikleri doktor tecrübe memnuniyetinin genel memnuniyet üzerine etkisi en önemli faktör olarak bulundu. Bu konuda doktorun hastayla olan iletişiminin iyi olması belki de en önemli unsurdur.

Dokuz Eylül Üniversitesi acil servisinde işleyiş gereği, hastaların alındıkları bölüme göre karşılaştıkları tıbbi personel grubu değişmektedir. Özellikle monitörlü bölümlere alınan hastalar hemşire hizmeti almaktadır. Ancak nadiren de olsa diğer bölümlerdeki hastalar bu bakımdan yararlanmaktadır. Diğer bölümlerde hastaya uygulanan her tür tedavi, müdahale ve izlem hastanın doktoru tarafından yapılmaktadır. Çalışmamız süresince hastaların 174'üne (%17.1) hemşire tarafından bakım uygulanmıştır. Bu

hastaların 153'üne monitörlü bölümde hizmet verilmiştir. Özellikle monitörlü izlem ünitesinde olmak üzere çoğu zaman hastanın bakımında, tedavi uygulanmasında hemşireler görev alır. Dinamik ve yoğun acil servis ortamında, doktorların diğer hastalara bakım sağladıkları ve hastalardan ayrı ortamda gerçekleştirdikleri işlemler esnasında hastaların bakımında ve izleminde hemşireler önemli rol oynarlar. Bu yüzden hastaların memnuniyetlerini etkileyecek kadar bakımda yer alırlar.

Çalışmamızda hemşire davranış ve tutumlarının hastaların genel memnuniyetleri üzerine etkili bir faktör olduğu bulunmuştur (Fisher'in kesin testi $p=0.035$). Yine doktor-hasta ilişkisinde olduğu gibi, hemşirelerin de hasta ile iletişimin iyi olması gereklidir. Ayrıca hastaların kendi durumları hakkında öğrenmek istediği konularda doğru ve yeterince bilgiye sahip olmalıdırlar. Hasta ve yakınlarına doktorun yetişemediği durumlarda bilgi vermelidir.

Raper ve arkadaşları hastaların algıladıkları hemşire teknik bakım tecrübe yeterliliğinin genel memnuniyet üzerine çok az etkisinin olduğunu bulmuşlardır (81). Bunun aksine Rhee ve Bird hemşire teknik bakım tecrübesinin genel memnuniyeti etkileyen en önemli faktör olduğunu bulmuşlardır (69). Çalışmamızda hemşire tecrübesinin genel memnuniyete etkisi anlamlı olarak bulundu.

Hemşire davranışının ve tecrübesinin, hastaların genel memnuniyetine etkisinin belirgin olmasına rağmen çalışmamızda bakımında hemşire hizmetinden yararlanan hastalarla, bu hizmetten yararlanmayan hastalar karşılaştırıldıklarında genel memnuniyetleri açısından aralarında fark bulunmamıştır (ki-kare=0.394, $p=0.530$). Bu yüzden bakım sırasında hastaların hemşire bakımı almasından çok, bakım sağlayan kişinin hastaya kişisel ilgi göstermesinin çok daha önemli olduğu sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda hastanenin teknik donanım ve ekipman durum memnuniyetinin hasta memnuniyetini arttıran etkileyen bir unsur olduğunu bulduk Hastanemiz günümüz teknolojisine uygun tüm standartlara sahiptir. Hastaların tıbbi bakımdan beklentileri her geçen gün artmaktadır ve bakımları açısından günümüz teknolojisine ayak uydururlar. Bu hastaların sağlık bilgilerinin, yazılı veya görsel basındaki haberler doğrultusunda artmasına bağlı olabilir.

Sun ve arkadaşları muayene ve bekleme ortamının temizliği gibi çevresel koşulların hasta memnuniyetinde kritik etkiye sahip olmadığını tespit etmişler (82). Cleary ve arkadaşları hastalar tarafından yorumlanan temizlik, yiyecek, park gibi olanakların bakım kalitesinden farklı olduğunu belirtmişlerdir (83). Çalışmamızda acil servis

ortamının temizliğinin genel memnuniyete etkisinin olumlu katkı gösterdiğini bulduk. Hastaların bakımının yapıldığı ortamın hastaya rahatlık sağlaması önemlidir.

Triaj bölümü hastaların ilk karşılaştıkları yer olduğundan ilk izlenimlerin bu bölümde olması doğaldır. Acil servise ilk başvuruda hastalar triajdaki paramedikler tarafından karşılanırlar. Biz çalışmamızda triajdaki memnuniyet derecesinin genel memnuniyet üzerine etkisini istatistiksel olarak anlamlı bulduk. Ancak triajdaki memnuniyet açısından dikkat edilmesi gereken birkaç husus mevcuttur. Örneğin hastasını acil servis önünde bırakan kişinin, hastasına ilk karşılamının iş meşguliyetinden dolayı yapılamaması, kayıt bölümünde kayıt işlemlerini yaptırması gerekliliğinin söylenmesi veya hastanın girişte kimlik bırakması, hasta yakınının aracını park edecek yerin olmaması veya park ücreti ödemesi hastanın triaj memnuniyet değerlendirmesini bilinçli veya bilinçsiz yanlış yorumlamasına yol açabilir. Çoğu acil serviste hastalar içeriye alınmadan triajda hastalar için hazırlanmış bölümde bekletilmektedir. Hastanemizde hastalar çok nadiren bekleme işlemine tabi tutulur. Hastaların acil servisteki yatak doluluğu nedeniyle bekletilmesi memnuniyetsizlik nedenini triaja bağlamasına yol açabilir. Hasta acil servise başvuru anında kayıt işlemi yapıldıktan sonra hemen içeriye alınmaktadır. Ancak hasta ile doktorun karşılaşması, doktorun bakmakla sorumlu olduğu hastaların ciddiyet derecesindeki önceliğine göre gecikebilmektedir.

