

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN  
HASTALIK ALGILARI İLE MEMNUNİYET  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Yasemin AKTAY**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Hanife DURGUN**

**ORDU-2024**

## ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Yasemin AKTAY tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Hanife DURGUN danışmanlığında yürütülen “Acil Servise Başvuran Hastaların Hastalık Algıları ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki” adlı bu tez, jürimiz tarafından 13 / 02/ 2024 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Hanife DURGUN

Başkan : Doç. Dr. Hanife DURGUN   
(Ordu Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Şeyda CAN   
(Yalova Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ayten KAYA   
(Ordu Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı)

## ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../20... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20....

Adı Soyadı Unvanı  
Enstitü Müdürü V.

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İmza

Yasemin AKTAY

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimin tüm aşamalarında bana bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, pes ettiğim anlarda motivasyonum için elinden gelen çabayı sarf eden ve anlayışı için minnettar olduğum değerli danışman hocam Doç. Dr. Hanife DURGUN'a,

Hayatım boyunca donanımıyla, akademik kişiliğiyle, başarılarıyla örnek aldığım manevi ablam Bilge BAL ÖZKAPTAN'a,

Çalıştığım kurumda bana destek olan değerli mesai arkadaşlarım ile araştırmayı kabul eden ve zaman ayıran tüm katılımcılara,

Benden çok yüksek lisansı bitireceğime inanan destekleyen tüm arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında desteklerini esirgemeyen hep yanımda olan tüm başarılarımın görünmeyen kahramanları canım aileme ve ikinci ailem olan eşimin ailesine,

Son olarak hayat arkadaşım en büyük destekçim ve ne olursa olsun hangi zorlukla karşılaşsak karşılaşalım birlikte üstesinden geldiğim aştığım hep kararlarımı destekleyen ve yanımda olan sevgili eşim Nihat Serdar AKTAY'a,

Hayatıma anlam katan ikizlerim Öykü ve Göktuğ AKTAY'a sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Yasemin AKTAY

## ÖZET

### ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN HASTALIK ALGILARI İLE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Amaç:** Bu çalışma acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirilen araştırmanın örneklemine 256 acil servis hastası dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ) kullanılarak Aralık 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler, SPSS for Windows 25 paket programı ile analiz edilmiş ve  $p<0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan acil servis hastalarının hastalığın başlangıcından beri ve hastalığıyla ilgili en fazla ağrı, yorgunluk ve baş ağrısı şikayetleri yaşadığı, hastalık algısı ölçeği hastalık hakkındaki görüşleri alt boyut puan ortalamasının  $114.92\pm 15.50$ , hastalık nedenleri alt boyut puan ortalamasının  $50.55\pm 15.68$  ve acil servis hasta memnuniyet ölçeği puan ortalamasının  $48.16\pm 15.69$  olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Acil servis hastalarının hastalık algısı ve acil servis memnuniyet düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu ve hastalık algılarının hasta memnuniyetini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis, Acil hasta, Hastalık algısı, Hasta memnuniyeti

## ABSTRACT

### PATIENTS APPLYING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTIONS OF DISEASE AND SATISFACTION LEVELS

**Aim:** This study was conducted to examine the relationship between disease perceptions and satisfaction levels of patients applying to the emergency department.

**Material and Method:** 256 emergency room patients were included in the sample of the descriptive and relationship-seeking study. The data of the study were collected by the researcher using the Personal Information Form, Illness Perception Scale (IPS) and Emergency Department Patient Satisfaction Scale (EDPSS) using face-to-face interview technique between December 2022 and June 2023. The data were analyzed with the SPSS for Windows 25 package program and evaluated at the  $p < 0.05$  significance level.

**Results:** The emergency department patients who participated in the study experienced the most pain, fatigue and headache complaints since the beginning of the disease and related to the disease, the disease perception scale opinions about the disease sub-dimension mean score was  $114.92 \pm 15.50$ , the disease causes sub-dimension mean score was  $50.55 \pm 15.68$  and the emergency department patient satisfaction It was determined that the average score of the scale was  $48.16 \pm 15.69$ . In addition, it was determined that there was a weak, positive, statistically significant relationship between patients' opinions about the disease, the causes of the disease, and patient satisfaction.

**Conclusions:** It was determined that the illness perception and emergency service satisfaction levels of emergency department patients were above average and that illness perceptions positively affected patient satisfaction.

**Keywords:** Emergency Service, Emergency Patient, Illness Perception, Patient Satisfaction

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>KAPAK</b> .....	
<b>ONAY</b> .....	
<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>II</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>V</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>IX</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>X</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Acil Servis .....	4
2.1.1. Acil Servislerin Tarihçesi .....	4
2.2. Hastalık Algısı .....	6
2.2.1. Hastalık Algısının Teorik Gelişimi .....	7
2.2.2. Hastalık Algısının Ölçümü .....	12
2.3. Hasta Memnuniyeti .....	14
2.3.1. Hasta Memnuniyetinin Boyutları.....	15
2.3.1.1. Ortamın Genel Özellikleri.....	16
2.3.1.2. İletişimin Özellikleri .....	16
2.3.1.3. Hemşirelik Özellikleri.....	18
2.3.1.4. Tanı ve Tedavi Hizmetleri .....	19
2.3.1.5. Hasta Mahremiyeti .....	19
2.3.1.6. Bekleme Süreleri.....	19
2.3.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	19
2.3.2.1. Hastaya Yönelik Faktörler .....	21
2.3.2.2. Sağlık Kuruluşuna Yönelik Faktörler .....	23
2.3.2.3. Çevreye Yönelik Faktörler.....	25

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Türü .....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	27
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	27
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	28
3.4. Veri Toplama Araçları.....	28
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	28
3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) .....	28
3.4.3. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ).....	29
3.5. Verilerin Toplanması.....	30
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu .....	30
3.7. Verilerin Analizi .....	31
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>32</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>44</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>49</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>51</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>69</b>



## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 2.1.</b> Öz-düzenleme ve sağduyu modeli.....	12
<b>Şekil 2.2.</b> Hasta Memnuniyetinin Boyutları .....	155

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 3.1.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler .....	31
<b>Tablo 3.2.</b> Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	31
<b>Tablo 4.1.</b> Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	32
<b>Tablo 4.2.</b> Acil Servis Hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği'nin Hastalık Tipi Alt Boyut Puan Dağılımları .....	33
<b>Tablo 4.3.</b> Acil Servis Hastalarının Algısı Ölçeği'nin Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	33
<b>Tablo 4.4.</b> Acil Servis Hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	34
<b>Tablo 4.5.</b> Acil Servis Hastalarının Acil Servis Hasta Memnuniyeti Ölçeği ve Alt Boyut Puan Dağılımları.....	34
<b>Tablo 4.6.</b> Acil Servis Hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	36
<b>Tablo 4.7.</b> Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 4.8.</b> Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 4.9.</b> Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	42

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASHMÖ	:	Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
HAÖ	:	Hastalık Algısı Ölçeği
Ort.	:	Ortalama
SS	:	Standart Sapma

## EKLER

	<b>Sayfa No</b>
<b>Ek 1.</b> Kişisel Bilgi Formu .....	59
<b>Ek 2.</b> Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ).....	60
<b>Ek 3.</b> Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ).....	63
<b>Ek 4.</b> Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Kullanım İzni .....	63
<b>Ek 5.</b> Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ) Kullanım İzni .....	65
<b>Ek 6.</b> Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	66
<b>Ek 7.</b> Kurum İzni .....	67
<b>Ek 8.</b> Etik Kurul İzni.....	68

## 1. GİRİŞ

Yaşamı tehdit eden durumlarda hastaların var olan gereksinimlerini karşılamak amacıyla tasarlanan, donatılan ve gerekli hizmeti sunacak donanımlı sağlık profesyonellerinden oluşan acil servisler, birbirinden farklı nedenlerle başvuru yapılan, hastaların yaşamları ile ilgili kritik kararların anında verilmesi gerektiği ve aynı zamanda da ölüm oranlarının yüksek olduğu yerlerdir (Demarquet ve ark., 2021). Sağlık Bakanlığı tarafından 20 Şubat 2018 tarih ve 30338 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” de; “Kronik bir hastalığın akut atağı, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri, beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, komplikasyon, morbidite, sakatlık ya ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, hayati tehlikesini ortadan kaldıracak tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması, ileri tanı ve tedavisi için diğer hizmetlere devrine kadar yataklı sağlık tesislerinde sunulan hizmetin sunulduğu yer” olarak tanımlanan acil servislere (Resmi Gazete, 2018), Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre, yılda yaklaşık 130 milyon acil başvurusunun olduğu bildirilmiştir (SB, 2022). Bireylerin yoğun bir şekilde acil servisi kullanımını etkileyen birçok faktör söz konusudur. Bu faktörler genel olarak “toplumsal belirleyiciler, sağlık hizmet sistemi ve bireysel belirleyiciler” olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Bireysel belirleyicilerden biri olan hastalık algısı, bireylerin acil servisi kullanımını etkileyen faktörler arasında yerini almaktadır (Erikson ve ark., 2018; Uğrak ve ark., 2016).

Hastalık algısı, mevcut hastalık durumuna bilişsel ve duyuşsal olarak verilen tepkilerin bütünü olarak tanımlanmakta ve ayrıca birey için hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak nitelendirilmektedir (Armay ve ark., 2007; Kocaman ve ark., 2007). Kişiler dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için bilişsel modeller oluşturmaktadır. Hastalar da geçici veya uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili olarak benzer modelleri geliştirebilmektedirler. Leventhal ve ark. (1984; 1997), hastaların bu bilişsel modellerle kendi baş etme düzeneklerini geliştirdiklerini ileri sürmüş ve kendini denetleme (selfregulatory) kuramını geliştirmişlerdir. Buna göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında

zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlara ilişkin şemalar oluşturmaktadır. Her hastanın hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleri olan bu bilişsel modeller, tedavinin ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içermektedir (Dempster ve ark., 2015; Kocaman ve ark., 2007). Bireylerin hastalığı algılayış şekli onların memnuniyet düzeyini de etkilemektedir (Doi ve ark., 2019; Şen Cermikli, 2021; Tekin ve ark., 2020; Yavuz ve ark., 2021).

Hasta memnuniyeti, tamamıyla hasta ve hasta yakınının o hizmet veya ürünün performansına yönelik düşünceleri ve yorumuna bağlı olarak ifade edilmektedir (Akdemir, 2017; Yavuz ve ark., 2021). Hastanelerde hasta ve hasta yakını memnuniyetini belirleyen en önemli faktörlerden birisi verilen hizmetin kalitesidir (Akdemir, 2017; Cerit, 2016; Mulugeta ve ark., 2019; Temeloğlu Şen ve Serter Berk, 2022). Hasta memnuniyetini etkileyen üç temel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hastaya, sağlık personeline, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlıdır. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri ve cinsiyeti gibi sosyo-demografik özellikleri hastaların sağlık hizmetlerinden duyacağı memnuniyet derecesinde rol oynarken, kişiden kişiye farklılık gösteren bu kriterler sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet derecesi ile yakından ilgilidir. Hasta memnuniyeti araştırmalarında sağlık personelinin memnuniyet, sağlık personeli ile iletişimden memnuniyet, personele güven, hasta mahremiyeti, personelin dürüstlüğü, nezaketi, yeterli bilgiyi sunması, hastane genel temizliği ve otelcilik hizmetleri gibi birçok boyutun ele alındığı görülmektedir (Akdemir, 2017; Mulugeta ve ark., 2019; Hız ve ark., 2022).

Bireylerin hastalık algısı memnuniyet düzeyini etkileyebilmektedir. Acil servis gibi özellikli birimlere başvuran hastaların hastalık algıları oldukça yüksek seviyede olabilmektedir. Literatüre bakıldığında acil servislerdeki bireylerin hastalık algıları ile memnuniyet düzeylerini inceleyen ayrı ayrı çalışmaların olduğu belirlenmiş fakat hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda araştırmada şu sorulara yanıtlar aranmıştır:

- 1) Acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ne düzeydedir?

- 2) Acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri nedir?
- 3) Acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- 4) Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algıları arasında fark var mıdır?
- 5) Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre memnuniyet düzeyleri arasında fark var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Acil Servis

Acil servisler, yaşamı tehdit eden durumlar söz konusu olduğunda hastaların ihtiyacı olan gereksinimlerini karşılamak amacıyla tasarlanan, donatılan ve gerekli hizmeti sunacak çalışanlardan oluşan ve farklı nedenlerle gelen hastaların aynı anda değerlendirildiği, hastaların yaşamları ile ilgili kritik kararların anında verildiği sağlık bakım ünitesidir (Jiang ve ark., 2023; Yalçın ve Eskiocak, 2023). Sağlık Bakanlığı tarafından 13 Eylül 2022 tarih ve 31952 sayılı sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ”inde acil servis, “Kamu, üniversite ve özel yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan ve acil sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalara sağlık hizmeti sunulan poliklinik ve yataklı servis işlevi görebilen sağlık tesisi bölümünü” olarak tanımlanırken, acil servis hizmetleri; “Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda hastaların sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla yapılması gereken müdahale veya tedaviye yönelik acil serviste yapılan tıbbi hizmetleri” olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2022). İnsanlara kesintisiz hizmet sunan bu birimlerin çalışma sistemleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de dünyanın her yerinde bu birimler en yoğun sağlık bakım hizmeti veren servisler olarak kabul edilmektedir (Tjelmeland ve ark., 2020). Ayrıca acil servisler, yataklı servislere gereksiz yere hasta yatırılmasının ve tetkik yapılmasının önüne geçilmesinde, hastanede yatış süresinin azaltılmasında, klinik bulguları şüpheli olan hastalara yapılacak müdahalenin gecikmesinin önlenmesinde ve böylece hastaların sağ kalım oranlarının artırılmasında oldukça büyük öneme sahiptirler (Huhemfad-Johufon, 2020).

#### 2.1.1. Acil Servislerin Tarihçesi

Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında; ilk uygulamalara yaraların yaprakla örtüldüğü ya da donan bir insanın mağara içine alındığı ilkel toplumlarda rastlanmaktadır. M.Ö. Homer’in yaralıların kaza alanındaki tedavilerinden söz etmesi, Orta Çağ’da (M.S. 476-1453), yara iyileşmesine yönelik yapılan uygulamaları gösteren kanıtlara rastlanması acil sağlık hizmetlerinin tarihçesinde önemli adımlardandır. İlk yardımın kurucusu olan cerrah Esmarsch Schleswig (1823-1908, Hollanda) “Savaş Alanında İlk Yardım” ve “Yaralılara İlk



Yardım” isimli kitapları yazması, 1863’te İsviçre’de Kızıllaç kurulması, Kızıllaç’tan sonra Kızıllaç ve Samaritanlar gibi gönüllü kuruluşların ilk yardım ve tıbbi yaralı taşımıcılığı sistemini başlatması, 1877’de İngiltere’de “Acil Yardım Teşkilatı” kurulması ve bu teşkilatın 1884’te sertifika vermeye başlaması acil sağlık hizmetlerinde önemli gelişmelerdir (Brooks ve ark., 2016; Şimşek ve ark., 2019).

Amerika’ da acil tıp, daha çok 1960’lı yıllarda önem kazanmaya başlamış, 1968 yılında Amerikan Acil Tıp Okulu kurulmuş ve bu okul 1969’da Amerika’da ilk sertifika programını başlatmıştır. Acil servislere yönelik ilk yardım yasası ilk olarak 1973 yılında Amerika’ da geliştirilmiştir (Suter, 2012). Bu gelişmelere paralel olarak birçok ülkede de acil servis hizmetlerinde ilerlemeler kaydedilmiştir.

Türkiye’de; acil sağlık hizmetlerinin ilk adımları, Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında yaralı askerlere bakım veren Florence Nightingale ile atılmıştır. 1913-1914 yıllarında üniversitelerde düzenlenen kurslara katılan ve Türkiye'nin ilk hemşiresi olan Safiye Hüseyin Elbi, Çanakkale Savaşı sırasında hastaneye dönüştürülen Reşit Paşa gemisinde yaralı askerlere bakım vermiştir. 1960’lı yıllarda ise Kızıllaç İlk Yardım Kursları açmaya başlamış ve Türkiye'nin bütün illerinde ve birçok ilçesinde şubeler açmıştır. 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde Hızır Acil Servis Hizmeti başlatılmış ve buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Sosyal Sağlık Kurumu (SSK) Hastanelerinde acil bölümleri kurulmuştur. 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak “İlk ve Acil Yardım” adı ile kabul edilen “Acil Tıp Uzmanlık Anabilim Dalı”nda uzmanlar yetiştirmeye başlamış, 1994 yılında ilk araştırma görevlileri, bu anabilim dalında görev almıştır. 1995 yılında Acil Tıp Derneği, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği kurulmuştur. 2001 yılında 14 olan anabilim dalı sayısı, 2004’de 26’ya yükselmiştir. Üniversitelerin Sağlık Meslek Yüksek Okulları’nda Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümleri açılarak bu bölümlerden mezun olanlar (paramedikler) 112 Hızır/Acil ambulanslarında görev almaya başlamıştır (Koç, 2009; Bayar, 2013). Bu hızlı gelişmeler ışığında, modern tıbbi yaklaşımlarda atılan adımlar, araç gereçlerdeki teknolojik gelişmeler, hedef toplumun daha geniş bir coğrafik alanda hizmet beklemesi ve artan hasta popülasyonu ile birlikte hastaların beklentilerinin de artması gibi nedenler acil sağlık hizmetlerinde bazı değişimlerin olmasını zorunlu kılmıştır (Eryılmaz, 2007). 13 Eylül 2022 tarih ve 31952 sayılı Resmi Gazete’de

yayımlanarak yürürlüğe giren “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile yataklı sağlık tesislerinde acil servislerin, çağın gerekleri ile günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi, personel ve hizmet kıstasları ile fiziki şartların, tıbbi teknoloji ve donanımın asgari standartlarının belirlenmesi, hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle etkin olarak koordinasyonun sağlanması, yataklı sağlık tesisinin statüsüne, hizmet verilen bölgenin ihtiyaç ve şartlarına göre seviyelendirilmesi, triyaj işlemleri, tedavi süreçleri ile konsültasyon, yatış, sevk ve nöbet hizmetleri gibi ölçütler dikkate alınarak triyaj uygulaması ve renk kodlaması tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2022).

