

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

**SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA
HASTA BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİ**

DOKTORA TEZİ

Ayhan DURMUŞ

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

NİSAN – 2021

Ayhan DURMUŞ tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi” başlıklı bu tez, 05/04/2021 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman : Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Cemal SEZER
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU
Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Oğuz IŞIK
Hacettepe Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	:	AYHAN DURMUŞ
Öğrenci Numarası	:	D176047002
Enstitü Anabilim Dalı	:	SAĞLIK YÖNETİMİ
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	☐ YÜKSEK LİSANS ☒ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi
Benzerlik Oranı	:	%5
İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,		
☒ Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.		
18/03/2021 İmza		
☐ Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.		
Bilgilerinize arz ederim.		
...../...../20..... İmza		
Uygundur		
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT Tarih: 18/03/2021 İmza:		
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:	Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	

ÖNSÖZ

Yüksek lisans ve doktora tezimde danışmanım olmayı üstlenen, koşullar ne olursa olsun ilgisini ve emeğini benden asla esirgemeyen, her zaman sabır göstererek önerileri, görüşleri ve yardımları ile en büyük desteği veren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Hayatımın her anında olduğu gibi tüm eğitim hayatım boyunca zor zamanlarımda sabır, hoşgörü, desteğiyle yanımda olan ve bana güç veren sevgili eşim Merve Nur DURMUŞ'a şükranlarımı sunarım.

Her zaman yanımda olamasalar bile manevi desteklerini esirgemeyen ve her an yanımda hissettiğim aileme en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim boyunca değerli zamanlarını özveri ve sevgi ile öğrencilerin eğitimine harcayan Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerine, her konuda birbirimize destek olduğumuz, hep yanımda olan ve birlikte iyi işler yaptığımız dostlarım Arş. Gör. Dr. Özgün ÜNAL ve Arş. Gör. Mustafa AMARAT'a, çalışma arkadaşlarım ve meslektaşlarım Arş. Gör. Çiğdem UĞAN ve Arş. Gör. Ahmet KARAKİRAZ'a her şey için çok teşekkür ederim.

Ayrıca ismini sayamadığım ve bugüne kadar bana katkıda bulunmuş hocalarım ve arkadaşlarımın her birine ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Ayhan DURMUŞ

05.04.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	İV
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ	VI
ÖZET	VI
ABSTRACT	VI

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1: HASTA BEKLENTİLERİ	8
-----------------------------------	---

1.1. Kavramsal Çerçeve	8
1.2. Hasta Beklentileri ile İlişkili Yaklaşımlar	11
1.2.1. Beklenti Teorisi	12
1.2.2. Sosyal Öğrenme Teorisi	14
1.2.3. Sosyal Bilişsel Teori	15
1.2.4. Sosyal Mübadele Teorisi	19
1.2.5. Plasebo Etkisi	20

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA MODELİNİN GELİŞTİRİLMESİ	24
---	----

2.1. Yöntem	24
2.1.1. Makale Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri	25
2.1.2. Verilerin Çekilmesi	26
2.1.3. Verilerin Değerlendirilmesi	27
2.1.3.1. Örneklem Özellikleri	27
2.1.3.2. Veri Toplama Araçları	28
2.2. Bulgular	29
2.2.1. Sağlık Kuruluşundan Beklentiler	29
2.2.2. Doktorlardan Beklentiler	31
2.2.3. Hemşirelerden Beklentiler	34
2.2.4. Tedavi- Bakım Sürecinden Beklentiler	35
2.2.5. Ölçeklere İlişkin Çalışmalar	36

2.2.6. Hasta Beklentisi İle İlişkili Konular.....	37
2.2.6.1. Memnuniyet- Deneyim- Sadakat.....	37
2.2.6.2. İletişim.....	38
2.2.6.3. Tedavi-Bakım.....	38
2.2.6.4. Demografik Değişkenler.....	40
2.2.7. Beklenti İfadelerinin Gruplandırılması	41
2.3. Sonuç.....	44