Hedges ve arkadaşları genç ve yaşlı hastalarda en büyük problemin bekledikleri zaman periyoduna bağlı olduklarını belirtmişlerdir (84). Thompson ve arkadaşları genel memnuniyete etkisi bakımından, idrak edilen bekleme zamanının toplam bekleme zamanından daha yakın korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır (20). Krishel ve Baraff yaptığı çalışmada kesin toplam bekleme zamanı ile genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmamışlardır (58).

Bazı uzmanlar tüm memnuniyet değerlendirmesinde bekleme zamanının önemli olduğunun belirtmelerine rağmen (7,31,40), diğerleri personel tecrübesinin, insancıl yaklaşımlarının ve hastalara hastalığı hakkında verilen bilgi miktarının önemli olduğunu belirtmektedirler (3,20,68).

Bekleme zamanı hasta memnuniyetinin önemli bir belirleyicisi olarak düşünülür (31,85,86). Bekleme zamanında artış hastanın korkusunun artmasına ve kendini kontrol duygusunun azalmasına yol açabilir (40,76). Hastaların acil serviste net bekleme zamanı verilen hizmetin tipine ve miktarına bağlıdır. Aynı zamanda acil servis kapasitesini aşan her durumda toplam bekleme zamanı uzayabilir. Bursch ve arkadaşları yaptığı çalışmada

acil serviste kesin kalış süresini azaltmanın hasta memnuniyetini artırma üzerine yetersiz olduğunu bulmuşlardır (40). Genel memnuniyeti etkileyen en önemli unsurun hastaların bakım uygulanmadan önce bekledikleri zaman süresi olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca Gagnon aynı şekilde bakım öncesinde, kendilerine hemşire tarafından ne olduğu ve ne yapılacağı konusunda bilgi verilen hastaların, aldıkları hizmet açısından eğitimlerine katkı sağladığını tespit etmiş (87). Bjorvel ve Stieg acil servise geldiklerinde ne yapılacağı anlatılan hastaların memnuniyetinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır (88). Eğer acilde o anda bakım için yatak uygun değilse, bu işlemin bekleme salonunda yapılabileceği belirtilmiştir. Hastaların acil serviste algıladıkları toplam kalış süresinin hastaların genel memnuniyeti üzerine etkisiz olduğunu çalışmamızda çıkan diğer bir sonuçtu.

Çalışmamız süresince hiçbir hasta triajda bekletilmemesine rağmen, doktorların hastaları muayene başlama zamanı, hastalar içeri alındıktan sonraki 0-60 dakika içinde olmuştur. Hastalara ilk 10 dakika içinde bakıma başlanmasının genel memnuniyetlerine belirgin etkisinin bulunmadığını tespit ettik. Bunun nedeni olarak hastaların triajda bekletilmeden hemen içeriye alınmasının hastalığı ile ilgili kaygı ve korkularını azalttığı düşünülebilir. Bununla birlikte intörn doktor tarafından hastanın kısa öyküsünün ve vital bulgularının alınması, hastalarda bakıma başlandığı düşüncesini yaratmış olabilir.

Hastaların uzun zaman algısını azaltmak için personelin dostça hastaya yaklaşması ve gerekirse bu konuda gönüllü çalışanların olaya katılmasının hastaları daha rahat kılacağı açıktır. Bekleme nedeninin açıklanmaması, hastalara rahatsızlık vermesinden dolayı, acil çalışanlarının hastanın bekleme nedenini ve onları nelerin beklediğini açıklaması gereklidir (88). Bu dönemde hastalar mümkün olduğunca rahat ettirilmelidir. Ayrıca hastanemiz acil servisinde olduğu gibi doktor-hasta ilişkisi başlayana kadar, intörn doktorların hasta ile meşgul olması sağlanmalıdır.

Tıbbi personelden alınan bilgilendirme, hasta memnuniyetini etkileyen diğer bir faktördür (24,58,78). Hastayı bilgilendirme hasta memnuniyetini artırır (20,40,58,72). Hastalara izlemleri hakkında bilgi verilmemesi, hastaların kuşkularını ve psikolojik streslerini artırır (24). Geçmişte yapılmış bazı çalışmalarda tıbbi bakımları ve bekleme nedenleri hakkında bilgi verilen hastaların memnuniyetlerinin çok daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (41,88). Çalışmamızda acil serviste tedavileri devam ederken hastalara durumları hakkında bilgi verilmesinin genel memnuniyet üzerine etkisi oldukça anlamlı bulunmuştur. Ancak hastaları bilgilendirme tamamen hastaların ilgi duydukları şeylere göre yapılmalıdır. Örneğin ne yapılacağı hususunda ve acil serviste neden beklediklerinin