## **2.2. Hastalık Algısı**

Hastaların kişisel bilgilerinin, inançlarının, sosyodemografik ve sağlık/hastalık özelliklerinin etkisi altında kalan bir kavram olan hastalık algısı (Uysal ve Akpınar, 2013), hasta bireylerin sahip oldukları hastalıklarına yönelik kişisel fikirlerine atıfta bulunmak için kullanılan bir terimdir (Leos ve ark., 2015). Hemşireler, hastaların tedavilerine uyumu sağlayabilmesi için önce hastaların hastalığından ne anladığını bilmeyi ve buna yönelik girişimleri planlamayı amaçlamaktadır (Konwless ve ark. 2020). Hastalık algısı kavramı tedavi uyumunu etkileyen önemli unsurlardan biridir. Hastalık algısı hastalık ve belirtilerini anlayıp bunlar ile başa çıkabilmek amacıyla kullanılan zihinsel temsillerden oluşmaktadır. Bu zihinsel temsiller somut ve soyut bilgi kaynaklarına dayanarak yaratılmakta, hastalık algısına dair üç temel bilgi kaynağının olduğunu ileri sürmektedir. Bireylerin sosyal ortamlarda o hastalıkla ilgili edindiği kültürel bilgiler hastalık algısını oluşturan zihinsel temsillerin ilk kaynağını oluşturmaktadır. İkinci kaynak anne-baba veya otorite figürleri gibi önemli kişilerden edinilen bilgileri temel alır. Hastalık algısında üçüncü kaynak ise bireyin hastalıkla ilgili kendisinin deneyimlediği yaşantılardır. Bu kaynaklardan edinilen bilgiler hastalık algısının zihinsel içeriğini oluşturmaktadır ve bu içerik çeşitli alt boyutlarla tanımlanmaktadır (Broadbent ve ark., 2015; Leos ve ark., 2015; Dimova ve ark., 2019).

Hastalık algısının ilk boyutu nedendir (cause) ve hastalığın nedeni, ne olarak görüldüğü ile ilgilidir. Biyolojik nedenler (örneğin; virüsler), duygusal nedenler (örneğin; stres), çevresel nedenler (örneğin; hava kirliliği) ve psikolojik nedenler

olarak (örneğin; karakter özellikleri) dört alt boyutu bulunur. Hastalık algısının diğer boyutları ise şu şekilde tanımlanmaktadır; sonuçlar algısı (consequences) hastalığın yaşam kalitesini ve bireyin fonksiyonlarını nasıl etkileyeceğine dair bilgilerden, hastalığı anlayabilme (coherence) boyutu ise hastalık ve belirtilerine dair bilgilerden oluşmaktadır. Süre algısı (timeline) hastalığın geçici mi kronik mi olarak görülmesiyle ilgilidir. Kişisel kontrol (personal control) ve tedavi kontrolü (treatment control) boyutları, bireyin ve tedavinin hastalık üzerinde bir etkisi ya da gücü olup olmadığına dair bilgilerden oluşmaktadır. Hastalık algısının son boyutu ise duygusal temsillerdir (emotional representation) ve hastanın hasta olmaktan duygusal olarak ne kadar etkileneceğini düşünmesiyle ilgilidir (Kim ve ark., 2021; Thagizadeh ve ark., 2022; Ozumba ve ark., 2023).

Literatürde hastalık algısı araştırılırken birçok terim göze çarpmaktadır: “illness representations (hastalık temsilleri)” “illness perceptions (hastalık algıları)” “illness beliefs (hastalık inançları)” “illness cognitions (hastalık bilişleri)” ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bunlardan hastalık temsilleri aynı zamanda hastalık algısı yerine kullanılabilen (Leventhal ve ark., 1970; Küçükarslan, 2012); hastalık bilişleri yerine de eş anlamlı olarak hastalık inançları, hastalık algıları, hastalık temsilleri, hastalık şeması kavramları kullanılmaktadır (Scharloo ve Kaptein, 1998; akt. Kaptein ve Broadbent, 2007). Literatürde bu kavramlardan bazılarının üzerine geliştirilen ve dolayısıyla bu kavramları içeren modeller bulunmakta olup, aynı modele farklı farklı isimlerle atıfta bulunulduğuna rastlamak mümkündür. Literatürde Hastalık Algıları Modeli (The illness perceptions model), Hastalık Temsilleri Modeli (The illness representations model), Öz-düzenleme Modeli (The self-regulatory model), Paralel Süreç Modeli (The parallel process model), Bilişsel İşleme Modeli (Cognitive processing theory), Öz-düzenleme ve Sağduyu Modeli (The common-sense model of self-regulation), Hastalık Davranışının Öz-düzenleme modeli (Self Regulation Model of Illness Behaviour) veya basitçe Leventhal’in modeli isimlerine sıkça rastlanılmaktadır (Scharloo ve ark., 1998; Hale ve ark., 2007).

### **2.2.1. Hastalık Algısının Teorik Gelişimi**

Hastalık algısının gelişimi için akla yatkın yargılarda bulunmak anlamına gelen sağduyudan hareketle insanı gündelik yaşamında deneyimlerinden çıkarım yapan ve

mantığını kullanarak eyleme geçen bir varlık olarak ele alan sağduyu modeli geliştirilmiştir (Leventhal ve ark., 1960; Leventhal ve ark., 2016). Söz konusu modelin ortaya çıkışı 1957'deki Asya grip salgınına dayanmakta olup araştırmacılar salgın sonrası toplumun davranışlarını incelemiştir. Katılımcılar arasında gribe yakalanma risklerini yüksek olarak algılayan, gribin ciddi bir hastalık olduğunu düşünen ve doktoru aramak veya grip aşısı yaptırmak gibi eylemlere başvuranların bizzat belirti yaşayan veya bir yakınında gribe tanık olanların oluşturduğu görülmüştür. Bir başka deyişle bireyler deneyimlerine göre sağduyulu inançlar geliştirmiş, bunlarla uyumlu olacak şekilde algı ve eylemlerinde değişiklik yapmışlardır (Leventhal ve ark., 1960; Leventhal ve ark., 2016).

Sağlık tehdidi karşısında bireylerin nasıl davranışsal strateji geliştirdiğini (örneğin; tetanoz tehdidi karşısında tetanoz aşısı olmak gibi) merak eden araştırmacılar bu davranışların tehlike algısı ile güdülenmesini temel alarak akut durumlarda korku üreten mesajların bireylerin önleyici tepki (akciğer kanseri tetkiki yaptırmak yerine sigarayı bırakmaya çalışmak gibi) veya uyum tepkisi (önerilen akciğer kanseri tetkikini yaptırmak gibi) vermesindeki katkılarını anlamak istemişlerdir (Leventhal ve ark., 1980). Çalışma sonuçlarına göre yüksek korkutuculuğa sahip mesaj anlamlı bir eylem niyeti oluşturmuş olsa da bireyin eylem planı olmadığında söz konusu niyet eylemi başlatmada yetersiz kalmıştır. Eylem planının varlığı niyetin olmadığı durumlarda da aksiyona geçmek için yeterli olmamıştır (Leventhal ve ark., 1965; Leventhal, 1970). Korku sadece kısa süreliğine davranışı güdüleyici bir rol üstlense de esas önemli olanın tehlide dair bilgi paylaşımının davranışsal plan eşliğinde verilmesi olduğu belirtilmiştir (Leventhal ve ark., 1980). Yani birey öncelikle eylem için gerekli tehdidi hissetmeli, bu tehdidi kontrol etme veya tehditle baş etme yöntemini gerçekleştirilebilir bulmalı ve spesifik bir eylem planına sahip olmalıdır. Bu çalışmalar sağlığı koruyucu veya hastalığı önleyici eylem almada deneyim, algı, somut planların varlığının önemini ortaya koymuştur (Leventhal ve ark., 2016).

Korku-Dürtü modeli tarafından önerilen tepkilerdeki dualizm fikrinden etkilenen Leventhal (1970) korkutucu uyarana verilen iki tepkiyi ayırdığı Paralel Süreç Modelini oluşturmuştur. İlk tepki tehlike kontrol sürecini içermektedir. Tehdit hakkındaki düşünceler ve onu önlemek için eylemlerin planlanması süreci burada yer almaktadır. Diğer tepki ise korku kontrol sürecini içermektedir. İnkâr, kaçınma gibi

tepkilerle insanların korkularını kontrol etmeleri sağlanmaktadır. İlk süreç bilişsel ikinci süreç ise duygusal bir içeriğe sahip görünmektedir. Model, adından da anlaşılacağı üzere söz konusu iki tepkiye dair süreçlerin paralel oldukları yönünde bir öngöründe bulunmaktadır. Ancak daha sonra araştırmacılar bu iki sürecin birbirinden bağımsız gibi görülmelerine rağmen aynı zamanda birbirlerini etkilemekte olduklarını belirtmiştir (Johnson ve Leventhal, 1974). Söz konusu tehdit algılarının içeriği ve yapısı merak uyandırarak yeni bir modelin oluşumuna katkı sağlamıştır (Diefenbach ve ark., 2008). Bu noktadan sonraki araştırmalar hastalık tehlikesi ve dolayısıyla tehdidinin çalılışmasını mümkün kılan semptomlar üzerine odaklanmıştır (Leventhal ve ark., 1980).

Semptomlar bireyin duygusal durumu üzerinde etkili olduğu kadar bireyin eylemlerini de değiştirmekte, sosyal ve iş hayatındaki aktivitelerini kısıtlamaktadır. Semptom deneyimleyen birey o andaki ve gelecekteki sağlık durumunu sorgulayarak öngörmeye çalışmaktadır (Leventhal, 1986). Tıpkı duyum ve algı süreçleri gibi semptom deneyimleme süreci de duygusal bir girdi ile başlayıp bilişsel ve duygusal içerikleri harekete geçirmektedir (Leventhal, 1986). Bu süreç bireyin o anda deneyimlemekte olduğu somatik bir duyum, fiziksel veya mental işlevsellikte bir değişiklik ile başlayabilmektedir. Birey tıpkı semptomlarını ve niteliklerini sorgulayan bir doktor gibi kendisine bu değişimle ilgili sorular sormaktadır. Bireyin normal haline farklılık getiren bu uyarının yeri (kafa, mide, göğüs gibi), süresi (bireyin algıladığı ve gerçekte ne kadar sürdüğü), değişim hızı (ani başlangıçlı veya sinsisi), sonuçları (nefes nefese kalma, yürümekte zorlanma gibi işlevselliğe etkileri), nedenleri (hasta kişilere temas veya algılanan stres gibi) ve duygusal nitelikleri (keskin veya donuk gibi) gibi özellikleri birey tarafından değerlendirilmekte ve hastalık şemaları veya prototipleriyle karşılaştırılmaktadır (Leventhal ve ark., 2010). Geçmişe dair edinilmiş bilgi paketleri olan bu şemalardaki bilgiler bireyin kişisel deneyimleri ile değerli bulduğu kişilerin bildirimlerinden, hastalığa dair kültürel inançlarından oluşabilmekte ve ayrıca sağlık çalışanlarından ve medyadan edinilmiş olabilmektedir. Tam da bu noktada söz konusu prototiplerin nomotetik yaklaşımla gerçekleştirilmiş her çalışma gibi deneyimlerin ortalamasını barındırdığını yani her bir deneyimi tek tek içermeyebiletilmektedir. Semptom deneyimi süreci özetle, uyarının algılanan özelliklerinin prototiplerle etkileşime geçmesiyle başlamaktadır. Eğer özelliklerle herhangi bir hastalığın

prototipi arasında bir eşleşme gerçekleşirse hastalık algısı oluşturulacaktır (Leventhal ve ark., 2010). Her yeni deneyim ve bilgi ile de bu algıların gelişmesi söz konusudur. Kişilik özellikleri gibi nispeten daha sabit ve bilim insanları tarafından yaratılmış yapılara kıyasla hastalık algıları bireylerin zihninde oluşan subjektif atıflardır (Leventhal ve ark., 1997). Dolayısıyla hastalık algıları kümülatif ve dinamiktir, elde edilen bilgiler gerektiğinde benimsenir, atılır veya adapte edilir (Hale ve ark., 2007). Ayrıca söz konusu hastalık algılarının semptom deneyiminin her anına (sağlık sistemine başvurma veya başvurmama kararı, hastalığın gidişatını anlamlandırma, tedaviye uyma veya uymama kararı gibi) eşlik ettiğini de belirtmek gerekmektedir (Leventhal, 1986).

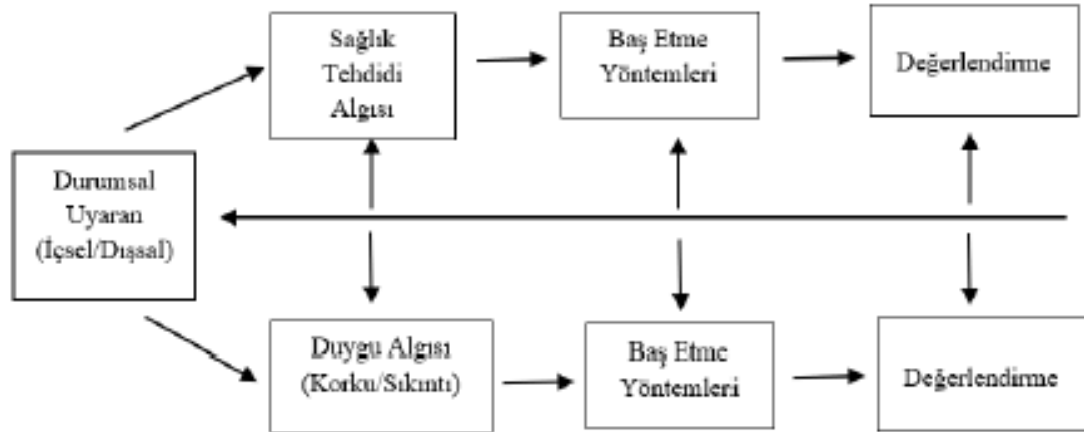
Araştırmacılar hipertansiyon hastaları ve kemoterapi almakta olan kanser hastalarıyla yürüttükleri görüşmelerle hastalık algılarının hastalık davranışını nasıl düzenlendiğini anlamaya çalışmışlardır (Leventhal ve ark., 1980). Bulgulara göre hastalar kendilerine yapılan tedavilerine dair bilgi paylaşımı karşısında pasif alıcılar değil, tedavileriyle ilgili bilgileri anlamaya ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilen sorunlarla baş etmeye çalışan aktif bireylerdir. Hastalıklar semptomları tanımlarken, semptomlar da hastalıkları tanımlamakta kullanılmaktadır. Semptomlar ve hastalık etiketleri arasındaki bu simetriye hipertansiyon hastasının başının ağrımamasını tansiyonunun yükselmesinin bir göstergesi olarak kabul etmesi ile tansiyonunun yüksek olduğu bilgisini aldığı anda baş ağrısını kontrol etmesi örnek olarak verilebilir (Baumann ve ark., 1989). Bireyin tedavi sisteminde ne kadar süre geçirdiği ile paralel bir şekilde bireyler hastalıklarını temsil edecek bir semptom arama ve bulma eğiliminde olabilmektedir. Özetle çalışma bulgularına göre, birey yaşamı boyunca birçok hastalıkla ilgili deneyim yaşamaktadır. Bireyin hastalığına dair algısı çoğunlukla semptom deneyimine dayanmakta olup bu algının baş etme sürecini yönetmede önemli rol aldığı belirtilmiştir (Leventhal ve ark., 1980).

Araştırmacılar hastalarla yaptıkları görüşmeler sonucunda yukarıda bahsedilenler dışında önemli bir bulguya daha ulaşmışlardır. Bireylerin hastalık hakkında nasıl düşündüklerine dair dört temel içerik keşfetmişlerdir (Leventhal ve ark., 1980). Algıların ilk özelliği olarak “kimlik” (identity), sağlık tehdidinin etiketi yani biyomedikal adı ve onunla ilişkili belirtilerini içermektedir. Örneğin nezle, öksürük ile yorgunluk belirtileri ile grip tanısı algının kimlik özelliğini

oluşturmaktadır. İkinci özellik olan “zaman” (time-line) ise hastalığın ne kadar süreceğine dair beklentileri içermektedir. Bireyin gribal enfeksiyonun kısa sürede geçeceğine dair beklentisi zaman özelliğine örnek olarak verilebilir. Bir diğer özellik olan “nedenler” (causes) hastalığa atfedilen biyopsikososyal nedenleri içermekte olup bunlar bakteri veya virüs gibi biyolojik nitelikte veya sağlıklı beslenme veya sigara kullanımı gibi davranışsal nitelikte olabilmektedir. Grip olan birey için hastalığının sebepleri arasında soğuğa maruz kalmış olması, son zamanlarda uyku düzeninin bozulması ile bağışıklığının düşmesi yer alabilmektedir. Dördüncü özellik olan “sonuçlar” (consequences) ise hastalığın bireyin hayatına getirdiği veya getireceği düşünülen ani ölüm, işten izin alma ile kaçırılan zaman, ağrı, yaratacağı maddi giderler gibi sonuçlara odaklanmaktadır. Zaman geçtikçe olası sonuçlar gerçeğe daha yaklaşmaktadır (Hale ve ark., 2007). Lau ve Hartman (1983) yaptıkları araştırmayla bu dört içeriğe bir yenisini eklemiştir. Söz konusu sonuncu özellik “kontrol/tedavi” (control/cure) olarak adlandırılmış olup bireyin hastalığın önlenebileceğine, ilerlemesinin durdurulabileceğine veya iyileşebileceğine dair kontrol inançlarını içerir (Leventhal ve ark., 1998). Lau ve Hartman (1983) üniversite öğrencilerinden oluşan katılımcılardan en son hasta oldukları zamanı düşünmelerini isteyince çoğu hastalık olarak soğuk algınlığı gibi gündelik hastalıklar bildirmiştir. Sonrasında bu durumdan iyileşme nedenlerine dair atıflarının neler olduğu sorulmasıyla yeni içerik fark edilmiştir. Lau ve ark. (1989) hastalık algılarının bu içeriğine Leventhal ve ark. (1980) yürüttükleri çalışmada rastlamamış olmasını onların örnekleminin kronik hastalıktan muzdarip kişilerden oluşmasına bağlamışlardır. Nitekim kronik hastalığı olan bireylerde iyileşme durumu çoğunlukla hastalığın terminasyonundan ziyade remisyonunu ifade edebilmektedir. Bu sebeptir ki söz konusu sonuncu içerikte akut durumlarda geçerliliği daha yüksek olabilen tedavi edilebilirlik ve kronik durumlarda geçerliliği daha yüksek olan kontrol altında tutabilmeyi işaret eden kontrol edilebilirlik ifadeleri birlikte yer almaktadır.