BÖLÜM 3: MODELİN TEST EDİLMESİ48

3.1. Yöntem.....	48
3.1.1. Araştırmanın Amacı.....	48
3.1.2. Nitel Yöntemin Gerekliliği	49
3.1.3. Katılımcıların Özellikleri (Seçimi)	52
3.1.4. Veri Toplama - Derinlemesine Görüşme	53
3.1.4.1. Mülakat Sorularının Hazırlanması.....	55
3.1.5. Geçerlilik-Güvenirlilik.....	56
3.1.6. Araştırma Süreci	57
3.1.7. Veri Analiz Yöntemi	58
3.2. Bulgular.....	60
3.2.1. Katılımcıların Özellikleri	60
3.2.2. Tema ve Kategoriler.....	61
3.2.2.1. Tema 1: Hizmete Erişim.....	63
3.2.2.2. Tema 2: İletişim.....	67
3.2.2.3. Tema 3: Bilgilendirme.....	71
3.2.2.4. Tema 4: Destek Olma	74
3.2.2.5. Tema 5: Hasta Onurunu Koruma.....	76
3.2.2.6. Tema 6: Otelcilik Hizmetleri.....	78
3.2.2.7. Tema 7: Tedavi Sonucundan Beklentiler	80

BÖLÜM 4: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....85

4.1. Tartışma	85
---------------------	----

4.2. Sonuç ve Öneriler.....	109
KAYNAKÇA	112
EKLER.....	137
ÖZGEÇMİŞ.....	141



KISALTMALAR

BOH : Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GSS : Genel Sağlık Sigortası

SB : T.C. Sağlık Bakanlığı

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Veri Tabanına Göre Elde Edilen, Reddedilen ve Kabul Edilen Makale Sayısı	26
Tablo 2: Veri Çekme Formu Örneği	26
Tablo 3: Beklenti İfadeleri Örneği	42
Tablo 3: Beklenti İfadeleri Örneği Devamı	43
Tablo 4: Katılımcılara İlişkin Bilgiler	61
Tablo 5: Tema, Kategori ve Kodlama Sayısı	62
Tablo 6: Hizmete Erişim Kategorilerine İlişkin İfadeler	66
Tablo 7: İletişim Kategorilerine İlişkin İfadeler	70
Tablo 8: Bilgilendirme Kategorilerine İlişkin İfadeler	73
Tablo 9: Destek Olma Kategorilerine İlişkin İfadeler.....	75
Tablo 10: Hasta Onurunu Koruma Kategorilerine İlişkin İfadeler	77
Tablo 11: Otelcilik Hizmetleri Kategorilerine İlişkin İfadeler.....	80
Tablo 12: Tedavi Sonucundan Beklentiler Kategorilerine İlişkin İfadeler	82
Tablo 13: Hastalar Kimlerden Ne Beklemektedir?	84

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Beklenti Hiyerarşisi.....	10
Şekil 2: Vroom'un Beklenti Teorisi	13
Şekil 3: Beklentiler Arasındaki Farklılık.....	17
Şekil 4: Sosyal Bilişsel Teori.....	18
Şekil 5: Plasebo Etkisi Modeli.....	21
Şekil 6: PRISMA Akış Diyagramı	25
Şekil 7: Hastaların Sağlığa ve Sağlık Hizmetlerine İlişkin Beklentilerinin Literatüre Dayalı Modeli	47
Şekil 8: Hizmete Erişim Teması – Kategorileri.....	64
Şekil 9: İletişim Teması – Kategorileri.....	68
Şekil 10: Bilgilendirme Teması – Kategorileri.....	72
Şekil 11: Destek Olma Teması – Kategorileri.....	74
Şekil 12: Hasta Onurunu Koruma Teması – Kategorileri	76
Şekil 13: Otelcilik Hizmetleri Teması – Kategorileri.....	78
Şekil 14: Tedavi Sonucundan Beklentiler Teması – Kategorileri	81
Şekil 15: Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Beklentileri.....	83
Şekil 16: Çalışma Sonucunda Elde Edilen Model.....	108