açıklanması daha önemli olacaktır. Bjorvel ve Stieg memnun hastalarla yaptıkları görüşmelerde; kendilerine gelecekte neler yapılması gerektiğinin açıklanmasının kendilerini daha memnun edeceklerini sonucuna varmışlardır (88). Thompson ve arkadaşları acil serviste kendilerine yapılan test ve işlemler hakkında net bir şekilde bilgi verilen hastaların daha memnun olduklarını bulmuşlardır. Ayrıca hastaneye yatışı yapılan hastaların, yatış nedenlerinin açıklanması ve hastaneden taburcu edilen hastaların izlemleri konusunda bilgilendirilmelerinin hastaları daha memnun ettiğini tespit etmişlerdir (20). Çalışmamızda hastaların taburcu edilirken doktorun verdiği öneriler konusundaki memnuniyetlerinin hastaların genel memnuniyeti üzerine etkisini istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğunu tespit ettik. Memnun ayrılan hastaların, doktorun verdiği öğüt ve kısıtlamalara daha çok itaat ettiğinin çalışmalarda gösterilmiş olması da bunun önemini daha arttırmaktadır.

Bursch ve arkadaşları yaptığı çalışmada acil serviste toplam kalış süresini azaltmanın hasta memnuniyetini artırma üzerine yetersiz etki gösterdiğini bulmuşlardır (40). Biz çalışmamızda hastaların acil serviste toplam geçirdikleri süreyi nasıl algıladıklarını sorduğumuzda, uzun/çok uzun olarak yorumlayan hastaların genel memnuniyetlerinin daha fazla olduğunu bulduk (ki-kare=19.233, p=0.000). Tam tersine kısa/çok kısa diye yorumlayan hastaların genel memnuniyetlerinde artış gözlenmemiştir. Uzun süre acil serviste kaldığını belirten hastaların daha fazla genel memnuniyet ifade etmesi, kendilerine daha fazla ilgi gösterildiğini düşünmelerinden kaynaklanabilir. Yine aynı şekilde kısa/çok kısa olarak yorumlayan hastaların kendilerine gerektiğinden daha az zaman ayrıldığını düşünmesi bir neden olabilir.

Bazı çalışmalarda sosyal güvence ile memnuniyet arasında ilişki çok zayıf bulunmuştur (20,68,69). Biz çalışmamızda hastaların sosyal güvencesinin bulunmasının genel memnuniyet üzerine etkisinin olmadığını tespit ettik. Yaptığımız anketin hastanın acil servis faturasını ödemediği önce yapılmasının bu sonuca yol açtığı düşünülebilir. Ya da hastanın tüm işlemlerinin yakınları tarafından yapılması hastayı bu konudan habersiz kılabilir. Diğer bir olasılık: sosyal güvencesi olmadığı halde kendi bakım ücretlerini rahatlıkla ödeyebilen kişilerin hastanemizi seçmiş olabileceği de bu sonuca yol açmış olabilir.

Hastaların acil servise ambulans ile getirilmesinin ve acil servis içine sedye veya tekerlekli sandalye ile alınmasının hasta memnuniyeti üzerine belirgin etkisi olmadığını bulduk. Bu dönem hastanın hastalığına bağlı çevrede olup biten hakkındaki dikkatinin

azalmasının bir sonucu olabilir. Hastanın ağrı çekmesi, korku içinde olması, sıkıntısı buna katkıda bulunabilir. Sun ve arkadaşları yaralanması ve hastalığı çok ciddi olmayan durumdaki hastaların, daha ciddi rahatsızlığına sahip olan hastalardan daha az memnuniyete yol açtığını tespit etmiştir (82). Daha öncesinde yapılan bazı çalışmalarda hastanın memnuniyetsizliğinin, hastanın aciliyetinin azalması ile arttığını tespit edilmiştir (37). Çalışmamızda hastaların monitörlü bölümde izleminin yapılmasının genel memnuniyet üzerine etkisinin istatistiksel anlamlı olmadığını bulduk. Hastaların acil serviste monitörsüz bölüme alınmasının hastaların kendilerine daha az özen gösterildiği hissine yol açmadığı düşünülebilir. Ayrıca hemşire bakımı genellikle monitörlü bölümde verilmesinden dolayı, hemşire hizmetinden yararlanmanın hastanın genel memnuniyetini arttırmadığı düşünülebilir. Hastaya uygulanan bakım ve ilginin hissettirilmesi, hastanın bakım uygulanan bölümü önemsiz olarak algılamasına yol açabilir.

Hastaların taburcu edilirken kendilerine reçete verilmesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisinin olmaması, günümüzde hastaları kaybedeceği korkusunu taşıyan ve bu yüzden hastaya gösterişli ve kalabalık reçete yazan hekimlerimize, tekrar düşünmeleri açısından bir fikir verebilir. Ayrıca acil serviste beklentilerinin karşılanmış olması veya sadece bazı önerilerin verilmiş olması, hastayı bu konuda tatmin etmiş olabilir.