Araştırmacılar yürüttükleri çalışmalar ile hastalığa ilişkin yaşadıklarını anlamlandırmaya çalışan bireyi merkeze alan sağduyu modeline ekleme yapmışlardır. Tıpkı bilim insanlarının hipotezlerini test etmesi gibi sağlık tehdidi karşısındaki bireyin durumu anlamlandırmaya yönelik yaptığı önsezili açıklamaları yani hastalık algılarını çeşitli baş etme yöntemleriyle test ettiğini fark etmişlerdir (Hale ve ark.,

2007). Bu sürece hastalık davranışları da eşlik etmekte olup aktif bir problem çözücü olan birey (Leventhal, 1970; Leventhal ve ark., 2001) semptom öncesindeki denge haline geri dönmek üzere güdülenmiştir (Ogden, 2004). Bu hedefe yaklaşamayan yani duruma uyum sağlayamayan birey en baştaki hastalık algılarında ve dolayısıyla baş etme stratejilerinde değişikliğe gidebilmektedir. Öz düzenleme bu hedefleri gerçekleştirmede geçirilen süreçleri içermekte olduğundan (Baldwin ve ark., 2010) modelin adı Öz-düzenleme ve Sağduyu Modeli (Common Sense Model of Self Regulation) adını almıştır. Model aynı zamanda Paralel Süreç Modeli'nden de feyz almakta olduğu için söz konusu modelde birey bir tehdit algıladığında uyarana karşı iki tepki geliştirmektedir. Bunlardan bir tanesi bilişsel hastalık algıları olup, diğer paralel kolda sağlık tehdidine verilen duygusal tepkiler yer almaktadır. En baştan bu iki sürecin sadece paralel olmadığı, birbirlerini de etkilediği belirtilmiştir (Baumann ve ark., 1989; Leventhal ve ark., 1992; Mora ve McAndrew, 2013) (Şekil 2.1).



**Şekil 2. 1.** Öz-düzenleme ve sağduyu modeli (Leventhal ve ark., 1992)

Araştırmacıların hastalığa uyum sürecini anlamak adına geliştirdikleri bu modelde hastalık algıları merkezde yer almaktadır (Leventhal ve ark., 1998).

### 2.2.2. Hastalık Algısının Ölçümü

Hastalık Algıları Ölçeği ilk olarak Weinman ve ark. (1996) ve Leventhal ve ark. (1980) öne sürdüğü model ile Lau ve Hartman (1983)'ün önerisini de dikkate alacak şekilde hastalık algılarının beş içeriğini ölçmek için geliştirilmiştir. Hastalık algısının



kimlik boyutu 12 adet semptom listesinden oluşturulmuş olup diğer dört boyutu ölçmek adına 26 soru maddesi yer almaktadır. Semptomların görülme sıklığı 4'lü likert ile ölçülürken diğer boyutlardaki soru maddeleri 5'li likert tipi derecelendirme ile ölçülmektedir. Sağlık psikolojisi alanında hastalık algılarının ölçümünde rahatlıkla kullanılabilen geçerli ve güvenilir bu ölçek, örneklem grubunun muzdarip olduğu hastalığın özelliklerine göre kimlik ve neden boyutlarının maddelerinde değişiklik ve eklemelere (kimlik boyutunda çalışılan hastalığa özgü semptomlara yer verilmesi gibi) de izin vermektedir. Ancak diğer boyutlara kıyasla az sayıda maddeden oluşan kontrol/televi (altı madde) ve zaman (üç madde) boyutlarının iç tutarlılıkları düşük bulunmuş ve araştırmacılar bu boyutlara yeni maddelerin eklenmesi önerisinde bulunmuşlardır. Aynı zamanda özellikle zaman boyutuna eklenecek ifadelerin tekrara düşme olasılığına dikkat çekmişlerdir (Weinman ve ark., 1996). Ayrıca kontrol/televi boyutundaki maddelerin de esasında bireysel kontrol ve tedavi kontrolü olmak üzere iki faktöre yüklendiği izlenmiştir. Bu durumlara ilaveten fark edilen iki eksiklik de ölçeğin gözden geçirilmesi ihtiyacını daha da kuvvetlendirmiştir (Moss-Morris ve ark., 2002). Bunlardan ilki Hastalık Algıları Ölçeği'nin zaman boyutunda hastalıkların sadece akut veya kronik yapılarına odaklanılması ve döngüsel, ataklarla kendini gösteren hastalıkların göz ardı edilmesidir. Diğer eksiklik ise Leventhal'in modelinde oldukça önemli bir yer kaplayan duygusal temsillerin ölçüm aracına yansıtılmamış olmasıdır (Moss-Morris ve ark., 2002). Gözden geçirilmiş formatında ölçeğe altıncı bir boyut daha eklenmesine karar verilmiştir. Hastalık anlaşılabilirliği olarak adlandırılan bu boyut bir üst biliş gibi bireyin hastalığıyla ilgili oluşturduğu temsilin ne kadar işe yarar olduğuna dair algısını ölçmektedir. Bir başka deyişle bu boyut bireyin hastalığını ne kadar anlaşılır, tutarlı bulduğuyula alakalıdır. Kontrol/televi boyutu iki boyuta bölünmüş ve kişisel kontrol ve tedaviye ilişkin kontrol olarak adlandırılmıştır. Zaman boyutunun yanına döngüsel zaman boyutu da eklenerek otoimmün veya dermatolojik rahatsızlıklar gibi öngörülemeyen, inişli çıkışlı belirtilerle seyreden hastalıkların zaman algısına da yer verilmiştir. Ayrıca Hastalık Algıları Ölçeği'nden farklı olarak bu versiyonun kimlik boyutunda katılımcılara semptomları hem hastalığından beri deneyimlemekte olup olmadığını hem de deneyimledikleri semptomların hastalıkla ilgili olup olmadığını sormaktadır. Bölünen ve/veya çoğalan bilişsel temsillere dair 8 boyut dışında eklenen duygusal temsiller

boyutuyla da beraber Hastalık Algıları Ölçeği'nin revize edilmiş (HAÖ-R) hali ortaya çıkmıştır (Moss-Morris ve ark., 2002). Ancak uzun yapısı hasta örneklemine yaşlılar, okuma yazmada zorlananlar, kısıtlı vakti olanlar, çok hasta olanlar gibi çeşitli grupların dahil edilmesini mümkün kılmaması sebebiyle kısa versiyonunun oluşturulmasına karar verilmiştir (Broadbent ve ark., 2006). Kısa versiyonda (Kısa Hastalık Algıları Ölçeği-KHAÖ) her bir boyut tek bir maddeyle ve 0 ila 10 arasında skala ile ölçülmekte olup toplamda 9 maddeden oluşmaktadır. Bunlardan sonuncusu olan hastalığın nedenine dair atıflar ise açık uçlu bir soruyla elde edilmektedir (Broadbent ve ark., 2006). Hastalık algılarının ölçümüne dair oluşturulan bu son format araştırmacı ve klinisyenler tarafından hızlıca uygulanabilmekte ve kolaylıkla puanlanabilmektedir. Ancak hastalık algılarının ölçümünde bireyin kimlik inançlarını detaylıca ele alması, döngüsel zaman algısına da yer vermesi ve psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans gibi hastalığın nedensel atıflarını doğrudan ölçmesi açısından HAÖ-R KHAÖ'ye kıyasla tercih de edilebilmektedir. Farklı bir bakış açısına göre de aslında hastalık algılarından neden boyutunun kısaltılmış versiyonda açık uçlu soruyla ölçülmesi ile gözden geçirilmiş versiyondaki seçeneklerin dışına çıkılabilmekte ve bu da bir avantaj sağlayabilmektedir (Broadbent ve ark., 2006).

### **2.3. Hasta Memnuniyeti**

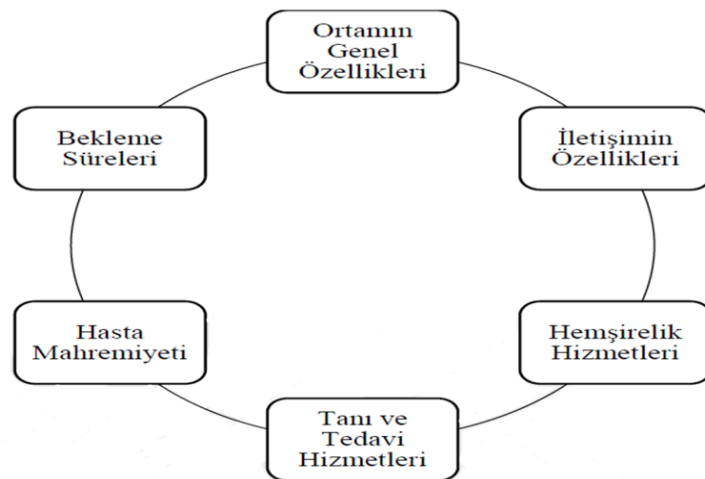
Hasta memnuniyeti; hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algısı arasındaki fark olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini gösteren temel bir ölçüt şeklinde tanımlanmaktadır (Abbas ve ark., 2021; Gavurova ve ark., 2021; Liang ve ark., 2021). Hastaya ilişkin beş temel psikolojik (kişilik, algılama, motivasyon, tutum, yenilikçilik düzeyi) ve üç temel sosyokültürel (sosyal sınıf, kültür, aile ilişkileri) özellikleri hasta memnuniyetini etkilemektedir. Ayrıca hizmet sunanlara ilişkin faktörler; hekim başta olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunanların hastalara gösterdikleri ilgi, anlayış, tebessüm, saygılı olma gibi davranışlar tıbbi bilgi birikimle birleşince hastaların sağlık sorununu daha rahat anlamasına olanak sağlayarak tedaviye hastanın da katılımını arttırmaktadır. Bunlara ek olarak ulaşılabilirlik, aydınlatma, ısı, havalandırma, gürültü, temizlik, sağlık hizmeti sunulan binanın dış

görünümü, bürokrasi ve ücret gibi faktörler de hasta memnuniyeti etkileyen çevresel ve dış faktörler içerisinde yer almaktadır (Üstün ve Cezlan, 2021).

Hasta memnuniyetini anlamaya ve incelemeye çalışan birçok çalışma bulunmaktadır. Sağlıkta bu kavramın ilk çalışması 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik hizmetleri araştırması ile yapılmıştır (Yılmaz, 2019). Daha sonra hasta memnuniyeti kavramı 1960'larda ön plana çıkmış ve 1980'lerde ön plana çıkmıştır. 1980'den sonraki yıllarda bu konudaki çalışmaların sayısı her 10 yılda bir beş kat artmıştır. Hasta memnuniyetinin öneminin artması, 1970'lerde başlayan sağlık sisteminde müşteri davranışlarına yansımaya ve hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin beklentilerinin artmasına kadar uzanabilmektedir (Dinç, 2009).

### 2.3.1. Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Hasta memnuniyeti birçok değişkenden etkilenen bir kavramdır. Literatüre bakacak olursak, birçok yerli ve yabancı kaynak hasta memnuniyetinin boyutlarını farklı şekilde sınıflandırmıştır. Örneğin, Westaway ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada hasta memnuniyetini iki boyutta ele almıştır. Birinci boyutun, kişilerarası boyutun kilit unsurları destek, dikkate alma, dürüstlük ve teşviktir. İkinci boyut, bekleme alanında oturma ve tuvalet olanaklarının olup olmadığını vurgular ve temizlik, organizasyon boyutunu karakterize eder (Westaway ve ark., 2003). Hasta memnuniyeti boyutları Şekil 2.2'de yer almaktadır.



Şekil 2.2. Hasta Memnuniyetinin Boyutları (Westaway ve ark., 2003)

### **2.3.1.1. Ortamın Genel Özellikleri**

Hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer önemli faktör ise hastanenin farklı bölümlerinde çalışan doktorlar, doktorlar ve hemşireler, bağımsız çalışan diğer sağlık çalışanları ve onlarla çok az veya hiç teması olmayan kişilerdir. Bu grup danışmanlık, hasta kaydı, hijyen, laboratuvar, radyoloji, patoloji, beslenme, barınma, hasta taşıma ve idari personeli içerebilir. Hastalar bu grupta doktorlar ve hemşirelerden daha az etkileşime giriyor. Ancak bu grup personelin sunduğu hizmetler hastanın sağlığı ve hizmetin etkinliği açısından oldukça önemlidir.

Sağlık profesyonellerinin karakter, şefkat, görgü kuralları, bakım ve anlayışları, profesyonel davranış, bilgi ve becerilerin sunumu, hasta-bakıcı ilişkisi vb. davranışları önemlidir. Hasta ve bakım veren arasındaki etkileşim, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Hastane ile ilgili ve klinik faktörlerin, hastaların sağlık kurumlarındaki önceliklerini etkilemediği, bireylerin aynı hastaneyi seçmesinde kurum personelinin davranışlarından kaynaklanan hasta memnuniyetinin en önemli faktör olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının kişilik özellikleri hastalara karşı davranışlarını etkiler. Kibar, kibar, özenli ve anlayışlı, profesyonel tutum, özenli ve bilgi ve becerileri sunma şekli, hastanın kendini rahat ve uyumlu hissetmesini ve tedavisine katılmasını sağlayacaktır (Yalçın ve Koçak, 2009).

Sağlık hizmeti verilen hastanenin kamu, özel ve üniversite hastanesi olması nedeniyle yapısal koşulları, yani park yeri, bekleme salonlarının havalandırılması, aydınlatma, gürültü, ısıtma, ulaşım kolaylığı, temizlik, dış katılım, yapısal ve fiziksel durum, yönetim sistemleri, çalışma saatleri, bekleme süreleri, tarama politikaları ve beslenme hizmetlerinin tümünün hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkisi vardır (Tanrıverdi ve Özmen, 2011). Bir hastanenin sağladığı fiziki veya sosyal imkanlar, insanları evlerinde hissettirir ve mutluluklarını artırabilir. Tedavi ve bakım alan hasta, bakım ekibine daha çok güven duyacaktır (Atilla, 2012).

### **2.3.1.2. İletişimin Özellikleri**

Sağlık hizmetleri, eylem alanı olarak kişilerarası ilişkileri içeren bir hizmet türüdür. Kurumsal çerçevenin aksine, güçlü iletişim, bu hizmetler ile hedef gruptaki hastalar arasında uyumu sağlayan faktördür. Araştırma sonucunda hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörler şu şekildedir: doktorlar, hemşireler ve

acil servisler tıbbi hizmetler olarak görünmektedir. Bu verilere dayanarak hasta memnuniyetini sağlayan parametreler arasında kişilerarası ilişkilerin düzeyinin ilk sırada yer aldığı söylenebilir (Gözden, 2009)

Hasta-hekim ilişkisi sağlıkta çok önemli bir konudur. Ama bu aynı zamanda karmaşık bir sorundur. Hasta-terapist ilişkisi, bir tür insan etkileşimi ve diğer özneler arasındaki ilişkilerin dinamik etkileşimli yönlerini içeren bir yapıda gerçekleşir (Ridd ve ark., 2009).

Hekimlerin hastalar üzerinde otorite kurmasının başlıca nedenleri: hastanın hekimin uzmanlığına olan güveni, tedavi eden hekime, çevreye ve sağlık kurumunun geleneksel durumuna güvenme isteğidir (Arslan, 2004). Hastaların hekime bu kadar bağımlı olduğu durumlarda hekimler hastaların sorunlarına karşı daha duyarlı ve dikkatli olmalı, hastanın sağlığı ile ilgili tüm olasılıkları göz önünde bulundurmalı ve en uygun tedavi seçeneğini uygulamalıdır.

Sağlık hizmetlerinde memnuniyeti etkileyen en önemli faktörlerden biri hemşire-hasta ilişkisidir. Sağlık hizmetlerinin kalbinde yer alan hemşirelerin görevi, hastalara ve diğer ihtiyaç sahibi kişilere temel sağlık hizmetlerini sunmaktır. Bu sağlık hizmetinin amacı, halihazırda bir hastalığı olmayan kişilerin sağlığını korumak ve hastaların sağlığına kavuşmaları için ihtiyaç duydukları bilgi ve tedaviye erişimlerini sağlamaktır. Hastalar ve bakıcılar arasındaki etkileşim, doktorla etkileşimler de dahil olmak üzere birçok faktörden etkilenir. Bu etkileşim hasta ile ilgili faktörler, sağlık organizasyonu ile ilgili faktörler ve bakım ile ilgili faktörlerden etkilenebilir (Öz, 2004).

Doktorlar ve hemşireler gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda doğrudan rol oynayan aktörlere ek olarak, performansın diğer boyutlarının sunumunda yer alan diğer çalışanlar da önemli bir role sahiptir. Yani diğer sağlık çalışanları da hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir. Diğer sağlık çalışanları kadar olmasa da doktorlar ve hemşireler hastalarla iletişim halindedir ve hizmet hedeflerine ulaşmada önemli sorumluluklara sahiptir. Bu nedenle diğer çalışanların başarılarını başarıyla tamamlamak önemlidir (Mahanoğlu, 2019). González (2012) belirttiği gibi, "sağlık ekibini" kimin oluşturduğuna ilişkin tanımımızı idari personel arasında bilinçli veya bilinçsiz olarak genişletmemiz gerekiyor, bu nedenle güçlendirme çabalarımızı da

içermeli: davranışın potansiyel etkisini anlayabiliriz. Hastalar ve ailelerle ilgilenen diğer sağlık ekibi üyeleri, örneğin hemşireler ve resepsiyon görevlileri hastaneyi doktor veya hemşire olarak temsil eder (González, 2012).

Hastanın bilgilendirilmesi gerektiği konusunda sağlık profesyonelleri tarafından hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi; hastalık durumu, hastalık süresi ve tedavi şekli gibi konularda farkındalığı artırarak tedavi sürecini daha tutarlı hale getirmeye yardımcı olacaktır. Ayrıca hastaların sağlıkları hakkında bilgilendirilmesinin hasta memnuniyetini artıran bir faktör olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir (Cengiz, 2014).

### **2.3.1.3. Hemşirelik Özellikleri**

Sosyal hizmet anlamında hemşirelik, eski çağlardan beri hastaya bakma, bireyi iyileştirme, hastaya rahatlık, koruma ve bakım verme arzusundan kaynaklanan bir hizmet mesleğidir (Erdemir, 1998). Yardım etmenin birincil amacı, iletişim kuran ve etkileşimde bulunan kişiyi anlamak, bakım ihtiyaçlarını belirlemek ve nihayetinde sorunlarıyla daha iyi başa çıkmalarına ve ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olmaktır (Tutuk ve ark., 2002). Hemşirenin bakım verdiği kişiyle bağlantı kurma yolu bilgi ve iletişim becerileri yani hasta ile iletişimidir (Üstün, 2005).

Bakıcılar, ailelerin, toplulukların ve bireylerin sağlığını ve refahını korumak ve iyileştirmek ve hastalık durumunda onları eski haline getirmek için tüm rol ve sorumluluklarında sağlıklı ve hasta kişilerle etkileşime girer. Hemşirelik, birçok hemşirelik kuramcısına göre; “Kişilerarası etkileşim süreci” olarak tanımlanır (Atar ve Aştı, 2012) ve hasta ile bakım veren arasındaki etkileşimin önemli olduğunu vurgular. Bu nedenle hemşireler tüm bakım çalışmalarında hastalarla her zaman iletişim halindedir. Hastanedeki hastaların iyileşme sürecinde en fazla maruz kalan çalışma grubu hemşirelerdir (Milutinovic ve ark., 2010). Bu nedenle hemşirelik davranışının hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkisi vardır. Taburcu edilen hastalarla ilgili bir çalışma, bakıcı davranışından genel hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Hemşireler, hastanede yattıkları süre boyunca zamanlarının çoğunu birlikte geçiren ve hasta ile diğer hizmetler arasında bağlantı kuran kişiler oldukları için hasta memnuniyetinde hayati bir rol oynamaktadır. Hastayı kendisinden çok bir birey olarak

görme, sorularına güvenle cevap verme, hastanın sorunlarını hemşireyle paylaşma, hemşirelerin hasta tarafından verilen hizmetleri anlamaları ve anlayışlarını karşılama gibi olanakların varlığı önemlidir.