Tezin Başlığı: Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi	
Tezin Yazarı: Ayhan DURMUŞ	Danışman: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Kabul Tarihi: 05 Nisan 2021	Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 136 (tez)+ 5(ekler)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	
Hasta beklentisi, hastaların tıbbi tedavi sürecinde ya da sonucunda oluşmasını beklediği bir öngörüdür. Beklentilerin neler olduğunu belirlemek ana amacı ile gerçekleştirilen çalışmanın iki amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, hasta beklentilerine ilişkin literatür incelemesi yapılarak kapsamlı bir hasta beklenti modeli oluşturmaktır. İkincisi ise kardiyoloji kliniğinden hizmet alacak hastaların sağlık hizmeti alımında kimlerden neler beklediklerini belirlemek ve hasta beklentileri modelini test etmektir. Araştırmada ilk olarak hasta beklentileri modelini oluşturmak için konuya özgü 2009 – 2018 yılları arasında yayımlanan ulusal ve uluslararası literatür sistematik incelemeye tabi tutuldu. Bu kapsamda hasta beklentileri ile ilgili 5854 yayın belirlendi, PRISMA yönteminden yararlanılarak dahil ve hariç tutma kriterlerine uygun bulunan 62 makale araştırma kapsamında incelendi. İnceleme sonucunda hasta beklentileri 22 kategori, yedi tema (<i>hizmete erişim, iletişim, bilgilendirme, destek olma, hasta onurunu koruma, otelcilik hizmetleri ve tedavi sonucundan beklentiler</i>) ve dört boyut (<i>sağlık kuruluşundan beklentiler, doktorlardan beklentiler, hemşirelerden beklentiler ve tedavi – bakım sürecinden beklentiler</i>) altında gruplandırıldı. Bu süreçte hasta beklentilerine ilişkin konular tespit edilerek literatüre dayalı hasta beklentileri modeli geliştirildi. Ayrıca, literatür bilgisinden yararlanılarak çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturuldu. Çalışmanın alan uygulaması 12 Ekim – 13 Kasım 2020 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyovasküler kliniğinden yatarak hizmet alacak ve kronik hastalık tanısı konulmuş hastalar üzerinde gerçekleştirildi. Görüşme formundan yararlanılarak söz konusu tarihler arasında kliniğe yatarak hizmet alan 26 hastanın 19’undan veri toplandı. Veriler, NVivo programı kullanılarak yönlendirilmiş içerik analizine tabi tutuldu. Araştırmanın bulgularına göre, hasta beklentileri yedi tema ve 23 kategori altında toplanmaktadır. Hasta beklenti kategorilerinden, doktor – hasta iletişimi, duygusal destek, hemşire – hasta iletişimi, tıbbi özen, yetkinlik, tedavi takibi ve tedavi sürecinde bilgilendirme hastalar tarafından en fazla vurgulanan kategorilerdir. En az vurgulanan beklenti kategorileri ise sosyal iyilik hali ve koordinasyon/konsültasyondur. Buna göre literatüre dayalı hasta beklentileri modelinin kardiyoloji hastalarının beklentileri ile uyumluluk gösterdiği fakat modelde yer almasına karşılık maliyet kategorisine ilişkin hastaların beklentilerinin olmadığı; buna karşılık sosyal iyilik hali ve hekim ve hemşire dışındaki diğer sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iletişimle ilgili beklentilerinin olduğu bulundu. Sonuç olarak, kardiyovasküler hastalığı olanların tedavisi, bakım süreci ve sonucu açısından sağlık hizmetinden beklentileri genel olarak geliştirilen model ile uyumlu bulundu. Yalnızca modelde yer alan maliyet kategorisinin yerine hastaların iyilik hali ve iletişim beklentisi eklendi. Ayrıca hastaların daha çok iletişim, duygusal olarak desteklenme ve tıbbi açıdan özen gösterilmeye önem verdikleri belirlendi. Hasta beklentilerini dikkate alarak hizmet sunumunun planlanması ve hastalara beklentilerini karşılayacak niteliklere uygun hizmet sunulması hastaların tedaviye uyumunu ve hastaneden memnuniyetlerini artırması beklenmektedir. Ayrıca, benzer çalışmaların farklı evren ve örneklerde yapılması ileri yönelik olarak sağlık politikalarının geliştirilmesinde kullanılabilecek veriler sağlaması bakımından önemli bulunmaktadır.	
Anahtar Kelimeler: Hasta Beklentileri, Sağlık Kuruluşundan Beklentiler, Doktorlardan Beklentiler, Hemşirelerden Beklentiler, Tedavi – Bakım Sürecinden Beklentiler	