Memnuniyetin artması hasta bakımını güçlendirir. Memnun hastaların kurallara daha fazla itaat etme, izlem ve önerilere daha fazla uyma olasılığı vardır (15-18). Sonuçta hastaların bilgilendirilmesinin ekonomik yönden de yararı vardır, çünkü gelecekteki bakımları için aynı acil servise başvurma olasılığı daha fazladır (58,89). Hastaların acil servisi ilk ziyaretlerinde edindikleri izlenim gelecekte tekrar gelmesini veya gelecekteki davranışlarını belirlemesine etkili olur (11). Sun ve arkadaşları hasta ile iletişimin ve eğitimin memnuniyet ve tekrar tercih konusunda oldukça önemli olduğunu bulmuştur (82). Çalışmamızda hastaların acil serviste genel memnuniyeti ile ileride herhangi bir nedenle tekrar hastanemiz acil servisini tercih etme eğilimleri veya diğer yakınlarına tavsiye etmeleri arasında korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu da memnun kalan hastanın, aynı hastaneye sadık olmasını ve bağlılığını etkileyen bir faktör olduğunu doğrulamaktadır. Yeni bir hasta kazanmanın, eski bir hastanın kuruma bağlılığını kazanmaktan çok daha masraflı olduğu çalışmalarda bulunmuştur. Hasta sadakatı için hastanın memnun ayrılması şarttır. Memnun ayrılan hasta da kurum için en iyi reklam aracıdır.

Hasta-doktor ilişkisi, tıbbi hata davalarında önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir (14). Bazı acil servisler gelen hastaları bilgilendirmek için yazılı broşür ve

formlar hazırlamaktadır (58,62) Bu düzenleme hasta memnuniyetini artırmada oldukça etkilidir.

Michael ve arkadaşları yaş, ırk, cinsiyet, geliş şekli ve öğrenim durumları gibi demografik özelliklerin yaşlı hastalar üzerinde memnuniyet açısından etkisini istatistiksel olarak anlamlı bulmamışlardır (90). Sun ve arkadaşları yaşlı hastaların daha memnun olma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir (82). Hansagi ve arkadaşlarına göre yaş, hasta memnuniyetinde önemli bir belirleyici unsurdu ve genç yaş grubunda memnuniyet belirgin ölçüde daha azdı (1). Biz de çalışmamızda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, ikamet adresi gibi demografik özelliklerinin memnuniyet üzerine etkisini istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulduk

Edwin ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, hastaların yoğun ve meşgul bir günde acil servise gelmesinin hastaların memnuniyetiyle ilişkili olmadığını bulmuşlardır (91). Aynı zamanda Mowen ve arkadaşları hastaların yoğunluk algılamasının memnuniyetle korelasyon göstermediğini tespit etmişlerdir (85). Hall ve Press iyi bir teknik bakımın ve kişisel tecrübenin oluşturduğu etkinin, yoğun bir acil servisin oluşturduğu etkiye daha üstün olduğu sonucuna varmışlardır (68).

Unutulmamalıdır ki acil servisler hastaların acil ihtiyaçlarına cevap vermek için vardır. Sonuç olarak daha iyi bir acil servis hizmeti için; acil serviste hastalara bakım sağlayan personelin tecrübe, davranış, iletişim, bilgilendirme gibi insan ilişkilerini etkileyen donanım açısından yeterince beceri sahibi olması, hasta memnuniyeti üzerine oldukça pozitif etki göstermektedir. Bunun dışında acil servis ortamının temiz ve teknolojik açıdan hasta beklentilerini karşılayacak ölçüde olması, hastaların izlemleri açısından bilgilendirilmesi, triajda karşılanan hastaya oldukça hızlı ve etkili olunması da önemlidir.

VII. ÖZET

Amaç: Acil Servise başvuran hastalardan alınan bilgiler doğrultusunda hastanın memnuniyetini etkileyen faktörleri tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bir analitik kesitsel çalışmadır. 14 günlük zaman dilimi içinde acil servise başvuran 18 yaş üstünde olan ve iletişim kurulabilen hastaların demografik bilgileri, bakım özellikleri ve memnuniyetleri hakkında bilgi toplandı. Hastalardan acil serviste gördüğü tüm hizmet, doktor davranış ve tecrübe, hemşire davranış ve tecrübe, triaj, hastane teknik donanım ve temizlik, bilgilendirme, toplam kalış süreleri hakkındaki memnuniyetlerini 5'li Likert skalasına göre belirtmeleri istendi. 4 ve 5 puan memnuniyet olarak kabul edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu ve sosyal güvencesi gibi demografik özelliklerinin, bakım zamanı, içeriye alınma şekli, alındığı bölüm, reçete verilmesi gibi acil serviste gördüğü bakım özelliklerinin genel memnuniyetleri üzerine etkileri araştırıldı.

Bulgular: Çalışma dönemi boyunca acil servise başvuran ardışık 1113 hastanın 1019'u (%91.6) çalışmaya alındı. Acil serviste gördüğü hizmetin tümünden memnun kalan hasta sayısı 962 (%94.4) idi. Doktor davranışı ($p=0.000$), doktor tecrübesi ($p=0.000$), triaj memnuniyeti ($p=0.000$), acil servis içinde bilgilendirme ($p=0.000$), acil servisten giderken bilgilendirme ($p=0.000$), hastane temizlik durumunun ($p=0.000$) genel memnuniyet üzerine istatistiksel anlamlı etkisi bulundu. Hemşire davranışı ($p=0.035$), hemşire tecrübesi ($p=0.045$) ve hastane donanım durumunun ($p=0.012$) genel memnuniyet üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastaların genel memnuniyeti ile gelecekte aynı kuruluşu tercih etme isteği korelasyon göstermiştir ($p=0.000$). Diğer parametrelerin genel memnuniyet üzerine anlamlı etkisi gözlenmedi.