#### **2.3.1.4. Tanı ve Tedavi Hizmetleri**

Sağlık kuruluşunun sahip olduğu tanı ve tedavi hizmetleri hastaların memnuniyet durumlarını etkilemektedir. Tanı ve tedavide iyi ve kaliteli hizmet sunumu, hastaların memnuniyetlerini arttırırken, tekrar tercih etme durumlarını olumlu yönde etkileyecektir. Sağlık kurumlarının ana faaliyet konusunu tanı ve tedavi hizmetleri oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların ve hasta yakınlarının tanı ve tedavi hizmetlerine yönelik algıları, memnuniyetleri üzerinde önemli bir etken olarak değerlendirilebilir.

#### **2.3.1.5. Hasta Mahremiyeti**

Sağlık hizmeti mahremiyeti, tanımlanması ve ölçülmesi zor bir konudur. Bu bağlamda hasta ile terapist arasında güven ilişkisinin kurulması önemlidir. Hastalar kişisel bilgilerini doktorlar ve sağlık profesyonelleri ile paylaşmalıdır. Bu kişisel verilerin hasta mahremiyetine aykırı olarak kullanılması, hastaların sağlık profesyonellerine olan güvenini sarsabilir ve sağlık hizmetlerini riske atabilir (Özata ve Özer, 2017). Bu nedenle sağlık profesyonelleri hasta memnuniyetini ve güvenini sağlamak için gizliliğe büyük önem vermelidir.

#### **2.3.1.6. Bekleme Süreleri**

Hastaların tanı ve tedavi kapsamında bekleme süreleri önemlidir. Bekleme süresinin fazla olması, hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyecektir. Bu nedenle sağlık kuruluşları tarafından bekleme sürelerinin asgari düzeye indirilmesi için sağlık personelinin çalışma saatleri ve randevu saatleri arasındaki uyumu sağlamak durumundadırlar.

### **2.3.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Hasta memnuniyeti, hastanın hizmet aldığı sağlık kurumlarında (hastanelerde) gerçekleşen bir eylemdir. Hastane çalışanlarının mesleki beceri ve eğitim düzeyi, çağımızda hızla değişen ve gelişen teknoloji, yükselen maliyetler, uzmanlaşma ve

artan hizmet çeşitliliği, toplumdaki demografik değişimler, artan hasta beklenti ve talepleri gibi birçok faktör hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hasta memnuniyetinin sağlanması bir sağlık kuruluşunun en önemli görevlerinden biridir. Bunun en açık kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında her zaman sağlanamayan bir uyumun gerekliliğidir. Hastaların tıbbi ihtiyaçları dışında başka ihtiyaçlarının da olması, sağlık kurumlarında tıbbi hizmet amacıyla yeniden yapılanma ihtiyacını ifade etmektedir. Günümüz sağlık kurumları, hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamanın yanı sıra duygusal, estetik ve kültürel yönden de ihtiyaçlarını karşılamak zorunda kalmıştır (Tükel ve ark., 2004).

Hasta memnuniyeti, hasta uyumunu ve sonucunu olumlu yönde etkileyebilecek bir etkiye yol açmaktadır. Hasta memnun ise sağlık nedeniyle belirli kurallara uyma konusunda daha kararlı bir tutum sergileyebilir. Bu durum sunulan sağlık hizmeti sonucunda oluşabilecek olumsuz etkiyi ortadan kaldıracaktır veya azaltabilir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin çeşitleri her geçen gün artmaktadır. Bireyin beklentileri, istenen performansa göre değişiklik gösterdiğinden doyumları da farklı değerlendirilmektedir. Bazı durumlarda sağlık bakımı birey için gereklidir ve bazı durumlarda sağlık bakımı zorunlu değildir. Bu gönüllü veya sağlığı geliştirme performansı olabilir. Örneğin kalp hastalığı, beyin ve serebrovasküler hastalık, organ yetmezliği durumlarında sağlık bakımı önemli ve zorunludur. Ancak kişinin dış görünüşü ile ilgili estetik operasyonlar zorunlu olmayıp, kişinin kendi iradesi ile yaptığı hizmetlerdir. Bu hizmetlerin bir kısmı devlet hastanelerinde alınabilirken, çoğu özel kliniklerde ve özel hastanelerde ödenmektedir. Yani kişinin ekonomik durumu düzeldikçe kullandığı sağlık hizmetleri de artacaktır. Bu durumda bireyin almak istediği hizmetin yanı sıra hasta memnuniyeti de bireyin ekonomik durumunun belirleyicisi olabilmektedir. Pazarlama açısından baktığımızda kalite, toplumun istek ve beklentilerini karşılamaktır. Sağlık hizmetleri açısından böyle bir tanım yetersizdir. Çünkü sağlık sektörünün bilimsel tarafını geri plana itiyor. Sağlık hizmeti, doktor kararları ile gerçekleştirilen, kendine has ayırt edici özelliklere sahiptir. Örneğin sağlık sektörünün özellikleri, hastanın yaptığı talebin geri dönüşsüz olması ve gecikmesi, hizmetlerin içeriğini hastadan çok doktorun belirlemesi gibi durumlara bağlı olarak tanı ve tedavi bölümünde karşımıza çıkmaktadır. Hastanın aldığı bazı hizmetlerde değerlendirmeleri gerçeği yansıtmayabilir. Sonuç olarak sağlık alanında kaliteli



hizmette hem teknik hem de tedavi kalitesinin bir arada verilmesi daha verimli olmaktadır. Hastane yöneticileri, hasta memnuniyetini sağlamak, beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verebilmek için hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemelidir. Bu sayede hasta memnuniyetini sağlamak için bir yol haritası oluşturulabilir. Hastanın geçmişteki deneyimleri, yakın çevresinden aldığı bilgiler, basından edindiği bilgiler, demografik özellikleri, sosyal durumu, sağlık durumu, hastalığına konulan tanı gibi birçok faktör hasta memnuniyetini etkiler (Çoban, 2009).

Hasta memnuniyetini etkileyen birçok faktör vardır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini sağlamak için bu faktörlerin belirlenmesi, eksikliklerin tespit edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması önemlidir.

### **2.3.2.1. Hastaya Yönelik Faktörler**

Hasta, tıbbi hizmetleri satın alma kararını verirken, bu hizmetlere katılımlarını motive eden veya sınırlayan çeşitli faktörlerden etkilenir. Sadece pazarlama türü satın alma davranışını etkilemez. Ayrıca psikolojik, kültürel, sosyal ve davranışsal etkiler de hastanın satın alma davranışını belirlemede önemli rol oynar. Sorunun hastaları veya sağlık hizmeti müşterilerini ilgilendirme derecesi, geleneksel tüketici satın alımlarını etkileyen aynı faktörlerden etkilenir, ancak aradaki fark, hastanın sağlık durumunun kalitesinde ve yaşamı tehdit edici olup olmamasında yatmaktadır (Yılmaz, 2001).

Hasta ile ilgili faktörler, hasta memnuniyeti üzerinde en büyük etkiye sahip faktör olarak sayılabilir. Çünkü hastanın bireysel özellikleri, hastanın sağlık kuruluşu ile temasa geçtiği andan itibaren tesisten beklentilerini etkiler. Bu aşamadan sonra sağlık profesyonelleri hastaların beklentilerini anlamalı ve bu beklentileri karşılamaya çalışmalıdır (Şimşek, 2015). Hastayla ilgili faktörler arasında yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvenlik, sağlık durumu, alınan tedavi ve hastanede kalış süresi yer alır. Çeşitli araştırmalara bakıldığında, bazı araştırmalar hasta memnuniyetinin yaşla birlikte arttığını, bazı çalışmalarda ise yaşın sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerinde etkisinin olmadığını göstermiştir (Kartal, 2014). Sağlık sisteminde yaş faktörünün hasta memnuniyeti üzerinde değişen etkileri vardır.

Hasta ile ilgili bir diğer faktör de eğitimidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe hasta memnuniyetinin azaldığı gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların

beklentileri de artmakta ve dolayısıyla memnuniyetleri azalmaktadır. Sosyal ve ekonomik durumu düşük, ciddi sağlık sorunları olan ve sağlık kuruluşundan uzak bir semtte yaşayan kişilerin daha memnun oldukları gösterilmiştir (Yeşilyurt, 2016).

Aile kültürü, değerleri ve yaşam tarzı gibi birçok faktör, bireylerin sağlık hizmeti aramadan önce doktor veya hastane seçmesi, ilaç kullanımı vb. kararlarında etkilidir (Atay, 2019) Ancak sağlık hizmetlerinden göreceli memnuniyet veya memnuniyetsizlik de hasta memnuniyetini etkiler. Aile üyeleri verilen hizmetten memnun kalırsa kişi bu durumdan etkilenecek ve hastanın memnuniyeti artacaktır. Bu nedenle hastane yönetimi sadece hastayı hedeflememeli, hasta üyelerinin beklentilerini de dikkate almalıdır. Bireyler bir hastalık için ilaç alıp almama, hastane veya doktor seçimi gibi kararlar alırken yaşam tarzı, kültür ve aile değerleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir.

Hastalar sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirirken tıbbi donanımlarından çok doktorlarının iletişimine, ilgisine ve yeterli zaman ayırmasına dikkat etmektedirler. Hekimlerin davranışları hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilemekle birlikte verilen sağlık hizmetinin etkinliğini de artırmaktadır. Doktorun hasta ile iletişimi iyi ise hastaların verilen tavsiyelere uydukları ve tedavilere olumlu yanıt verdikleri tespit edilmiştir. Hastaların beklentileri onların algılarını şekillendirir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirenin temel görevi sağlıklı veya hasta kişiye yardım etmektir. Bu yardım, kişinin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için gerekli olan bilgi, güç ve azmi sağlamak, kişi hasta ise sağlığına kavuşmasını sağlamaktır. Hemşire-hasta ilişkisi iletişime dayalıdır ve iletişimin amacı hastanın yaşadığı sorunlarda yardımcı olmak, hastanın hastalıkla mücadelesine yardımcı olmak ve iyileşmesine destek olmaktır. Kültürel ve sosyodemografik özelliklerin hasta-hemşire ilişkilerinde iletişim düzeyini belirlemede önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, memnuniyet kararı, hizmet sunumunu nasıl gördüğüne ve yorumladığına bağlıdır. Ayrıca algılar, hastaların alınan hizmetlere ve hizmet sunum sürecine ilişkin görüşlerini veya değerlendirmelerini ölçer (Ekinci, 2015). Hasta hizmeti aldıktan sonra ne kadar olumlu yaşarsa memnuniyet de o kadar yüksek olur. Kısacası hastane yönetimi hizmet sunumu sırasında olumsuz bir durum yaşarsa hastanın hastaneye yönelik algısı ve tutumu olumsuz olacaktır.

Hastane hizmetleri ekip çalışması ve ekip ruhu gerektirir. Herhangi bir aksaklık veya düzensizlik hastaların memnuniyetini azaltmakta, bu da sağlık kurumunun imajını olumsuz etkilemektedir. Hizmet sunumunun her aşamasında hasta ve yakınları ile yakın ilişki içinde olan sağlık profesyonelleri, hasta ve yakınlarının hastaneye bakış açısı ve verilen hizmetlerden memnuniyet oranları üzerinde etkili olmaktadır. Hasta ve yakınları hastaneye giriş yaptıkları andan itibaren kaliteli bir hizmet bekledikleri için her birime, her sağlık çalışanına ve sunulan her hizmete özen gösterirler. Hastalar hastanede karşılaştıkları arızaya neden olan birimi fark etmedikleri için, hastanede çalışan tüm personel her durumda, birimi ne olursa olsun görevlerini en iyi şekilde yerine getirmelidir. Sağlık sektörü sürekli değişen, gelişen ve büyüyen yenilikçi bir yapıya sahiptir. Hastanelerin bu sektörde kilit bir unsur olarak kalabilmeleri için sürekli gelişmeli ve yenilik trendine ayak uydurmalıdırlar. Çünkü hastaların en iyisini seçme hakkı vardır. Bu nedenle hastanelerin hasta tarafından seçilen ve hasta memnuniyetini sağlayan yenilikçi bir sistem benimsemesi gerekmektedir. Bu faktörlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi kişiden kişiye değişmektedir. Çünkü toplumdaki her insan farklı sosyalleşme aşamalarından geçmiştir ve farklı aile tarzlarına, farklı kültürlere, farklı durumlara ve farklı inançlara sahiptir. Bu nedenle hasta ile ilgili faktörler yapı olarak karmaşıktır ve kurumun memnuniyetini artırmasını zorlaştırmaktadır. Hastaların en temel haklarından biri bilgilendirmedir. Ülkemizde hasta bilgi haklarına ilişkin yasal düzenlemeler hasta hakları yönetmeliğinin 15 ila 20. maddelerinde yer almaktadır. Bu yönetmeliğe göre hastalar, uygulanacak tedavinin türü, tedavinin reddilmesi durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar ve hastalığın seyri hakkında yazılı ve sözlü bilgi alma hakkına sahiptir. Hasta kişi, sağlıkla ilgili bilgileri doğrudan veya yetkilendirdiği bir kişi aracılığıyla öğrenebilir. Hastane yönetimi sertifika isteyebilir. Bu durumda hastadan izin alınır. Hasta olan hasta, kendisini tedavi eden doktor dışında başka bir doktordan durumu hakkında bilgi alabilir (Güngör, 2011).

### **2.3.2.2. Sağlık Kuruluşuna Yönelik Faktörler**

Sağlayıcı ile ilgili faktörler not edilirken, doktor-hasta, hemşire-hasta ve diğer sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki ilişki dikkate alınır. Hastanın hastaneye gelişindeki algısı ne olursa olsun, hizmet sunucularının gözlemediği tutum ve

davranışlar hastanın genel algısını olumlu ya da olumsuz yönde değiştirmektedir. Çünkü sağlık çalışanlarının iletişim, ilgi, anlayış, sakinlik, nezaket, profesyonellik, hizmetin türü ve güler yüzü hizmetten hasta memnuniyetinde önemli rol oynamaktadır. Bugün bile hastalar maddi durumları uygun olduğu sürece özel hastanelerde, özel polikliniklerde veya üniversite kliniklerinde muayene olmayı tercih etmektedirler. Her hasta özel ilgi, iyi iletişim, güler yüz, şefkat ve anlayış ve profesyonellik ister. Bunları gören hasta önce ruhsal, sonra bedensel iyileşme gördüğü için hastaneden memnun kalma şansı büyük ölçüde artar (Aydın, 2023).

Sağlık kurumlarının bulunduğu ortam ve fiziki koşullar hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilemektedir. Çevresel ve fiziksel koşullar, binanın bulunduğu alandaki sıcaklık, temizlik, gürültü, havalandırma, otopark imkanları, kolay yerleşim, hasta bekleme alanları ve binanın dış görünümü gibi özellikleri içermektedir. Hastane hizmetleri ekip çalışması gerektirir. Kaliteli hizmet vermek hastanede çalışan tüm personelin sorumluluğundadır. Hizmette meydana gelen herhangi bir aksaklık veya müşterilerin bu arızaları fark ettikleri süre hastanenin diğer kısımlarını da etkilemekte ve hastanenin imajını da olumsuz etkilemektedir. Günümüz teknolojileri her ne kadar yüksek donanımla sağlansa da hastanelerdeki mevcut iş gücü yeterli donanıma sahip değilse hizmet kalitesi olumsuz etkilenecektir. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumunun her anında hastalarla iletişim halinde olan sağlık personeli, hastaların hastaneye yönelik algılarında ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık personelinin kişilikleri ve yapıları hastaya yaklaşımlarını etkiler. Sağlık profesyonellerinin hastaların tedavi süreçlerinde gösterdikleri şefkat, ilgi, nezaket, anlayış ve becerilerinin hastalara sunulma şekli, hastanın tedavi sürecinde daha rahat, anlayışlı ve katılımcı olmasını sağlamaktadır. Hastalar, hastalığa bağlı semptomlar nedeniyle sağlıklı insanlardan daha fazla ilgi ve güler yüz bekleme eğilimindedir. Bu nedenle hastalar sağlık kuruluşuna girdiklerinde tıbbi sekreterden temizlik görevlisine kadar her şeyle ilgilenmektedir (Şimşek, 2015). Sağlık profesyonellerinin iletişim tarzından memnun olan hastaların sağlık kuruluşunun fiziki yapısı ne olursa olsun aynı sağlık kuruluşunu tekrar tercih etme olasılıklarının daha yüksek olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu iletişim sayesinde hastalar tedaviye daha iyi uyum sağlarlar (Yeşilyurt, 2016).

İyi iletişim ve yeterli bilgilendirmeye ek olarak, sağlık profesyonelinin hastaya bakım vermesi, hastanın beklentilerine odaklanması ve hastaya zaman ayırması durumunda hasta kendini değerli hisseder. Hastaya değer verildiğinin farkına varan hasta, sağlık çalışanlarına güven duygusu aşılar. Sağlık hizmetlerinde güven duygusu çok önemlidir ve sağlık çalışanlarına güvenen ve değer verildiğini hisseden hasta her zaman tatmin olur ve tekrar hizmet almaya çalışır (Yılmaz, 2001).

Bürokratik işlemler de hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkiler. Hastalar zaman kaybından dolayı memnuniyetsizlik yaşayabilirler. Günümüzde teknolojik gelişmelerle birlikte e-reçete, e-rapor, ölüm bildirim sistemi elektronik sistemler üzerinden kolaylıkla yapılabilmekte ve bu sayede bürokratik işlemlerde zaman kaybı azaltılmaktadır. Hastalar sağlık kuruluşlarından aldıkları hizmetin yeterli olmasını istemektedir. Hastaları tatmin edici bir şekilde bilgilendirmek, güvenli bir ortamda olduklarını hissettirmek, tedavi sürecinde alınan kararlara onları da dahil etmek güven duygularını artırmaktadır. Ayrıca hasta haklarından biri de hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır. Bu gizlilik, hasta hakları yönetmeliğinde hastanın muayenesini ve sağlık durumunu gizli tutmayı, tıbbi açıdan zararlı olmadığı takdirde yanında refakatçi olmasına izin vermeyi, akraba olmayan kişileri getirmemeyi kapsar. Sağlık kuruluşlarına gelen hastalar, kaliteli sağlık hizmetlerinden en düşük fiyatlara yararlanmak istemektedir. Tedavi sonrası ödenen yüksek faturalar hasta memnuniyetini olumsuz etkiler. Müşteri memnuniyetinin sürekliliğini sağlamak için sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin müşteri beklentilerini karşılaması hatta aşması sağlanmalıdır (Şimşek, 2015).