Sonuç: Hastaların acil serviste memnuniyetini etkileyen faktörler, hastaya sağlanan bakım kalitesi ve hastaneye ait özelliklerdir. Özellikle hekim tecrübesinin etkisi belirgindir. Hastaya ait özellikler memnuniyeti etkilememiştir.

VIII. SUMMARY

Objective: To identify factors that affect global satisfaction of the patients referred to the emergency department (ED).

Materials and Methods: All consecutive patients who could communicate well and over 18 years of age and were referred to the ED in the 14-day period were enrolled into this cross-sectional analytic study. We questioned and recorded the patients' demographical data, information on the care they received in the ED and level of satisfaction. The patients were inquired specifically on overall satisfaction, such as physicians' attitudes and experience, nurses' attitude and experience, triage, the level of hospital technology and cleanliness, perceived total waiting time, explanation of discharge instruction, explanation of patients' health status and treatment they were going to receive in ED on a 5-point Likert scale. Four and 5 points represented patient satisfaction. Effects of demographic variables such as age, sex, education, marital status, social security status and care they received (i.e. waiting time before initiation of care, mode of arrival, location in the ED, mode of acceptance into the ED, having written prescription on overall satisfaction were analyzed .

Results: Survey were obtained from 1019 (91.6%) of 1113 patients for analysis during the study. The number of patients who said to be satisfaction that is received care was 962 (94.4%). Satisfaction from experience of the physicians ($p=0.000$), attitude of the physicians ($p=0.000$), triage ($p=0.000$), explanation of health status and treatment ($p=0.000$), hospital cleanliness ($p=0.000$) and explanation of discharge instruction ($p=0.000$) were found statistically significant on overall satisfaction. Overall satisfaction regarding the care received were found significantly related to preferring a certain ED next time ($p=0.000$). Satisfaction of attitude of the nurses ($p=0.035$), experience of the nurses ($p=0.045$) and level of technology used in the hospital ($p=0.012$) were found statistically significant. Other parameters were not significant positive effect to patient satisfaction.

Conclusion: Properties related to healthcare providers and to the hospital itself were the factors which had the greatest impact on overall satisfaction of the population in the ED. Physicians' level of experience was one of the most prominent factors. On the other hand, patient characteristics were not found to affect satisfaction.

IX. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Bu çalışmaya katılmak için karar vermeden önce sizi bilgilendirecek olan bu belgeyi incelemeniz önemlidir. Yine de konuya ilişkin sorunuz olduğu takdirde lütfen doktorunuzla görüşmekten çekinmeyiniz.

Acil servise başvuran hastaların beklentileri ve kendilerine sunulan hizmet, hekimi ile arasındaki iletişimi iyi veya kötü etkileyebilir. Çalışmamızda amacımız hastaların memnuniyetini arttırabilecek bazı etkenleri saptamak ve ileride hastaların beklentilerine daha iyi yanıt verebilmektir. Bu çalışmada size tedaviniz tamamlandıktan sonra sağlanan hizmet hakkında birtakım sorular sorulacak ve memnuniyetinizi derecelendirmeniz istenecektir.

Eğer bu çalışmada yer almak istemiyorsanız; bunu belirtmeniz yeterli olup, bu durum bundan sonraki tedavinizi etkilemeyecektir. Çalışmaya katılmaya karar verirsiniz araştırmadan istediğiniz zamanda çekilmeye hakkınız vardır. Araştırmanın yürütülmesi sırasında endişelendiğiniz herhangi bir konu hakkında bir sorunuz olursa lütfen doktorunuza başvurmaktan çekinmeyiniz.

Doktorunuzun adı, soyadı..... ve tel no: 259 59 59 dahili hat 2733 dür.

Çalışmaya katılmaya karar verirsiniz; kimliğinizin saklı kalması koşuluyla bu araştırmadan elde edilen bilgi ve bulguların, istendiğinde ilgili makamlara verilebileceğini ve yayınlanabileceğini önceden kabul etmiş durumundasınız.

Yukarıda gönüllü araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Tez sorumlu doktoru:

Ar. Gör. Dr. Hakan Topaçoğlu

İş tel: 259 59 59 – 2733

Ev tel: 0 542 4705317

Rıza alınma işlemi başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

İmzası

X. KAYNAKLAR

- 1) Hansagi H, Carlsson B, Brismar B. The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. *Health Care Manage Rev.* 1992; 17(2):71-75.
- 2) Kurata JH, Nogava A, Phillips DM, Hoffman S, Werblun MN. Patient and provider satisfaction with medical care. *J Fam Pract.* 1992; 35:176-179.
- 3) Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adams SL. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. *J Behav Med.* 1998; 21:545-563.
- 4) Matulich E, Finn DW. Determinant criteria in patient satisfaction surveys. *J Amb Care Manage.* 1989; 12:45-51.
- 5) Nelson AM, Wood SD, Brown SW. *Improving Patient Satisfaction Now.* 1st edition, Maryland, Aspen Publishers 1997.
- 6) Determinant Patient Satisfaction. *Emergency Medicine & Acute Care Essays*, 2001 ;25 (1):1-4.
- 7) Booth AJ, Harrison CJ, Gardener GJ, et al: Waiting times and patient satisfaction in the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1992; 9:162-168
- 8) Lewis KE, Woodside RE. Patient satisfaction with care in the emergency department. *J Adv Nurs.* 1992; 17:959-964.
- 9) Schwartz LR, Overton DT. The management of patient complaints and dissatisfaction. *Emerg Med Clin North Am.* 1992; 10:557-572.
- 10) Press, Gainey and Associates: *The Press Gainey emergency department report*, South Bend, Ind, 1992, Press, Gainey and Associates.
- 11) Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the emergency department. Nurses' and patients' perceptions. *J Nurs Admin.* 1999; 29:43-50.
- 12) Roghman KJ, Hengst A, Zastowny TR. Satisfaction with medical care. Its measurement and relation to utilization. *Med Care.* 1979; 17:461-477.
- 13) Rydman RJ, Roberts RR, Albrecht GI, Zalenski RJ, McDermott M. Patient satisfaction with an emergency department asthma observation unit. *Acad Emerg Med.* 1996; 6:178-183.
- 14) Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et.al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA.* 1994; 272:1583-1587.
- 15) Thomas EJ, Burstin HR, O'Neil AC, et al: Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. *Ann Emerg Med* 1996; 27:49-55.

- 16) Murray MJ, LeBlanc CH: Clinic follow-up from the emergency department: Do patients show up? *Ann Emerg Med.* 1996; 27:56-58
- 17) Isaacman DJ, Purvis K, Gyuro J, et al: Standardized instructions: Do they improve communication of discharge information from the emergency department? *Pediatr.* 1992; 89:1204-1208.
- 18) Crane JA: Patient comprehension of doctor patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med.* 1997; 15:1-7.
- 19) Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency department: What does the literature say. *Acad Emerg Med*, 2000; 7:695-709.
- 20) Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1996; 28:657-665.
- 21) Webster's Ninth New Collegiate Dictionary. Norwalk, CT: Easton Press; 1990
- 22) Abramowitz S, Cote AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *QRB Qual Rev Bull.* 1987; 13:122-130.
- 23) Anderson FD, Maloney JP, Beard LW. A descriptive, correlational study of patient satisfaction, provider satisfaction, and provider workload at an Army Medical Center. *Milit Med.* 1998; 163(2):90-94.
- 24) Bopp KD: Value-added ambulatory encounters: A conceptual framework. *J Ambulatory Care Manage.* 1989; 12:36-44.
- 25) Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL, et al: A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing.* 1985; 49:41-50.
- 26) Pellegrino ED, Thomasma DC: *The virtues in medical practice.* New York, Oxford University Press; 1993.
- 27) Juran JM: *Juran on leadership for quality : an executive handbook.* New York, Free Press; 1989.
- 28) Salluzzo RF, Mayer TA, Strauss RW, Kidd P. *Emergency Department Management; Customer Relations in Emergency Department* 1997; 8:73-85.
- 29) Bopp KD: How patient evaluate the quality of ambulatory medical encounters: A marketing perspective. *J Health Care Marketing* 1990; 10:6-15.
- 30) Rosenzweig S: *Emergency rapport.* *J Emerg Med* 1993; 11:775-778.
- 31) Little NE: Image of the emergency physician, in Henry GL (ed): *Emergency Medicine Risk Management.* Dallas: American College of Emergency Physicians, 1991:11-16

- 32) Rozenweig S: Teaching the art of emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 1991; 20:71-76.
- 33) Bellow PJ, Morrisev GL, Acomb BL: *The executive guide to strategic planning*, San Francisco, Jossey-Bass; 1987.
- 34) Duncan WJ, Ginter PM, Swayne LE: *Strategic management of healthcare organisations*, Boston, Kent; 1992.
- 35) Mayer TA, Cates RJ, Mastorovich MJ, Royalty DL. Emergency department patient satisfaction: customer service training improves patient satisfaction and ratings in physician and nurse skill. *J Health Care Management.* 1998; 43:427-441.
- 36) Hellinger R. *Market-driven health care*. New York: The free press; 1997.
- 37) MacMillan JR, Younger MS, DeWine LC. Satisfaction with hospital emergency department as a function of patient triage. *Health Care Manage Rev.* 1986; 11:21-27.
- 38) Hall JA, Dornan MC: Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med.* 1988; 27:935-939.
- 39) Hall JA, Dornan MC: Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1990; 30:811-818.
- 40) Bursch B, Beezy J, Shaw R: Emergency department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med.* 1993; 22:586-591.
- 41) Linn BS: Burn patients' evaluation of emergency department care. *Ann Emerg Med.* 1982; 11:255-259.
- 42) Chande VT, Bhende MS, David HW. Pediatric emergency department complaints: A three-year analysis of sources and trends. *Ann Emerg Med.* 1991; 20:1014-1016.
- 43) Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. *Med Care.* 1988;26:383-392
- 44) Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care.* 1993; 31:4-94.
- 45) Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff (Millwood).* 1991; 19:254-267.
- 46) Osman Hayran, Haydar Sur. *Hastane Yöneticiliği: Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini.* 1997;61-87
- 47) Macleod CJ: Verbal communication in nursing, in Faulkner A (ed): *Communication.* Edinburgh, Churchill Livingstone, 1984; 52-73.