### **2.3.2.3. Çevreye Yönelik Faktörler**

Sağlık tesislerine erişilebilirlik, tesis hizmet süreleri, park koşulları, temizlik ve yemek yeme gibi faktörler çevresel ve uygunluk faktörleridir. Sağlık tesislerinin fiziki durumu hasta memnuniyetini önemseyen konulardan biridir. Yetersiz oda koşulları, yetersiz hastane bakımı gibi durumlar hastaların memnuniyetsiz kalmasına ve sağlık kuruluşunu yeniden kurmayı tercih etmemelerine neden olabilmektedir (Yıldız, 2018).

Sağlık kurumlarında fiziksel ortam, hasta ve ailelerinin algılarını etkilemekte ve hasta memnuniyeti üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkilere sahiptir. Hasta memnuniyetini etkileyen bu faktörler her hasta ve aile bireyi için farklılık gösterse de

sağlık bakım ortamlarında temel koşulların yerine getirilmesi gerekmektedir. Sanitasyon bu koşullardan biridir. Temizliğin yanı sıra aydınlatma, bekleme odası düzeni, müzik, koku, ısıtma, renk, temizlik, otoparklar ve hastaneye ulaşım gibi faktörlerin de hasta beklentilerine uyum sağlaması ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemesi gerekmektedir. Literatür taraması sonucunda elde edilen verilerden sağlık işletmelerinin yeniden entegrasyonu ile ilgili olarak bu kuralların geçerli olduğu görülmektedir. Kısacası hastanenin dış görünüşü hasta ve hasta yakınlarına hitap etmelidir. Seçilen mobilyaların düzenlenmesi, mobilyaların diğer renklerle uyumu, renk tercihi, tuvaletlerin temizliği, ibadethanelerin olması, hastanede tabelaların yerleştirilmesi, hastanenin temiz kokusu, kantin hizmetlerinin yeterliliği ve uygun fiyatı, kullanılan çarşaf fiyatları temizlik, park yerinin düzenlenmesi ve yeterliliği. Bir hastanenin genel tablosunda temizlik ve düzen, hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Aydın, 2023).

Fiziksel ortam oluşturulurken personelin görüşünün alınması ve bu doğrultuda gerekli yönlendirmelerin hazırlanması hasta memnuniyetine olumlu etki yapmaktadır. Aynı zamanda işitme, fiziksel ve görme engelli hastaların istek ve beklentileri de ele alınmalı, bu tüketici grubuna ve eğitilmiş personelin şikayetlerini dinleyebileceği uygun ortam sahada bulunmalıdır. Çünkü ülkemizde engelli vatandaş sayısı oldukça fazladır. Sağlık kurumlarının bu konudaki hassasiyeti hem hastayı hem de hasta yakınlarını memnun edecektir. Tersine, bu durumda küçük bir azalma, engelli hasta ve yakınlarının bölgeye daha iyi hizmet veren başka bir tesise transferine yol açmaktadır. Özetle çevresel ve kurumsal faktörler bir bütündür. Hastane yönetimi ve personeli, hasta ve yakınlarının istek ve şikayetlerini dikkate alan ve herkese hitap eden fiziksel bir ortam oluşturan bir hizmet zinciri oluşturmalıdır. Bu şekilde sağlık hizmeti sunucuları hasta memnuniyeti hedeflerine ulaşırlar (Kan, 2014).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde yeşil ve sarı alanda gözlemlenen ve müşahede altında bulunan hastalar ile Ekim 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aralık 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında Samsun Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, belirtilen tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 256 acil servis hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü power güç analizi yapılarak hesaplanmış ve hesaplama için R v3.6.1 programı kullanılmıştır. Hesaplama alfa hata %5, beta hata %20 ve etki büyüklüğü Kocaman ve ark. (2007)'nin çalışmalarında kullanmış oldukları Hasta Memnuniyet Ölçeği sonuçları referans alınarak 0.31 olarak hesaplanmıştır. Hesaplama sonucunda minimum 215 hastanın yeterli olacağı belirlenmiştir. Ancak çalışmada veri kaybı olabileceği düşünülerek elde edilen sayının %20 fazlası alınması planlanmıştır. Çalışmada 259 acil hastasına ulaşılmış fakat 3 hastanın anket formunda eksiklikler olduğu için çalışma 256 acil servis hastası ile tamamlanmıştır.

##### 3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üstünde olan,
- Acil serviste triyajla yeşil ve sarı alanda gözlemlenen ve müşahede odalarında takip edilen,
- Okuma-yazma bilen,
- İletişim güçlüğü çekmeyen,

- Çalışmaya katılmayı kabul eden.

### **3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- Psikolojik rahatsızlığı olan ve buna bağlı ilaç kullanan,
- Acil serviste triyajla kırmızı alanda müdahale edilen.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında bireylerin sosyo-demografik özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların hastalık algısını değerlendirebilmek için “Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)” ve bakımdan memnuniyet düzeylerini belirlemek için de “Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ)” kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Hamurcu, 2014; Atari ve Atari, 2015; Mutlu ve ark., 2021) kişisel bilgi formu, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu, hastaneye ilk başvurusu olup olmama durumu, tedavi alanı durumu, tedavi sürecinde yeterli düzeyde bilgilendirme durumunu içeren toplamda 13 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)**

Weinmann tarafından 1996 yılında geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiş olan ölçek, Kocaman ve ark. (2007) tarafında Türk toplumuna uyarlayarak, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere toplamda üç bölümden oluşmaktadır (Kocaman ve ark., 2007).

Hastalık tipi bölümünde, hastalık durumlarında sıklıkla rastlanılan 14 hastalık belirtisine yer verilmiştir. Bu bölümde hastadan, belirtilerin hastalık süreci başladığı andan itibaren kendinde görülüp görülmediğini ve aynı zamanda bu belirtilerin mevcut hastalığıyla ilişkili olup olmadığını değerlendirmesi istenmektedir. Bireyden belirtileri evet ya da hayır şeklinde değerlendirmesi beklenmektedir (Kocaman ve ark., 2007).



Hastalık hakkındaki görüşler bölümünde toplamda 38 soru yer almakta ve sorular “Kesinlikle böyle düşünmüyorum (1)”, “Böyle düşünmüyorum (2)”, “Karasızım (3)”, “Böyle düşünüyorum (4)” ve “Kesinlikle böyle düşünüyorum (5)” şeklinde puanlanmaktadır. Bu bölümde süre (akut, kronik) (1, 2, 3, 4, 5 ve 18. Sorular), süre (döngüsel) (29, 30, 31 ve 32. Sorular), sonuçlar (rahatsızlığın şiddeti, hastalığın biyopsikososyal yönü) (6, 7, 8, 9, 10 ve 11. Sorular), kişisel kontrol (rahatsızlığın süresi, seyri ve tedavisinde iç kontrol algısı) (12, 13, 14, 15, 16 ve 17. Sorular), tedavi kontrolü (uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki görüşleri) (19, 20, 21, 22 ve 23. Sorular), hastalığı anlayabilme (kişinin hastalığını ne kadar anladığını) (24, 25, 26, 27 ve 28.sorular) ve duygusal temsiller (kişinin hastalığıyla ilgili hissettikleri) (33, 34, 35, 36, 37 ve 38. Sorular) olmak üzere toplamda yedi alt boyut bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27 ve 36. maddeler ters maddelerdir (Kocaman ve ark., 2007).

Hastalık nedenleri bölümünde ise, hastalıkların meydana gelmesindeki olası durumları değerlendiren, psikolojik atıflar (1, 8, 9, 10, 12 ve 17. Sorular), tehditsel etkenler (2, 4, 6, 7, 11, 13, 14 ve 15. Sorular), bağışıklık (3 ve 8. Sorular) ve kaza veya şans (5 ve 16. Sorular) olmak üzere toplamda dört alt boyut ve 18 soru yer almaktadır. Sorular beşli likert tipte değerlendirilmektedir. Bu bölümde bireyin hastalığının olası sebepleri hakkındaki görüşleri incelenmektedir (Kocaman ve ark., 2007).

Kocaman ve ark. (2007) tarafından gerçekleştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastalık tipi alt boyutunda Cronbach alfa katsayısının 0.89, hastalık hakkında görüşleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısının 0.69-0.77 ve hastalık nedenleri alt boyutunda Cronbach alfa katsayısının 0.25-0.72 aralığında olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise hastalık tipi alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0.78, hastalık hakkında görüşleri alt boyutunda 0.43-0.77 ve hastalık nedenleri alt boyutunda 0.55-0.88 aralığında olduğu belirlenmiştir.

### **3.4.3. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ)**

Mohammed Atari ve Maryam Atari tarafından 2015 yılında acil servise başvuran hastaların memnuniyetini değerlendirmek için geliştirilen ölçek 2019 yılında Konateke tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Dörtlü likert tipte olan ölçek, Hemşire Memnuniyeti, Hasta Kabul

Personeli Memnuniyeti, Acil Servis Ortamı, Hekim Tedavi Memnuniyeti ve Genel Hasta Memnuniyeti olmak üzere toplamda 18 sorudan ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadelere “1” tamamen katılmıyorum, “2” kısmen katılmıyorum, “3” kısmen katılıyorum, “4” tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmakta ve her bir alt boyut 1-4 puan arası puanlanmakta olup, “3” ve üzeri puan memnuniyet olarak kabul edilmektedir. Konateke (2019) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlilik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısının her bir alt boyut için 0.91 ile 0.98 arasında değiştiği ve ölçek toplamında Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0.94 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ise hemşire memnuniyeti alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0.92, hasta kabul personeli memnuniyeti alt boyutunda 0.88, acil servis ortamı alt boyutunda 0.89, hekim tedavi memnuniyeti alt boyutunda 0.94, genel hasta memnuniyeti alt boyutunda 0.92 ve ölçek toplamında 0.96 olarak saptanmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Çalışma için gerekli izinler alındıktan sonra acil serviste gözlemlenen ve müşahede odalarında takip edilen hastalara konuyla ilgili bilgi verilerek, çalışmaya dahil olmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra bireylere veri toplama formları verilerek, bireylerden formları kendilerinin doldurması istenmiştir. Zaman zaman katılımcıların isteği halinde formlar araştırmacı yardımıyla da doldurulmuştur. Her bir birey için veri toplama süresi ortalama 20-30 dakika arasında sürmüştür.

### **3.6. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için öncelikle çalışmada kullanılacak veri toplama formları için ilgili yazarlardan ölçek kullanım izni (EK-4-5), Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (EK-7) (Tarih: 28.11.2022 Karar No: E-26521195-604.02.02) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 14.10.2022; Karar No: 2022/222) etik kurul onayı (EK-8), araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam (EK-6) alınmıştır. Araştırmanın her aşamasında Helsinki Bildirgesi kurallarına uygun hareket edilmiştir.

### 3.7. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

**Tablo 3.1.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	• Bağımsız gruplarda t-testi	• Mann Whitney Uanalizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	• Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C testi)	• Kruskall Wallis Analizi • (İleri analiz olarak Mann Whitney U)
İç Geçerlilik	• Cronbach $\alpha$ kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	• Kolmogorov-Smirnov testi ve Kurtosis ve Skewness kat sayıları	

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testinde elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının normal dağılıma uygunluk gösterdiği belirlenmiştir.

**Tablo 3.2.** Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	Skewness Katsayısı		Kurtosis Katsayısı	
	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Hastalık Tipi-1	0.567	0.157	-0.045	0.313
Hastalık Tipi -2	0.663	0.156	0.053	0.312
Hastalık Hakkındaki Görüşler	0.173	0.164	0.740	0.326
Hastalığın Olası Nedenleri	0.009	0.158	-0.801	0.316
Hemşire Memnuniyeti	-0.458	0.157	-1.090	0.313
Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti	-0.389	0.156	-1.213	0.311
Acil Servis Ortamı	0.229	0.157	-1.226	0.312
Hekim Tedavi Memnuniyeti	-0.473	0.156	-1.100	0.312
Genel Hasta Memnuniyeti	-0.134	0.156	-1,209	0.312
Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği	-0.294	0.158	-0.887	0.315

\*: Tüm veriler normal dağılmaktadır

#### 4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %55.1’inin kadın, %64.5’inin evli, %41’inin üniversite ve üzeri mezunu, %29.4’ünün işçi, %46.9’unun geliri giderine denk, %94.5’inin sosyal güvencesinin olduğu, %66’sının sigara kullanmadığı, %84.8’inin alkol kullanmadığı ve %70’inin kronik bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %64.6’sının hastaneye ilk başvurusunun olmadığı, %58.7’sinin yeşil alanda hizmet aldığı ve %80.9’unun tedavi sürecinde yeterli ölçüde bilgilendirildiği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların yaş ortalamasının 38.94±14.45 yıl olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.1.** Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

		n	%		
Cinsiyet	Erkek	115	44.9		
	Kadın	141	55.1		
Medeni Durum	Bekâr	100	39.1		
	Evli	156	60.9		
Eğitim Durumu	Okur-yazar	38	14.9		
	İlköğretim	40	15.6		
	Lise	73	28.5		
	Üniversite ve üzeri	105	41.0		
Meslek	Ev hanımı	42	16.4		
	Memur	65	25.4		
	İşçi	80	31.3		
	Çiftçi	12	4.7		
	Emekli	20	7.8		
	Serbest meslek	13	5.1		
	Diğer*	24	9.4		
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	65	25.4		
	Gelirim giderime denk	146	57.0		
	Gelirim giderimden fazla	45	17.6		
Sosyal Güvence	Evet	242	94.5		
	Hayır	14	5.5		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	87	34.0		
	Hayır	169	66.0		
Alkol Kullanma Durumu	Evet	39	15.2		
	Hayır	217	84.8		
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	74	28.9		
	Hayır	182	71.1		
Hastaneye İlk Başvuru Durumu	Evet	93	36.3		
	Hayır	163	63.7		
Tedavi Uygulanma Alanı	Sarı alan	92	35.9		
	Yeşil alan	152	59.4		
	İzolasyon ve travma	12	4.7		
Tedavi Sürecinde Yeterli Bilgilendirme	Evet	207	80.9		
	Hayır	49	19.1		
Sayısal Değişkenler	N	Min,	Max,	Ort,	SS,
Yaş	256	18	85	39.2	14.30

\*: Hekim, diş hekimi, esnaf, şoför, kuaför

Çalışmaya dahil edilen hastaların Hastalık Algısı Ölçeği’nin hastalık tipi alt boyutu Tablo 4.2’de sunulmuştur. Bireylerin hastalıklarının başlangıcından beri en çok

yaşadıkları belirtiler; ağrı (%77.7), yorgunluk (%53.5), baş ağrısı (%52.3) olmuştur. Bireylerin %74.6'ı ağrı, %50.8'i yorgunluk ve %50.4'ü baş ağrısı belirtilerinin hastalıklarıyla ilgili olduğunu ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.2.** Acil Servis Hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği'nin Hastalık Tipi Alt Boyut Puan Dağılımları

	Hastalığının Başlangıcından Beri Bu Belirtiyi Yaşadım				Bu Belirti Hastalığımla İlgili				
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ağrı	199	77.7	57	22.3	191	74.6	65	25.4	
Boğazda Yanma	91	35.5	165	64.5	91	35.5	165	64.5	
Bulantı	99	38.7	157	61.3	94	36.7	162	63.3	
Soluk Almada Güçlük	63	24.6	193	75.4	60	23.4	196	76.6	
Kilo Kaybı	50	19.5	206	80.5	49	19.1	207	80.9	
Yorgunluk	137	53.5	119	46.5	130	50.8	126	49.2	
Eklem Sertliği	60	23.4	196	76.6	59	23.0	197	77.0	
Gözlerde Yanma	74	28.9	182	71.1	79	30.9	177	69.1	
Hırıltılı Soluma	67	26.2	189	73.8	78	30.5	178	69.5	
Baş ağrısı	134	52.3	122	47.7	129	50.4	127	49.6	
Mide Yakınmaları	67	26.2	189	73.8	60	23.4	196	76.6	
Uyku Güçlükleri	84	32.8	172	67.2	77	30.1	179	69.9	
Sersemlik Hissi	104	40.6	152	59.4	98	38.3	158	61.7	
Güç Kaybı	114	44.5	142	55.5	109	42.6	174	57.4	
	Ort.±SS.				Ort.±SS.				Cronbach Alfa
<b>Hastalık Tipi (Kimlik)</b>	5.32±3.35				5.09±3.48				0.787

Çalışmaya dahil edilen acil servis hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği'nin Hastalık Hakkındaki Görüşleri alt boyutu Tablo 4.3'de sunulmuştur. Acil servise başvuran hastaların hastalık hakkındaki görüşleri incelendiğinde, süre boyutunda 16.77±4.69 puan, sonuçlar boyutunda 16.57±4.80 puan, kişisel kontrol boyutunda 18.83±4.47 puan, tedavi kontrolü boyutunda 16.43±3.90 puan, hastalığı anlayabilme boyutunda 15.62±4.55 puan, süre (döngüsel) boyutunda 12.53±3.81 puan ve duygusal temsiller boyutunda 18.14±5.33 puan aldıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Acil Servis Hastalarının Algısı Ölçeği'nin Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyut Puan Ortalamaları

Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutları	n	Min.	Max.	Ort.	SS.	Cronbach Alfa
Süre (Akut/Kronik)	256	6	30	16.77	4.69	0.439
Sonuçlar	256	7	30	16.57	4.80	0.554
Kişisel kontrol	256	9	30	18.83	4.47	0.617
Tedavi kontrolü	256	8	25	16.43	3.90	0.595
Hastalığı anlayabilme	256	6	25	15.62	4.55	0.770
Süre (Döngüsel)	256	4	20	12.53	3.81	0.741
Duygusal temsiller	256	6	30	18.14	5.33	0.726
Ölçek TOPLAMI	256	84	166	114.92	15.50	0.729

Çalışmaya katılmayı kabul eden acil servis hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri alt boyutu Tablo 4.4’de sunulmuştur. Acil servise başvuran hastaların hastalık nedenleri hakkındaki düşünceleri incelendiğinde, psikoatıf boyutunda 17.09±6.00 puan, tehditsel etkenler boyutunda 22.07±7.46 puan, bağışıklık boyutunda 6.14±2.27 puan ve kaza ya da şans boyutunda ise 5.03±2.46 puan aldıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Acil Servis Hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puan Ortalamaları