- 48) Leitzell JD: Emergency medicine: An uncertain future. *N Engl J Med.* 1981; 304:477-480.
- 49) Brook RH, Stevenson RL: Effectiveness of patients care in an emergency room. *N Engl J Med.* 1978; 283:904-907.
- 50) Schwartz LR, Overton DT: Emergency department complaints: A one-year analysis. *Ann Emerg Med.* 1987; 16:857-861.
- 51) Dennis B, Overton DT, Schwartz LR, Strait M: Emergency department complaint frequency: Variation by patient median household income. *Ann Emerg Med.* 1992; 21:746-748.
- 52) Liefeld JP, Edgecombe FCH, Wolfe L. Demographic characteristics of Canadian consumer complainers. *J Consumer Affairs.* 1975; 9:72-80.
- 53) Buller MK, Buller DB: Physicians' communication style and patient satisfaction, *J Health Soc Behav.* 1987; 28:375-388.
- 54) Ley P: Complaints made by hospital staff and patients: a review of the literature, *Bull Br Psychol Soc.* 1972; 25:115-120.
- 55) Schneiderman N: Patient complaints. In Henry G, editor: *Emergency medicine risk management*, Dallas, American College of Emergency Physicians. 1991.
- 56) Day R, Gabricke K, Schaetzle T, et al: The hidden agenda of consumer complaining, *J Retailing*, 1981; 57:86-106.
- 57) *Bits and pieces*, vol 3, Fairfield, NJ, The Economic Press. 1991.
- 58) Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med.* 1993; 22:568-572.
- 59) Adams JG. Customer Service in Emergency Department, *Critical Decisions in Emergency Medicine* 2000; 14(7):7-14.
- 60) Herket, L. Communication affects patient satisfaction. *Internist (May-June)*: 1988:38.
- 61) Hall JA, D.L. Roter, and N.R. Katz. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care.* 1988; 26: 657-675.
- 62) Melson D, Coleman K, Walker J: Why are you waiting? Formulating an information pamphlet for use in an accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 1997; 5:39-41.
- 63) Hayes RP, Baker DW: Methodological problems comparing English-speaking and Spanish-speaking patient's satisfaction with interpersonal aspects of care. *Med Care.* 1998; 36:230-236.

- 64) Williams WV, Baker DW, Parker RM, et al: The impact of inadequate functional health literacy on patient's understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. *Acad Emerg Med.* 1995; 2:386-390.
- 65) Jolly BT, Scott JL, Feied CF, et al: Functional illiteracy among emergency department patients: A preliminary study. *Ann Emerg Med.* 1993; 22:573-578.
- 66) Bertakis, K.D., D. Roter, S.M. Putnam.. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Practice.* 1991; 32(2):175-181.
- 67) Burstein J, Fleisher GR: Complaints and compliments in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 1991; 7:138-140.
- 68) Hall MF, Press I: Keys to patient satisfaction in the emergency department: Results of a multiple facility study. *Hosp Health Serv Admin.* 1996; 41:16-33
- 69) Rhee KJ, Bird J. Perception and satisfaction with emergency department care. *J Emerg Med.* 1996; 14:679-683.
- 70) Carrasquillo O, Orav J, Brennan TA, Burstin HR. Impact of language barriers on patients satisfaction in an emergency department. *J Gen Inter Med.* 1999; 14:82-87.
- 71) Baker DW, Hayes R, Fortier JP. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. *Med Care.* 1998; 36:1461-1470.
- 72) Maitra A, Chikhani C. Patient satisfaction in an urban accident and emergency department. *Br J Clin Pract.* 1992; 46:182-184.
- 73) Adams SL, Thompson DA. Inability to follow up ED patient by telephone: there must be 50 ways to leave your number. *Acad Emerg Med.* 1996; 3:271-273.
- 74) Rhee KJ, Allen RA, Bird J. Telephone vs mail response to an emergency department patient satisfaction survey. *Acad Emerg Med.* 1998; 5:1121-1123.
- 75) Colt HG, Solot JA: Attitudes of patients and physicians regarding physician dress and demeanor in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1989; 18:145-151.
- 76) A unique and refreshing approach to ED patient communication. *Emergency Medicine Notes.* 1994; 7:1-3.
- 77) Martin R: Promoting patient satisfaction (letter). *Ann Emerg Med.* 1988; 17:109-110.
- 78) A secret risk management weapon: customer service in the emergency department. *Emergency Physician Legal Bulletin* 1993, *Emergency Physician Associates, PA.* 1993; 3:1-8.

- 79) Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. *Soc Sci Med.* 1997; 45:1829-1843.
- 80) Vaccarino JM. Malpractice: the problem in perspective. *JAMA.* 1997; 238:861-863.
- 81) Raper JL: A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care. *J Nurs Care Qu.* 1996; 10:48-58.
- 82) Benjamin C. Sun, Adams J, Orav E J. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med.* 2000; 35:426-434.
- 83) Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality: incorporating consumer perspectives. *JAMA.* 1997; 278:1608-1612.
- 84) Hedges JR, Singal BM, Rousseau EW, et al. Geriatric patient emergency visits part II: perceptions of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med.* 1992; 21:808-813.
- 85) Mowen JC, Licata JW, McPhail J: Waiting in the emergency room: How to improve patient satisfaction. *J Health Care Marketing.* 1993; 13:26-33.
- 86) Reorganizing personnel, space improves patient flow, reduces waiting times. *ED Management* 1994;6:33-38.
- 87) Gagnon L: Customer service: Is the answer better communication? *J Emerg Nursing.* 1991; 17:63-64.
- 88) Bjorvell H, Stieg J. Patients' perceptions of the health care received in an emergency department. *Ann Emerg Med.* 1991; 20:734-738.
- 89) Mack JL, File KM, Horwitz JE, Prince RA: The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health Care Manage Rev.* 1995; 20:7-15.
- 90) Nerney MP, Chin MH, Jin L. Factor associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med.* 2000; 38:140-145.
- 91) Edwin D, Boudreaux PhD, Roy D. Determinants of patient satisfaction in a large, Municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics and patient perceptions. *Am J Emerg Med.* 2000; 18:394-400.

XI. EKLER

HASTA MEMNUNİYETİ ANKET (FORM 1)

(Triaaj Formu) Paramedik tarafından doldurulan				
Hastanın Adı Soyadı :				
Protokol no :				
Hastanın yaşı :	Cinsiyet:	E	K	
Getiriliş şekli : 1)Ambulans 2)Özel araç 3)Taksi 4)Yürüyerek-otobüs 5)Polis tarafından				
Geliş saati (24 saat olarak):	Hangi nöbet periyodu:	Gündüz	Gece	
Acil Servis içine alınma tarzı:1) Sedye 2) Tekerlekli sandalye 3) Yürüyerek				
Hastanın alındığı bölüm : 1)Monitörlü Gözlem 2)Resüsitasyon 3) Bakı Birimleri 4)Travma				
Hastanın Sosyal Güvencesi:				
1)Emekli. Sandığı 2) Bağ-kur 3) Sosyal Sigortalar Kurumu 4) Özel Sigorta				
5) Yeşil kart 6)Güvencesi yok				
Hastanın Öğrenim Durumu				
1)Üniversite 2) Lise 3)Ortaokul 4) İlkokul 5) Okur-yazar değil				
Medeni Durumu: 1) Evli 2)Bekar-dul				
İkamet ettiği yer(şehir, ilçe ismi) :				

HASTA MEMNUNİYETİ ANKET (FORM 2)

Hastanın Adı Soyadı:

İntörn doktor muayene saati :

Doktorun ilk görüş saati :

Doktor muayene saati :

Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri :

18 yaş üstünde olanlar

Türkçe bilenler

Çalışmadan Dışlama Kriterleri

Bilinç düzeyinde bozulma olan

İletişimi engelleyecek bir hastalık durumu

Hastanın acil transport ve müdahale ihtiyacı

Hastadan bilgilendirilmiş onay alınmaması

Hasta ile iletişimin kurulamaması

1.Daha önceden herhangi bir nedenle DEÜTF Acil Servisinde muayene oldunuz mu?

1) Evet

2) Hayır

2. DEÜTF Acil Servisine geliş sebebiniz (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)?

1.Sosyal güvencemden dolayı

2.Yakın olmasından dolayı

3.Daha önceden memnun kaldığım için

4. kendi isteğimle getirilmedim

5.Sevk edildiğimden

6.Tercih ettim

3.AS'e gelmekten memnun kaldınız mı ?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

4. AS girişindeki karşılanmanızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

5. Neden böyle düşünüyorsunuz? Açıklayınız

6.AS'e gelişten tedaviniz tamamlanıncaya kadar geçen süreyi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok uzun

Uzun

Orta

Kısa

Çok kısa

7. Doktorların size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

8.Doktorların tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

9.Hemşirelerin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

Bilgim yok

10.Hemşirelerin tıbbi bakım ve müdahale tecrübelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

Bilgim yok

11.Diğer yardımcı personelin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

Bilgim yok

12.Hastanemizin teknik donanım ve ekipmanını nasıl buldunuz?

Çok kötü

Kötü

Orta

İyi

Çok iyi

13. Hastanemizin temizlik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

14. AS'de tetkik ve tedaviniz sürerken hastalığınız ve yapılan işlemler hakkında size bilgi verildi mi?

Evet Hayır

Nasıl değerlendiriyorsunuz ?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

Neden.....

15. Laboratuvar tahlillerini bekleme süresi sizce nasıl? İstenmedi.....

Çok uzun Uzun Orta Kısa Çok kısa

16. Röntgen, tomografi gibi işlemlerin yapılmasında bekleme zamanı açısından memnuniyetiniz? İstenmedi.....

Çok uzun Uzun Orta Kısa Çok kısa

17. AS'ten gidiyorsunuz. Hekiminiz bundan sonra nasıl bir yol-yöntem izlemeniz konusunda size bilgi verdi mi ?

Evet Hayır

Bunu yeterli buluyor musunuz ?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

18. İleride herhangi acil hastalık durumunda hastanemizi tekrar tercih eder misiniz veya yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?

Evet Hayır

19. AS'te bulunduğunuz süre içinde yakınınızın yanınızda bulunması ister miydiniz ?

Evet Hayır

20. Hastanın çıkış saati :

21. Hastanın çıkış tanısı (ICD 10'a göre):

Taburcu Yatış Exitus Sevk Kendi isteği

22. Hastaya reçete verildi mi ? Evet Hayır

**TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
BÜKÜMBANTAYON MERKEZİ**