Hastalık Nedenleri	N	Min.	Max.	Ort.	SS.	Cronbach Alfa
Psikoatıf	256	6	30	17.09	6.00	0.756
Tehditsel Etkenler	256	8	40	22.07	7.46	0.785
Bağışıklık	256	2	10	6.14	2.27	0.552
Kaza veya Şans	256	2	10	5.03	2.46	0.556
Ölçek TOPLAMI	256	18	90	50.55	15.68	0.887

Hastaların Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeğinden ve alt boyutlarından almış oldukları puanların dağılımı Tablo 4.5’te sunulmuştur. Hastaların Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Hemşire Memnuniyeti alt boyutundan 11.8± 4.06 puan, Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti alt boyutundan 5.58±2.15 puan, Acil Servis Ortamı alt boyutundan 7.03±3.02 puan, Hekim Tedavi Memnuniyeti alt boyutundan 11.31±4.14 puan, Genel Hasta Memnuniyeti alt boyutundan 12.94±4.14 puan ve ölçek toplamından 48.16±15.69 puan aldıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.5.** Acil Servis Hastalarının Acil Servis Hasta Memnuniyeti Ölçeği ve Alt Boyut Puan Dağılımları

	n	Min.	Max.	Ort.	SS.	Cronbach Alfa
Hemşire Memnuniyeti	256	4	16	11.28	4.06	0.928
Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti	256	2	8	5.58	2.15	0.887
Acil Servis Ortamı	256	3	12	7.03	3.02	0.892
Hekim Tedavi Memnuniyeti	256	4	16	11.31	4.14	0.942
Genel Hasta Memnuniyeti	256	5	20	12.94	4.95	0.920
Ölçek Toplamı	256	18	72	48.16	15.69	0.961

Acil servise başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasında ilişki Tablo 4.6'da sunulmuştur. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşleri alt boyutundan Hastalığı Anlayabilme boyutu ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Hemşire Memnuniyeti ( $r=0.207$ ,  $p=0.001$ ), Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti ( $r=0.190$ ,  $p=0.002$ ), Acil Servis Odası ( $r=0.132$ ,  $p=0.034$ ), Hekim Tedavi Memnuniyeti ( $r=0.160$ ,  $p=0.010$ ) ve Genel Hasta Memnuniyeti ( $r=0.170$ ,  $p=0.006$ ) alt boyutlarında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri alt boyutundan psikoatıf boyutu ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Kabul Personeli Memnuniyeti ( $r=0.135$ ,  $p=0.031$ ), Acil Servis Odası ( $r=0.185$ ,  $p=0.003$ ) ve Genel Hasta Memnuniyeti ( $r=0.159$ ,  $p=0.011$ ) alt boyutlarında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.6.** Acil Servis Hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları ile Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları		Hemşire Memnuniyeti	Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti	Acil Servis Odası	Hekim Tedavi Memnuniyeti	Genel Hasta Memnuniyeti
Süre (Akut/Kronik)	r	-0.029	-0.024	0.060	-0.062	0.011
	p	0.647	0.708	0.338	0.320	0.865
Sonuçlar	r	0.054	-0.054	0.085	-0.053	0.039
	p	0.389	0.389	0.176	0.403	0.533
Kişisel kontrol	r	0.006	0.021	0.002	0.009	-0.026
	p	0.929	0.733	0.979	0.885	0.676
Tedavi kontrolü	r	0.006	0.021	0.002	0.009	-0.026
	p	0.929	0.733	0.979	0.885	0.676
Hastalığı anlayabilme	r	0.207	0.190	0.132	0.160	0.170
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.002**</b>	<b>0.034*</b>	<b>0.010*</b>	<b>0.006**</b>
Süre (Döngüsel)	r	0.077	0.106	0.094	0.107	0.094
	p	0.219	0.089	0.133	0.086	0.134
Duygusal temsiller	r	0.068	0.088	0.093	0.040	0.071
	p	0.279	0.159	0.139	0.522	0.255
Psikoatf	r	0.106	0.135	0.185	0.075	0.159
	p	0.090	<b>0.031*</b>	<b>0.003**</b>	0.235	<b>0.011*</b>
Tehditsel Etkenler	r	-0.021	-0.017	0.000	-0.043	0.013
	p	0.740	0.781	0.994	0.489	0.835
Bağışıklık	r	-0.018	-0.031	0.019	-0.024	0.028
	p	0.773	0.623	0.756	0.698	0.661
Kaza veya Şans	r	0.121	0.101	-0.043	0.020	0.034
	p	0.053	0.108	0.493	0.748	0.583



Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki farklılık Tablo 4.7’te sunulmuştur. Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algıları hastalık hakkındaki görüşleri arasındaki farklılık incelendiğinde bireylerin gelir durumu ve hastaneye ilk başvurusu olma durumları ile hastalık hakkındaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.004$ ;  $p=0.004$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan analizlerde geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olanların hastalık algısı hastalık hakkındaki görüşler alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olanların hastalık hakkındaki görüşler puan ortalaması  $111.60\pm 14.40$ , geliri giderinden fazla olanların ise  $118.88\pm 15.50$ ’dir. Hastaneye ilk başvurusu olanların hastalık hakkındaki görüşler alt boyut puan ortalaması  $112.82\pm 13.78$ , ilk başvurusu olmayanların ise  $116.11\pm 16.32$ ’dir.

**Tablo 4.7.** Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Hastalık Hakkındaki Görüşleri		
		n	Ort. $\pm$ SS.	Test/p
Cinsiyet	Erkek	115	115.04 $\pm$ 15.20	t=0.113
	Kadın	141	114.82 $\pm$ 15.79	p=0.979
Medeni Durum	Bekar	100	116.41 $\pm$ 16.45	t=1.232
	Evli	156	113.96 $\pm$ 14.83	p=0.237
Eğitim Durumu	Okur-yazar	38	121.97 $\pm$ 16.00	
	İlköğretim	40	110.20 $\pm$ 13.23	F= 4.062
	Lise	73	114.75 $\pm$ 15.87	p=0.008
	Üniversite ve üzeri	105	114.28 $\pm$ 15.19	
Meslek	Ev hanımı	42	117.26 $\pm$ 16.84	
	Memur	65	116.29 $\pm$ 15.25	
	İşçi	80	111.77 $\pm$ 12.76	
	Çiftçi	12	115.50 $\pm$ 15.38	F=2.026
	Emekli	20	122.80 $\pm$ 17.87	p=0.063
	Serbest meslek	13	115.30 $\pm$ 19.93	
Gelir Durumu	Diğer	24	110.54 $\pm$ 15.56	
	Gelir giderden az	65	11.60 $\pm$ 14.40 <sup>a</sup>	F=3.034
	Gelir gidere denk	146	115.17 $\pm$ 15.41 <sup>ab</sup>	<b>p=0.04</b>
	Gelir giderden fazla	45	118.88 $\pm$ 15.50 <sup>b</sup>	
Sosyal Güvence	Evet	242	115.18 $\pm$ 15.64	t=0.113
	Hayır	14	110.35 $\pm$ 12.21	p=0.979
Sigara Kullanma Durumu	Evet	87	114.21 $\pm$ 14.11	t=2.835
	Hayır	169	115.28 $\pm$ 16.19	p=0.979
Alkol Kullanma Durumu	Evet	39	112.82 $\pm$ 13.63	t=2.027
	Hayır	217	115.29 $\pm$ 15.81	p=0.109

**Tablo 4.7. ‘Devam’ Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

		n	Hastalık Hakkındaki Görüşleri	
			Ort.±SS.	Test/p
<b>Kronik Hastalık</b>	Evet	74	119.62±16.76	t=0.113
	Hayır	182	113.01±14.57	p=0.979
<b>Hastaneye İlk Başvuru</b>	Evet	93	112.82±13.78	t=7.770
	Hayır	163	116.11±16.32	<b>p=0.004</b>
<b>Tedavi Uygulanma Alanı</b>	Sarı alan	92	115.41±15.49	F=0.498 p=0.684
	Yeşil alan	152	114.25±15.77	
	İzolasyon	2	119.50±13.43	
	Travma	10	119.70±12.08	
<b>Tedavi Sürecinizle İlgili Yeterli Bilgilendirme</b>	Evet	207	114.89±16.03	t=2.783
	Hayır	49	115.02±13.15	p=0.097

Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılık Tablo 4.8’te sunulmuştur. Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algıları hastalık nedenleri arasındaki farklılık incelendiğinde bireylerin eğitim, sigara, alkol kullanma durumu ve tedavi uygulanma alanı ile hastalık nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p=0.002, p=0.037, p=0.041, p=0.015). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan analizlerde okur yazar olanlar ile lise ve üniversite ve üzeri mezun olanların hastalık algısı hastalık nedenleri alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Okur yazar olanların hastalık hakkındaki görüşler alt boyut puan ortalaması 58.28±13.86, lise mezunu olanların 50.41±14.57, üniversite ve üzeri mezuniyeti olanların ise 47.24±16.30’dur. Sigara kullananların hastalık nedenleri alt boyut puan ortalaması 52.89±13.89, kullanmayanların ise 49.35±16.44’tür. Alkol kullananların hastalık nedenleri alt boyut puan ortalaması 54.87±13.05, kullanmayanların ise 49.78±16.01’dir. Ayrıca tedavi uygulanma alanı sarı, yeşil ve travma alanı olanlar ile izolasyonda olanların hastalık nedenleri alt boyut puan ortalamaları arasında da farklılık bulunmuştur. Tedavi uygulanma alanı sarı olanların hastalık nedeni alt boyut puan ortalamaları 53.45±15.02, yeşil olanların 48.37±15.74, izolasyon olanların 73.00±1.41, travma odası olanların 52.60±15.62’dir.

**Tablo 4.8.** Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Hastalık Nedenleri	
			Ort.±SS.	Test/p
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	115	49.65±15.14	t=1.107
	Kadın	141	51.29±16.13	p=0.294
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	100	50.72±15.16	t=1.077
	Evli	156	50.45±16.05	p=0.300
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-yazar	38	58.28±13.86 <sup>a</sup>	F= 5.005 <b>p=0.002</b>
	İlköğretim	40	52.17±15.31 <sup>ab</sup>	
	Lise	73	50.41±14.57 <sup>ab</sup>	
	Üniversite ve üzeri	105	47.24±16.30 <sup>b</sup>	
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	42	50.90±17.21	F=0.497 p=0.810
	Memur	65	49.52±17.12	
	İşçi	80	51.12±14.58	
	Çiftçi	12	53.91±12.00	
	Emekli	20	53.80±13.44	
	Serbest meslek	13	49.30±17.78	
	Diğer	24	47.16±15.40	
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir giderden az	65	53.50±15.26	F=1.55 p=0.213
	Gelir gidere denk	146	49.47±14.90	
	Gelir giderden fazla	45	49.82±18.38	
<b>Sosyal Güvence</b>	Evet	242	50.65±15.76	t=0.148
	Hayır	14	48.85±14.64	p=0.701
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Evet	87	52.89±13.89	t=4.418
	Hayır	169	49.35±16.44	<b>p=0.037</b>
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Evet	39	54.87±13.05	t=3.541
	Hayır	217	49.78±16.01	<b>p=0.041</b>
<b>Kronik Hastalık</b>	Evet	74	54.98±14.60	t=0.244
	Hayır	182	48.75±15.79	p=0.622
<b>Hastaneye İlk Başvuru</b>	Evet	93	47.54±16.01	t=0.117
	Hayır	163	52.27±15.27	p=0.733
<b>Tedavi Uygulanma Alanı</b>	Sarı alan <sup>a</sup>	92	53.45±15.02	F= 3.553 <b>p=0.015</b>
	Yeşil alan <sup>a</sup>	152	48.37±15.74	
	İzolasyon <sup>b</sup>	2	73.00±1.41	
	Travma <sup>a</sup>	10	52.60±15.62	
<b>Tedavi Sürecinizle İlgili Yeterli Bilgilendirme</b>	Evet	207	49.09±15.54	t=0.014
	Hayır	49	56.75±14.90	p=0.904

Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılık Tablo 4.9’te sunulmuştur. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hemşireden memnuniyetleri incelendiğinde meslek grupları, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve tedavi süreciyle ilgili yeterli bilgilendirilme durumlarına göre hemşire memnuniyeti alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan analizlerde işçi olarak çalışanlar ile diğer (hekim, diş hekimi, esnaf, şoför, kuaför) işlerde çalışanların hemşire memnuniyeti puan ortalamaları arasında farklılık olduğu belirlenmiştir

( $p=0.008$ ). İŒçi olarak alıŒanların hemŒire memnuniyeti puan ortalaması  $10.57\pm3.94$ , diğer iŒlerde alıŒanların ise hemŒire memnuniyeti puan ortalaması  $13.04\pm2.82$ 'dir. Geliri giderine denk olanlar ile geliri giderinden fazla olanların hemŒire memnuniyeti puan ortalamaları arasında farklılık saptanmıŒtır ( $p=0.010$ ). Geliri giderine denk olanların hemŒire memnuniyeti puan ortalaması  $10.84\pm4.13$  iken, geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması  $12.93\pm3.55$ 'tir. Kronik hastalığı olanlar ile olmayanların hemŒire memnuniyeti puan ortalamaları arasında farklılık olduğu belirlenmiŒtir ( $p=0.012$ ). Kronik hastalığı olanların hemŒire memnuniyeti puan ortalaması  $10.32\pm4.42$ , kronik hastalığı olmayanların ise  $11.67\pm3.85$ 'tir. Tedavi sürecinde yeterli bilgilendirildiğini dűŒünenler ile dűŒünmeyenlerin hemŒire memnuniyeti puan ortalamaları arasında farklılık olduğu belirlenmiŒtir ( $p=0.027$ ). Tedavi sürecinde yeterli bilgilendirildiğini dűŒünenlerin hemŒire memnuniyeti puan ortalaması  $11.48\pm4.21$ , yeterli bilgilendirildiğini dűŒünmeyenlerin puan ortalaması ise  $10.40\pm3.25$ 'tir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta kabul personeli memnuniyetleri incelendiğinde sadece kronik hastalık durumu durumlarına göre hasta kabul personeli memnuniyeti alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıŒtır ( $p= 0.008$ ). Kronik hastalığı olanların hasta kabul personeli memnuniyet alt boyut puan ortalamaları  $5.24\pm2.35$ , kronik hastalığı olmayanlar ise  $5.72\pm2.05$ 'tir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre acil servis ortamı memnuniyetleri incelendiğinde kronik hastalık durumu ve tedavi süreciyle ilgili yeterli bilgilendirilme durumlarına göre hemŒire memnuniyeti alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiŒtir (sırasıyla  $p= 0.032$ ,  $p= 0.036$ ). Kronik hastalığı olanların acil servis ortamı alt boyut puan ortalaması  $7.14\pm3.32$ , olmayanların ise  $6.99\pm2.90$ 'dir. Tedavi sürecinde yeterli bilgilendirildiğini dűŒünenlerin acil servis ortamı alt boyut puan ortalaması  $7.10\pm3.11$ , yeterli bilgilendirildiğini dűŒünmeyenlerin puan ortalaması ise  $6.77\pm2.63$ 'tir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hekim tedavi memnuniyetleri incelendiğinde gelir durumu ve kronik hastalık durumlarına göre hemŒire memnuniyeti alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiŒtir (sırasıyla  $p=0.030$ ,  $p= 0.001$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek

amacıyla yapılan analizlerde geliri giderine denk olanlar ile geliri giderinden fazla olanların hekim tedavi memnuniyet puan ortalamaları arasında farklılık olduğu saptanmıştır. Geliri giderine denk olanların hekim tedavi memnuniyeti alt boyut puan ortalaması  $11.07 \pm 4.09$ , geliri giderinden fazla olanların ise  $12.77 \pm 3.68$ 'dir. Kronik hastalığı olanların hekim tedavi memnuniyeti alt boyut puan ortalaması  $10.45 \pm 4.75$ , kronik hastalığı olmayanların ise  $11.65 \pm 3.82$ 'dir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre genel hasta memnuniyetleri incelendiğinde sadece sigara kullanma durumlarına göre genel hasta memnuniyeti alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p=0.023$ ). Sigara kullananların genel hasta memnuniyeti alt boyut puan ortalaması  $12.81 \pm 4.40$ , sigara kullanmayanların ise  $13.01 \pm 5.22$ 'dir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplam puanları incelendiğinde meslek grupları, gelir durumu ve kronik hastalık durumlarına göre toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.044$ ,  $p=0.021$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan analizlerde çiftçi olarak çalışanlar ile diğer işlerde çalışanların ve geliri giderine denk olanlar ile geliri giderinden fazla olanların acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplam puan ortalamaları arasında farklılık olduğu saptanmıştır. Çiftçi olarak çalışanları acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması  $37.08 \pm 19.78$ , diğer işlerde çalışanların ise  $54.04 \pm 10.78$ 'dir. Geliri giderine denk olanların acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması  $47.12 \pm 15.64$ , geliri giderinden fazla olanların ise  $53.62 \pm 14.49$ 'dur. Kronik hastalığı olanların acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplam puan ortalaması  $45.94 \pm 17.53$ , kronik hastalığı olmayanların ise  $49.07 \pm 14.84$ 'tür.

**Tablo 4.9.** Acil Servis Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Hemşire Memnuniyeti Ort.±SS	Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti Ort.±SS	Acil Servis Ortamı Ort.±SS	Hekim Tedavi Memnuniyeti Ort.±SS	Genel Hasta Memnuniyeti Ort.±SS	AS Hasta Memnuniyet Ölçeği Ort.±SS
Cinsiyet	Erkek	115	11.15±4.07	5.43±2.14	7.02±3.02	11.08±4.09	12.81±4.84	47.52±15.60
	Kadın	141	11.38±4.06	5.70±2.15	7.04±3.03	11.49±4.19	13.05±5.05	48.69±15.80
	<b>Test ve p</b>		t= 0.008 p= 0.929	t= 0.006 p= 0.938	t= 0.237 p= 0.627	t= 0.168 p= 0.862	t= 0.407 p= 0.524	t= 0.038 p= 0.845
Medeni Durum	Bekar	100	11.62±3.85	11.62±3.85	5.91±2.02	7.23±3.07	11.63±3.99	49.65±15.24
	Evli	156	11.06±4.19	11.06±4.19	5.37±2.21	6.91±2.99	11.10±4.24	47.21±15.96
	<b>Test ve p</b>		t= 1.597 p= 0.207	t= 1.597 p= 0.207	t= 3.497 p= 0.063	t= 0.129 p= 0.720	t= 1.236 p= 0.267	t= 0.492 p= 0.484
Eğitim Durumu	Okur-yazar	38	10.34±4.61	5.15±2.43	6.73±3.30	10.52±4.64	12.65±5.86	45.42±18.60
	İlköğretim	40	11.27±4.57	5.57 ±2.20	7.35±3.37	11.17±4.71	13.17±5.50	48.55±17.99
	Lise	73	11.01±3.64	5.71±2.02	7.09±2.85	11.36±3.51	12.89±4.47	48.08±13.78
	Üniversite ve Üzeri	105	11.80±3.90	5.65±2.12	6.99±2.92	11.60±4.15	13.00±4.76	49.07±14.98
	<b>Test ve p</b>		F= 1.378 p=0.250	F= 0.621 p=0.602	F= 0.283 p=0.838	F= 0.652 p=0.583	F= 0.079 p=0.971	F= 0.511 p=0.675
Meslek	Ev hanımı	42	10.97±4.41 <sup>ab</sup>	5.52±2.29	7.16±3.34	10.88±4.36	12.97±5.55	47.52±18.30 <sup>ab</sup>
	Memur	65	12.18±3.73 <sup>ab</sup>	5.67±2.08	7.24±3.08	12.07±3.87	13.40±4.56	50.58±14.25 <sup>ab</sup>
	İşçi	80	10.57±3.94 <sup>a</sup>	5.43±2.23	6.97±2.64	10.77±4.08	12.26±4.40	46.02±14.67 <sup>ab</sup>
	Çiftçi	12	8.25±4.49 <sup>ab</sup>	4.25±2.45	5.66±3.31	8.83±4.95	10.08±6.03	37.08±19.78 <sup>a</sup>
	Emekli	20	11.25±4.57 <sup>ab</sup>	5.75±2.22	7.00±3.67	11.00±4.94	13.10±6.07	48.10±19.07 <sup>ab</sup>
	Serbest meslek	13	11.69±4.02 <sup>ab</sup>	5.76±1.58	7.38±2.87	11.53±3.82	14.46±4.46	50.84±13.01 <sup>ab</sup>
	Diğer	24	13.04±2.82 <sup>b</sup>	6.37±1.63	7.00±2.97	13.16±2.83	14.45±4.88	54.04±10.78 <sup>b</sup>
<b>Test ve p</b>		F= 2.994 p=0.008	F= 1.448 p=0.197	F= 0.505 p=0.804	F= 1.614 p=0.144	F= 1.614 p=0.144	F= 2.197 p=0.044	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	65	11.10±4.00 <sup>ab</sup>	5.53±2.16	6.78±2.96	10.83±4.38 <sup>ab</sup>	12.47±5.12	46.73±16.05 <sup>ab</sup>
	Gelir gidere denk	146	10.84±4.13 <sup>a</sup>	5.45±2.17	7.00±3.04	11.07±4.09 <sup>a</sup>	12.73±4.85	47.12±15.64 <sup>a</sup>
	Gelir giderden fazla	45	12.93±3.55 <sup>b</sup>	6.06±2.03	7.51±3.04	12.77±3.68 <sup>b</sup>	14.33±4.88	53.62±14.49 <sup>b</sup>
<b>Test ve p</b>		F= 4.732 p=0.010	F= 1.398 p=0.249	F= 0.785 p=0.457	F= 3.558 p=0.030	F= 2.211 p=0.112	F= 3.370 p=0.036	
Sosyal Güvence	Evet	242	11.36±4.08	5.64±2.13	7.07±3.03	11.33±4.15	12.98±4.97	48.40±15.71
	Hayır	14	9.85±3.59	4.57±2.27	6.42±2.95	11.00±4.11	12.28±4.69	44.14±15.49
	<b>Test ve p</b>		t= 0.913 p= 0.340	t= 0.105 p= 0.746	t= 0.143 p= 0.706	t= 0.151 p= 0.698	t= 0.833 p= 0.362	t= 0.178 p= 0.674

**Tablo 4.9. ‘Devam’ Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

		<b>n</b>	<b>Hemşire Memnuniyeti</b> Ort,±SS	<b>Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti</b> Ort,±SS	<b>Acil Servis Ortamı</b> Ort,±SS	<b>Hekim Tedavi Memnuniyeti</b> Ort,±SS	<b>Genel Hasta Memnuniyeti</b> Ort,±SS	<b>AS Hasta Memnuniyet Ölçeği</b> Ort,±SS
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Evet	87	11.39±3.77	5.86±2.04	6.97±2.88	11.49±3.86	12.81±4.40	48.54±14.11
	Hayır	169	11.22±4.21	5.44±2.19	7.07±3.09	11.21±4.28	13.01±5.22	47.97±16.49
	<b>Test ve p</b>		t= 1.820 p= 0.179	t= 1.712 p= 0.192	t= 2.422 p= 0.121	t= 1.889 p= 0.171	t= 5.252 <b>p= 0.023</b>	t= 2.803 p= 0.095
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Evet	39	11.30±3.67	5.61±1.92	7.05±2.98	11.35±3.87	12.76±4.61	48.10±14.83
	Hayır	217	11.27±4.13	5.58±2.19	7.03±3.03	11.30±4.20	12.98±5.02	48.17±15.88
	<b>Test ve p</b>		t= 0.594 p= 0.442	t= 1.462 p= 0.228	t= 0.113 p= 0.737	t= 0.227 p= 0.634	t= 0.592 p= 0.442	t= 0.142 p= 0.706
<b>Kronik Hastalık</b>	Evet	74	10.32±4.42	5.24±2.35	7.14±3.32	10.45±4.75	12.77±5.31	45.94±17.53
	Hayır	182	11.67±3.85	5.72±2.05	6.99±2.90	11.65±3.82	13.02±4.81	49.07±14.84
	<b>Test ve p</b>		t= 6.414 <b>p= 0.012</b>	t= 7.094 <b>p= 0.008</b>	t= 4.637 <b>p= 0.032</b>	t= 12.159 <b>p= 0.001</b>	t= 2.005 p= 0.158	t= 5.406 <b>p= 0.021</b>
<b>Hastaneye İlk Başvuru</b>	Evet	93	11.44±4.15	5.64±2.09	7.36±3.06	11.50±4.22	13.50±4.76	49.46±15.78
	Hayır	163	11.19±4.02	5.55±2.18	6.85±2.99	11.20±4.10	12.63±5.04	47.42±15.65
	<b>Test ve p</b>		t= 0.243 p= 0.623	t= 1.104 p= 0.294	t= 0.019 p= 0.891	t= 0.376 p= 0.540	t= 1.752 p= 0.187	t= 0.005 p= 0.944
<b>Tedavi Uygulanma Alanı</b>	Sarı alan	92	11.22±4.00	5.52±2.20	6.82±2.96	11.00±4.11	12.80±4.64	47.38±15.43
	Yeşil alan	152	11.44±4.10	5.66±2.14	7.15±3.02	11.56±4.12	13.11±5.12	48.94±15.82
	İzolasyon	2	9.00±7.07	4.00±2.82	7.00±5.65	8.50±6.36	10.50±7.77	39.00±29.69
	Travma	10	9.80±3.76	5.30±1.82	7.20±3.02	10.90±4.55	12.30±5.25	45.50±15.24
	<b>Test ve p</b>		F= 0.733 p= 0.533	F= 0.513 p= 0.674	F= 0.238 p= 0.780	F= 0.701 p= 0.552	F= 0.298 p= 0.827	F= 0.521 p= 0.668
<b>Tedavi Sürecinizle İlgili Yeterli Bilgilendirme</b>	Evet	207	11.48±4.21	5.67±2.18	7.10±3.11	11.48±4.25	13.11±5.01	48.85±16.04
	Hayır	49	10.40±3.25	5.22±1.98	6.77±2.63	10.59±3.60	12.26±4.68	45.26±13.92
	<b>Test ve p</b>		t= 4.951 <b>p= 0.027</b>	t= 0.627 p= 0.429	t= 4.463 <b>p= 0.036</b>	t= 3.059 p= 0.081	t= 0.250 p= 0.617	t= 1.471 p= 0.226

## 5. TARTIŞMA

Acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada hastaların “Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)” alt boyut puanları incelendiğinde, hastaların Hastalık Tipi alt boyutunda hastalığın başlangıcından beri yaşamış oldukları belirtilerde ve bu belirtilerin hastalıkla ilgili olduğunu düşündükleri belirtilerde en fazla ağrı, yorgunluk ve baş ağrısı belirtilerini deneyimledikleri belirlenmiştir. Bilgili ve Öncü (2021) tarafından acil servise başvuran geriatric hastaları değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada bireylerin acil servise başvuru nedenlerinin baş ağrısı, karın ağrısı, halsizlik ve düşme şikayetleri üzerine yoğunlaştığını belirlemişlerdir. Shakya ve ark. (2020)’nın Nepal’de hastaneye başvuran hastaların hastalık algısını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirmiş oldukları çalışmada bireylerin hastalığın başlangıcından beri en sık baş ağrısı, yorgunluk, bağışıklık belirtileri yaşadıklarını saptamışlardır. Ukkonen ve ark. (2019) tarafından acil servise başvuran hastaların genel özelliklerini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hastalarda hastalıklarıyla ilgili yaşadıkları en yaygın belirtinin yorgunluk olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmanın bu bulgusu literatürde sınırlı sayıda bulunan benzer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Acil servise başvuran hastaların çok farklı nedenlerle acil servise başvuru yaptıkları düşünüldüğünde yaşanan belirtilerin birçok hastalığın ortak belirtisi olması nedeniyle çalışmanın bulgusunun literatürle uyumluluk gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen acil servis hastalarının hastalık algısı ölçeği hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunda en düşük süre (döngüsel), en yüksek ise kişisel kontrol boyutunda ve ölçek toplamında ortalamanın üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir. Ngetich ve ark. (2022) yapmış oldukları çalışmada hastaların en düşük hastalığı anlayabilme, en yüksek ise süre boyutunda puan aldıkları, Shakya ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada hastaların en düşük süre (döngüsel), en yüksek ise süre (akut/kronik) boyutunda puan aldıkları, Thomson ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada ise hastaların en düşük sonuçlar ve kişisel kontrol, en yüksek ise süre boyutunda puan almış olduklarını belirlenmiştir. Literatürde hastaların hastalık algısını



değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma bulguları birbirinden farklılık göstermektedir. Bu durumun çalışmalara dahil edilen hasta popülasyonlarının birbirinden farklı olmasıyla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılmayı kabul edilen acil servis hastalarının hastalık algısı ölçeği hastalık nedenleri alt boyutunda en düşük kaza veya şans, en yüksek ise tehditsel etkenler boyutunda ve ölçek toplamında ortalamanın üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir. Shakya ve ark. (2020) yapmış oldukları çalışmada hastaların en düşük kaza veya şans, en yüksek ise tehditsel etkenler boyutunda puan aldıklarını belirlemişlerdir. Karadağ ve Akkuş (2020)'un hipertansif hastaların hastalık algısını incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada da bireylerin en düşük kaza veya şans, en yüksek ise tehditsel etkenler boyutunda puan aldıkları saptanmıştır. Çalışmanın bu bulgusu literatürde yapılmış olan benzer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Hastaların hastalıklarının nedenlerini kaza veya şansa bağlı olduğunu düşünme oranının düşük, kalıtsal etkenler, sigara ve alkol kullanımı, yaşlanma gibi hastalıklarda risk oluşturabilecek durumlarla ilişkilendirmiş olmaları beklenen bir bulgudur.

Araştırmada yer alan hastaların acil servis hasta memnuniyeti ölçeği alt boyutlarından ve ölçek toplamında ortalamanın üzerinde puan almış oldukları belirlenmiştir. Demirel ve Tanç (2022) tarafından pandemi döneminde acil servise başvuran hastaların memnuniyet oranlarının pandemi öncesiyle karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışmada hastaların memnuniyet düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu, Abbas ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada acil servis hastalarının hemşire ve hekim memnuniyetlerinin düşük, genel memnuniyetlerinin ise orta düzeyde olduğu, Şantaş, Şantaş ve Çiçek (2021) tarafından Yozgat şehir hastanesi acil servisinden hizmet alan bireylerin acil servisten memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada hastaların acil servis memnuniyet düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu, Tekin ve ark. (2020) tarafından acil servis yoğun bakımda yatan hastaların memnuniyet ve kaygı düzeylerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada hastaların acil servisten kısmen memnun oldukları belirlenmiştir. Brosinski ve Riddnell (2020) ve Mohammadi-Sardo ve Salehi (2018) tarafından acil servis hastalarının memnuniyetini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalarda da hastaların memnuniyetlerinin ortalamanın üzerinde

olduğunu belirlemişlerdir. Hem ulusal hem de uluslararası literatürde acil servis hastalarının memnuniyet düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalarda çalışmanın bu bulgusuna benzer şekilde hastaların acil servis memnuniyet düzeyleri ortalamanın üzerinde bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen acil servis hastalarının hastalık algısı ölçeği alt boyutları ile acil servis hasta memnuniyet ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde hastaların hastalık algısı ölçeği hastalığı anlayabilme boyutu ile hemşire memnuniyeti, hasta kabul personeli memnuniyeti, acil servis odası, hekim tedavi memnuniyeti ve genel hasta memnuniyeti alt boyutları arasında ve hastalık algısı ölçeği psikoatıf boyutu hasta kabul personeli memnuniyeti, acil servis ortamı ve genel hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastalığı anlayabilme durumları arttıkça hemşire memnuniyeti, hasta kabul personeli memnuniyeti, acil servis odası, hekim tedavi memnuniyeti ve genel hasta memnuniyeti artmaktadır. Bireylerin hastalığını anlayabilmesi ve bu doğrultuda ona uygulanan bakım ve tedavi uygulamalarını anlamlandırmasıyla ilişkilendirildiğinde memnuniyet düzeyinin de aynı doğrultuda etkilenmesi beklenen bir bulgudur. Aynı şekilde hastaların psikoatıf algıları arttıkça hasta kabul personeli memnuniyeti, acil servis ortamı ve genel hasta memnuniyeti düzeyleri de artmaktadır. Bireylerin stres ya da endişe, ailesel sıkıntılar, kişisel özellikler gibi durumlarını içeren psikoatıf, durumları hasta memnuniyetini de etkileyebilmektedir. Acil servislerin hastalar için çok stres oluşturan ortamlar olduğu düşünüldüğünde bu ortamlarda bireylerin ilk karşılaştıkları kişiler olan hasta kabul personellerinden ve acil servis ortamlarından memnun olmalarının genel hasta memnuniyetini etkileyebilecek faktörler olması beklenen bir bulgudur.

Acil servise başvuran hastaların hastalık algısı hastalık hakkındaki görüşlerinin bireylerin gelir durumuna ve hastaneye ilk başvurusu olma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Menekli ve ark. (2020) tarafından kanserli hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, Sir ve Özakgöl (2022) tarafından akut miyokart infarktüsü geçiren hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada bireylerin kronik hastalık durumlarına göre hastalık hakkında görüşler alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Literatürde hastalık algısını inceleyen farklı çalışmalarda da bireylerin hastalık algısının ağırlıklı

olarak cinsiyete, eğitim durumuna ve medeni duruma göre farklılık oluşturduğu belirlenmiştir (Tekin, 2016; Ekenler, 2017; Şefikoğulları, 2018; Kara, 2019; Yıldırım ve Baykal, 2020; Doğan, 2022; Onbaşıoğlu, 2023). Literatürde yer alan çalışmalarda birbirinden farklı bulguların elde edilmesinin çalışmalara dahil edilen hasta popülasyonlarının birbirinden farklı olmasıyla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Acil servise başvuran hastaların hastalık algısı hastalık nedenlerinin eğitim durumuna, sigara ve alkol kullanma durumuna ve acil serviste tedavi uygulanma alanına göre farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Alankaya ve Kurnaz (2022) tarafından covidli hastaların hastalık algısını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bireylerin eğitim durumlarına göre hastalık algıları arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Sir ve Özakgöl (2022) tarafından akut miyokart infarktüsü geçiren hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesini incelediği çalışmada bireylerin eğitim durumlarına göre hastalık hakkında görüşler alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Literatürde sınırlı sayıda bulunan çalışma örneklerinin bulguları çalışmanın bu bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya dahil edilen acil servis hastalarının meslek grubuna göre acil servis hasta memnuniyet ölçeğinin hemşire memnuniyetinde ve ölçek toplamında, gelir durumuna göre hemşire memnuniyetinde, hekim tedavi memnuniyetinde ve ölçek toplamında, kronik hastalık durumuna göre hemşire, hasta kabul personeli, acil servis ortamı, hekim tedavi memnuniyetlerinde ve ölçek toplamında ve tedavi sürecinde yeterli bilgilendirilme durumlarına göre hemşire memnuniyetinde farklılık olduğu diğer sosyo-demografik özelliklere göre farklılık olmadığı saptanmıştır. Abidova ve ark. (2020) tarafından Portekiz'deki acil servis hastalarının memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların yeterli bilgilendirilme durumlarının ve mesleklerinin memnuniyeti etkilediğini belirlemişlerdir. Stefanini ve ark. (2021) tarafından acil servisteki hastaların memnuniyetlerini inceledikleri çalışmada hastaların genel olarak hemşire ve hekimlerin ilgilerinden memnun oldukları, bekleme sürelerinden memnun olmadıkları belirlenmiştir. Ayyıldız ve ark. (2021) tarafından acil serviste takip edilen hastaların memnuniyet düzeylerini inceledikleri çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun acil servis memnuniyetinin yüksek olduğu, memnuniyet düzeylerinin acil servise

başvuru saatlerine ve acil servise geliş şekillerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışma bulguları birbirinden farklılık göstermektedir. Bu durumun nedeninin se acil servise başvuran hastaların başvuru nedenlerinin çok farklılık göstermesi ve bu doğrultuda da her bir hastanın memnuniyet beklentisinin birbirinden farklı olmasıyla ilişkilendirilebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılan çalışmanın sonuçları bu bölümde verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların “Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)” alt boyut puanlarının sonuçları incelendiğinde;

- Hastaların hastalıklarının başlangıcından beri en fazla ağrı, yorgunluk ve baş ağrısı belirtilerini yaşadıkları ve bu belirtileri de hastalıklarıyla ilgili olduğunu düşündükleri,
- Hastalık hakkındaki görüşler boyutunda en yüksek puanı kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutlarında, en düşük puanı ise süre (döngüsel) alt boyutunda aldıkları,
- Hastalık nedenleri boyutunda en yüksek puanı tehditsel etkenler, en düşük puanı da kaza veya şans alt boyutunda aldıkları,

Araştırmaya katılan hastaların “Acil Servis Hasta Memnuniyeti Ölçeği (ASHMÖ)” alt boyut puanlarının sonuçları incelendiğinde en yüksek puanı genel hasta memnuniyeti alt boyutunda en düşük puanı ise hasta kabul personeli alt boyutunda aldıkları,

Hastaların hastalıkları hakkındaki görüşleri ile hemşire memnuniyeti, hasta kabul personeli memnuniyeti, acil servis odası, hekim tedavi memnuniyeti ve genel hasta memnuniyeti puanları arasında ve hastalık nedenlerinden psikoatif ile hasta kabul personeli memnuniyeti, acil servis odası ve genel hasta memnuniyetleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu,

Çalışmaya katılmayı kabul eden acil servis hastalarının sosyo-demografik özelliklerinden gelir durumu ve hastaneye ilk başvuru durumlarına göre hastalık hakkındaki görüşleri arasında, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve tedavi uygulanma alanına göre hastalık nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,

Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyo-demografik özelliklerinden mesleklerine göre hemşire memnuniyeti ve acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplamı, gelir

durumuna göre hemşire memnuniyeti, hekim tedavi memnuniyeti ve acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplamı, kronik hastalık olma durumuna göre hemşire memnuniyeti, hasta kabul personeli memnuniyeti, acil servis ortamı, hekim tedavi memnuniyeti ve acil servis hasta memnuniyet ölçeği toplamı, tedavi sürecinde yeterli bilgilendirilme durumuna göre hemşire memnuniyeti ve acil servis ortamı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Acil servis hastalarının hastalık algılarına yönelik farkındalıklarını arttıracak ve hastalık algılarını olumlu yönde geliştirecek girişimsel çalışmaların yapılması,
- Acil servis hasta memnuniyet düzeylerini olumlu yönde etkileyecek girişimsel çalışmaların yapılması,
- Acil servis hastalarının memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörlerin ilgililer tarafından dikkate alınması,
- Çalışmalardan elde edilecek verilerin ilgili kurumlarla paylaşılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abidova A, da Silva PA, Moreira S. (2020). Predictors of patient satisfaction and the perceived quality of healthcare in an emergency department in Portugal. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(2), 391.
- Alankaya N, Kurnaz F. (2022). Bir pandemi hastanesinde yatan COVID-19 tanılı hastaların hastalık algısının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(2), 185-191.
- Alıcı B, Uzuntarla Y, Türkuğur Ü, Güleç M. (2016). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Acil Servisine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 121-126.
- Arslan A. (2004). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Hekim-Hasta İletişimi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Atar Y, Aştı T. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(1), 54-59.
- Atay İ. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Atilla G. (2012). Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği. Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Aydın T, Aydın ŞA, Köksal Ö, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9(4), 163-168.
- Aydın AF. (2023). Hasta Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul.
- Baldwin AS, Kellerman QD, Christensen AJ. (2010). Coping With Chronic Illness. New York: The Guilford Press, S: 294-507.
- Baumann LJ, Cameron LD, Zimmerman RS, Leventhal H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8(4), 449-469.
- Bilgili MA, Öncü MR. (2021). Acil Servise Başvuran Geriyatrik Hastaların Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 28(1), 77-83.

- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
- Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30(11), 1361-1385
- Brooks IA, Sayre MR, Spencer C, Archer FL. (2016). An historical examination of the development of emergency medical services education in the US through key reports (1966-2014). *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(1), 90-97.
- Brosinski C, Riddell A. (2020). Incorporating hourly rounding to increase emergency department patient satisfaction: A quality improvement approach. *Journal of Emergency Nursing*, 46(4), 511-517.
- Cengiz R. (2014). Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyeti (Edirne İl Merkezi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Çoban H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Demir B. (2020). Sağlıkın kavramsallaştırılması ve insan odaklı sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon perspektifi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 62-83.
- Demirel Z, Tañç Ş. G. (2022). Pandemi döneminde acile başvuran hastaların memnuniyet oranlarının pandemi öncesiyle karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 20(1), 35-55.
- Diefenbach MA, Miller SM, Porter M, Peters E, Stefanek M, Leventhal H. (2008). Emotions and Health Behavior: A Self-Regulation Perspective, New York: Guilford Press, S: 645-660.
- Dimova ED, Ward A, Swanson V, Evans JM. (2019). Patients' illness perceptions of type 2 diabetes: A scoping review. *Current Diabetes Reviews*, 15(1), 15-30.
- Dinç D, Ünalın PC, Topsever P, Özyavaş S. (2009). Hasta memnuniyeti ve yönetim sistemi: Çözüm ortağı hekim. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(2), 93-98.
- Ekenler Ş. (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Ekinci B. (2015). Kamu Hastanelerinin Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.



- Erdem R, Rahman S, Levent AVCI, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G, Kubat C. (2008). Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31), 95-110.
- Eryılmaz M. (2007). Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: ihtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 13(1), 1-12.
- Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. (2021). Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 18(21), 11337.
- González RA. (2012). The Vocation to Serve: Cornerstone of Health Care, *MEDICC Review*, 14(3), 52.
- Gözden ÖF. (2009). Ankara Mevki Asker Hastanesi Ağız Sağlığı ve Diş Tedavi Merkezi'nde Hasta Memnuniyeti. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Güngör N. (2011). İletişim-Kuramlar-Yaklaşımlar. Ankara: Siyasal Kitabevi. S: 160.
- Hale ED, Treharne GJ, Kitas GD. (2007). The common-sense model of self-regulation of health and illness: How can we use it to understand and respond to our patients' needs?. *Rheumatology*, 46(6), 904-906.
- Horne R, Weinman J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Horne R, Weinman J, Hankins M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representations of medication. *Psychology and Health*, 14(1), 1-24.
- Horne R, Weinman J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17-32.
- Jiang S, Liu Q, Ding B. (2023). A systematic review of the modelling of patient arrivals in emergency departments. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, 13(3), 1957.
- Johnson JE, Leventhal H. (1974). Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29(5), 710-718.

- Kaptein AA, Broadbent E. (2007). *Illness Cognition Assessment*. UK: Cambridge University Press, 268-272.
- Karadağ Z, Akkuş Y. (2020). Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Belirlenmesi. *Turk Journal Cardiovasc Nurs*, 11(26), 111-118.
- Kartal N. (2014). Diş Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesinde Hasta Hakları Biriminin Rolü (Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Kısa A, Tokgöz N. (2007). Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, S: 308.
- Kim H, Sereika SM, Lingler JH, Albert SM, Bender CM. (2021). Illness perceptions, self-efficacy, and self-reported medication adherence in persons aged 50 and older with type 2 diabetes. *J Cardiovasc Nurs*. 36(4), 312-328.
- Küçükarslan SN. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(5), 371-382.
- Lau RR, Hartman KA. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2(2), 167-185.
- Leos C, Khan CM, Rini C. (2015). Understanding self-management behaviors in symptomatic adults with uncertain etiology using an illness perceptions framework. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), 310-319
- Leventhal H, Singer R, Jones S. (1965). Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(1), 20-29.
- Leventhal H. (1970). Finding and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5(1), 120-185.
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. (1980). *The Common-Sense Representation Of Illness Danger*. UK: Pergamon Press, S: 7.
- Leventhal H. (1986). *Symptom Reporting: A Focus On Process*. Boston: Springer, 219-237.
- Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal EA., Patrick-Miller L, Robitaille C. (1997). *Illness Representations: Theoretical Foundations*. UK: Harwood Publishers, S: 19.

- Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. (2001). Representations, Procedures And Affect In Illness Self-Regulation: A Perceptual-Cognitive Model. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, S: 19-47.
- Leventhal H, Breland J, Mora PA, Leventhal EA. (2010). Lay Representations Of Illness And Treatment: A Framework For Action, Boston: Springer, S: 137-154.
- Leventhal H, Phillips LA, Burns E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. *Psychological Topics*, 25(1), 1-18.
- Liang H, Xue Y, Zhang ZR. (2021). Patient satisfaction in China: a national survey of inpatients and outpatients. *BMJ Open*. 11(9), e049570.
- Lin B, Kelly E. (1995). Methodological issues in patient satisfaction surveys. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(6), 32-37.
- Menekli T, Doğan F, Elkıran ET. (2020). Kanserli hastalarda hastalık algısı ve yaşam kalitesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 467-474.
- Milutinovic D, Brestovacki B, Martinov-Cvejin M. (2009). Patients' satisfaction with nursing care as an indicator of quality of hospital service. *HealthMED*, 3(4), 412-419.
- Mohammadi-Sardo MR, Salehi S. (2019). Emergency department patient satisfaction assessment using modified servqual model; a cross-sectional study. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3(1), 1-6.
- Mora PA, Mcandrew LM. (2013). Common-Sense Model of Self-Regulation. Boston: Springer, S: 541-559.
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Ngetich E, Pateekhum C, Hashmi A, Nadal IP, Pinyopornpanish K, English M, Angkurawaranon C. (2022). Illness perceptions, self-care practices, and glycemic control among type 2 diabetes patients in Chiang Mai, Thailand. *Archives of Public Health*, 80(1), 1-10.
- Ogden J. (2004). Health Psychology A Textbook. UK: Open University Press, S: 472.
- Ozumba LN, Dienye P, Ndukwu G. (2023). Role of illness perception and medication beliefs in medication adherence among hypertensive patients in south-south nigeria. *The Anatolian Journal of Family Medicine*, 6(1), 31-36.

- Özalgül A. (2022). Evaluation of the Perception of Illness and Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 50(3), 209.
- Özata M, Özer K. (2017). Sağlık alışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 81-92.
- Resmî Gazete. (2022). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, Erişim: 12 Aralık 2023. Ađ Sitesi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220913-5.htm>.
- Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. (2009). The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561), e116-e133.
- Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LNA, Bergman W, Rooijmans HGM. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(5), 573-585,
- Shakya R, Shrestha S, Gautam R, Rai L, Maharjan S, Satyal GK, Rai MK. (2020). Perceived illness and treatment adherence to hypertension among patients attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal. *Patient Preference and Adherence*, 14, 2287-2300.
- Sir Ö, Özalgül A. (2022). Akut Miyokard İnfarktüsü Geiren Hastaların Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 50(3), 209-216.
- Stefanini A, Aloini D, Gloor P, Pochiero F. (2021). Patient satisfaction in emergency department: Unveiling complex interactions by wearable sensors. *Journal of Business Research*, 12(129), 600-611.
- Suter RE. (2012). Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World J Emerg Med.*, 3(1), 5-10.
- şantaş F, şantaş G, iek F. (2021). Acil servisten memnuniyet: Yozgat ilinde bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 107-116.
- şimşek YS. (2015). Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.

- Tanrıverdi H, Özmen ME. (2011). Sağlık çalışanlarının hasta haklarına ilişkin bilgi düzeylerinin hasta memnuniyetine etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(3), 85-109.
- Tekin H. (2016). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algısı ve Bakımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Tekin E, Özlü İ, Çakmak F, Bayramoğlu A. (2020). Acil servis yoğun bakımda yatan hastaların memnuniyet ve kaygı düzeylerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 277-286.
- Thagizadeh A, Ghahramanian A, Zamanzadeh V, Aslanabadi N, Onyeka TC, Ramazanzadeh N. (2022). Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention in Iran. *BMC Cardiovasc Disord.* 22(1), 245.
- Tjelmeland IB, Masterson S, Herlitz J, Wnent J, Bossaert L, Rosell-Ortiz F, Gräsner JT. (2020). Description of Emergency Medical Services, treatment of cardiac arrest patients and cardiac arrest registries in Europe. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 103(28), 1-16.
- Tutuk A, Al D, Doğan S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 36-41.
- Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A. (2004). Ankara üniversitesi ibn-i sina hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (genel cerrahi anabilim dalı örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(4), 205-214.
- Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho SL. (2019). Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), 1-8.
- Üstün B. (2005). Çünkü İletişim Çok şeyi Değiştirir!. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 88-94.
- Üstün S, Cezlan EÇ. (2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: İstanbul ilinde bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 353-364.

- Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 337-344.
- Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-446.
- Yalçın İ, Koçak S. (2009). Niğde devlet hastanesinde müşteri memnuniyeti üzerine bir araştırma, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(2), 19-41.
- Yalçın BNB, Eskiocak M. (2023). Herkes için sağlık hedefinde bağışıklama. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 120-130.
- Yeşilyurt Oktay, E. (2016). Sağlık Kurumlarında İletişimin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri (Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Yıldırım D, Baykal D. (2020). Evaluation of Treatment adherence and illness perception in cardiology patients. *Niger J Clin Pract*, 23(9), 1305-1311.
- Yılmaz M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti, C. *Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69-77.
- Yılmaz M. (2019). Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

## EKLER

### Ek 1. Kişisel Bilgi Formu



T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

#### VERİ TOPLAMA FORMLARI

Değerli katılımcı,

Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ile kaygı ve memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmektedir. Anketteki verilerin eksiksiz doldurulması çalışma verilerinin güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmadan elde edilen veriler yalnızca bu araştırma kapsamında kullanılacaktır.

Yasemin AKTAY  
Ordu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

#### KİŞİSEL BİLGİ FORMU (EK-1)

- Yaşınız: .....
- Cinsiyetiniz: 1) Erkek ( ) 2) Kadın ( )
- Medeni Durumunuz: 1) Bekar ( ) 2) Evli ( )
- Eğitim Durumunuz: 1) Okur-yazar değil ( ) 2) Okur-yazar ( ) 3) İlköğretim ( )  
4) Lise ( ) 5) Üniversite ve üzeri ( )
- Mesleğiniz: 1) Ev hanımı ( ) 2) Memur ( ) 3) İşçi ( ) 4) Çiftçi ( ) 5) Emekli ( )  
6) Serbest Meslek ( ) 7) Diğer ( ) (Açıklayınız.....)
- Gelir durumunuz: 1) Gelirim giderimden az ( ) 2) Gelirim giderime denk ( )  
3) Gelirim giderimden fazla ( )
- Sosyal güvenceniz var mı? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
- Sigara kullanma durumu: 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
- Alkol kullanma durumu: 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
- Kronik hastalığınız var mı? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
- Hastanemize ilk başvurunuz mu? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
- Tedavi uygulanma alanınız: 1) Kırmızı Alan ( ) 2) Sarı Alan ( ) 3) Yeşil Alan ( )  
4) İzolasyon ( ) 5) Travma ( )
- Tedavi sürecinizle ilgili yeterli bilgilendirme yapıldığını düşünüyor musunuz? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

## Ek 2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)



T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

### HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ (EK-2)

#### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	-----	-----
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	-----
Bulanti	Evet	Hayır	-----	-----
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	-----
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	-----
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	-----
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	-----
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	-----
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	-----
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	-----
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	-----
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	-----
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	-----
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	-----

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum | 4. Böyle düşünüyorum            |
| 2. Böyle düşünmüyorum            | 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum |
| 3. Kararsızım                    |                                 |



## Ek 2. ‘Devam’ Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)



T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendiriyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

## Ek 2. ‘Devam’ Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)



T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

### HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.

2.

3.

### Ek 3. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ)



T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

#### ACİL SERVİS HASTA MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (EK-3)

Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ)	1	2	3	4
	Tamamen katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
<b>Hemşire Memnuniyeti (HM)</b>				
1. Hemşireler tedavimi önemsediler.				
2. Hemşireler tedavimin geri kalanı hakkında beni bilgilendirdiler.				
3. Hemşireler bana sabırlı davrandılar.				
4. Hemşireler ağrımı hafiflettiler.				
<b>Hasta Kabul Personeli Memnuniyeti (HKPM)</b>				
5. Hasta kabul personeli beni uygun şekilde yönlendirdiler.				
6. Hasta kabul personelinin davranışı uygundu.				
<b>Acil Servis Ortamı (ASO)</b>				
7. Acil servis sakin ve sessizdi.				
8. Acil servis iyi donatılmıştı.				
9. Acil servis ortamı temizdi.				
<b>Hekim Tedavi Memnuniyeti (HTM)</b>				
10. Hekim tedavimin seyri hakkında bilgi verdi.				
11. Hekimin davranışı saygılıydı.				
12. Hekimin tedavimin geri kalanı ile ilgili açıklamaları yeterliydi.				
13. Hekim muayeneme yeterli zaman ayırdı.				
<b>Genel Hasta Memnuniyeti (GHM)</b>				
14. Hekimi görmeden önceki bekleme süresi uygundu.				
15. Kabul sürecinden önceki bekleme süresi uygundu.				
16. Bu acil servisi tanıdıklarına tavsiye ederim.				
17. Acil serviste sunulan hizmetlerin kalitesinden memnunum.				
18. Bu hastanenin acil servisi iyi çalışmaktadır.				

### Ek 4. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Kullanım İzni



NAZMİYE YILDIRIM 21:11

Alicılar: ben ▾



Sevgili Yasemin,  
Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnun oluruz. Gerekli belgeleri ekte gönderiyorum.  
Kolaylıklar diliyorum,

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) Dekan V.  
SBF Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı  
Öğretim Üyesi  
Lisansüstü Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi  
Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi (SABİTED) Baş Editörü  
Psikiyatri Hemşireliği Dergisi Baş Editörü  
Psikiyatri Hemşireleri Derneği  
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi  
Hemşireliği Komisyonu Başkanı

Adres: Gölköy Yerleşkesi 14030 - Merkez /

## Ek 5. Acil Servis Hasta Memnuniyet Ölçeği (ASHMÖ) Kullanım İzni



T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



## Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu



### BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ' Acil Servise Başvuran Hastaların Hastalık Algıları ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki' dir.

Bu araştırmanın amacı acil servise başvuran hastaların hastalık algıları ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu çalışmada size **anket formu** uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre size bağlı olarak değişiklik göstermekte olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı ortalama 257 kişidir.

Bu araştırma ile ilgili olarak ankette yer alan sorulara **uygun ve doğru cevap vermek** sizin sorumluluklarınızdır.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0536972375 no.lu telefondan Hemşire Yasemin Aktay' a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde kimlik bilgilerinize ulaşabilir.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

## Ek 7. Kurum İzni



Tarih: 28/11/2022 14:01  
Sayı: E-6040202-0803349  
SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
0000805349

T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-26521195-604.02.02  
Konu : Yasemin AKTAY'ın Yüksek Lisans  
Tezi Onayı

ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü)

İlgi : Ordu Üniversitesi'nin 27/10/2022 tarihli ve 61646299-E-36910495-600-0793718 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Yasemin AKTAY'ın Doç. Dr. Hanife DURGUN danışmanlığında yürüteceği "**Acil Servise Başvuran Hastaların Hastalık Algıları ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki**" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapması Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ  
İl Sağlık Müdürü

## Ek 8. Etik Kurul İzni



Tarih: 14/10/2022 16:51  
Sayı: E-4112/269-3014/091000  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



0000791007

**T.C.**  
**ORDU ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
14.10.2022	20	15:30	222

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**KARAR NO: 2022/222**

Sorumlu yürütücü Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN’un, KAEK 234 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “Acil Servise Başvuran Hastaların Hastalık Alguları ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmasının Samsun İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-izmalıdır  
**Prof. Dr. Ahmet KAYA**  
Ordu Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Yasemin AKTAY

**Doğum Yeri** : Samsun

**Doğum Tarihi** : 01.01.1993

**Yabancı Dili** : İngilizce

### Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Ön Lisans	Sosyal Hizmetler	Anadolu Üniversitesi	2014-2016
Lisans	Hemşirelik	Sinop Üniversitesi	2013-2017
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2021-...

### İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Sinop Atatürk Devlet Hastanesi	2013-2017
Hemşire	Ordu Korgan Devlet Hastanesi	2017-2020
Hemşire	Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi	2021-...