Title of the Thesis: Determining Patient Expectations in Health Services Delivery	
Author: Ayhan DURMUŞ	Supervisor: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Date: 05 April 2021	Np: viii (pre text) + 136 (main body) + 5(app)
Department: Health Management	
Patient expectation is a prediction of what will occur during or as a result of medical treatment. With its primary objective of determining patient expectations, the study has two objectives. The first is to create a comprehensive patient expectation model by reviewing the patient expectations literature. The second is to determine what the patients to be served in the cardiology clinic expect and from who they have expectations through health service delivery and to test the patient expectations model. The study first made a systematic review of the relevant national (i.e. Turkish) and international literature published from 2009 to 2018 in order to create a patient expectations model. In this context, 5854 publications on patient expectations were determined, and 62 articles found to comply with the inclusion and exclusion criteria were examined by the PRISMA method. As a result of the examination, patient expectations were grouped under 22 categories, seven themes (<i>access to service, communication, information, support, maintaining patient dignity, hospitality services, and expectations from treatment outcome</i>), and four dimensions (<i>expectations from the health establishment, expectations from doctors, expectations from nurses, and expectations from the treatment & care process</i>). In this process, issues concerning patient expectations were identified, and a patient expectations model was developed based on the literature. Also, a semi-structured interview form, which was used as a data collection tool in the study, was created using the information contained in the literature. Field study was conducted on patients diagnosed with chronic diseases who would receive inpatient service from the cardiovascular clinic of a training and research hospital in Turkey from October 12 to November 13 in 2020. Using the interview form, data were collected from 19 of 26 patients hospitalized in the clinic within the said period. The data were subjected to directed content analysis using the NVivo program. The research found that patient expectations fall under seven themes and 23 categories. Among the patient expectation categories, doctor-patient communication, emotional support, nurse-patient communication, medical care, competence, treatment follow-up, and information in the treatment process are the most emphasized categories by the patients. The least emphasized expectation categories are social well-being and coordination/consultation. The literature-based patient expectations model is consistent with the cardiology patients' expectations; however, the patients do not hold expectations regarding the cost category in the model. On the other hand, they hold expectations regarding social well-being and communication with healthcare professionals other than doctors and nurses. As a result, the expectations of patients with cardiovascular diseases from health services in terms of treatment, care process, and treatment outcome are generally in line with the developed model. Just the social well-being and communication expectations replace the cost category in the model. Additionally, patients attach more importance to communication, emotional support, and medical care. It is expected that planning health services delivery taking into account the patient expectations and providing appropriate service to patients that will meet their expectations will improve patient compliance with the treatment and patient satisfaction with the hospital. Furthermore, conducting similar studies on different populations and samples is important to provide data that can be used in the development of health policies for the future.	
Keywords: Patient Expectations, Expectations from Health Establishment, Expectations from Doctors, Expectations from Nurses, Expectations from the Treatment & Care Process	

GİRİŞ

“Herkese Sağlık” başlığı altında kapsamlı reform çalışmalarının ortaya konulduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” döneminde, hem dünyadaki gelişmelere paralel olarak çalışmalar hızlandırılmış hem de sağlık sistemindeki sorunların çözümlenmesine yönelik değişiklikler gerçekleştirilmiştir (SB, 2003; Lamba vd. ,2014: 54-56). SDP ile birlikte halkın sağlık hizmetlerine hakkaniyet içerisinde erişmelerini ve hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyacını, talep ve beklentilerini esas almayı sağlayan insan odaklı anlayış önem kazanmaya başlamıştır (SB, 2003: 24, 25). Yani, SDP ile ileri sürülen hasta odaklı yaklaşım, uygulamada hastaların önemini artırmakta, “önce insan” yaklaşımı ile sistemin yeniden şekillendirilmesini sağlamakta ve bireyi tedavi – bakım hizmetinin merkezine koymaktadır (SB, 2007: 149-150; Dewi et al., 2014: 616).

İnsan odaklı sağlık hizmetleri, halkın bireysel hastalıklarından ziyade ihtiyaçları etrafında düzenlenen ve sosyal tercihlerine saygı duyulan, sağlık hizmetinin kullanıcıları olan bireylerin, ailelerin ve toplumların perspektiflerini bilinçli bir şekilde benimseyen bir yaklaşımdır. İnsan odaklı sağlık hizmetleri, insanların karar vermeleri ve kendi bakımlarına katılmaları için ihtiyaç duyduğu eğitim ve desteğe sahip olmalarını istemekte ve hastalıklardan ziyade insanların sağlık ihtiyaçları ve beklentileri etrafında örgütlenmektedir (DSÖ, 2015: 10-11). Böylelikle sağlık kuruluşları, hasta merkezli sağlık hizmetine ve hasta – sunucu ilişkisine verdikleri önem ile birlikte hastanın beklentilerinin karşılanmasını sağlamaktadır (Yılmaz Şahin, 2008: 31).

Hasta beklentisi, hastaların tıbbi bakım esnasında ya da sonucunda ortaya çıkması beklenen bir öngörüdür (Chang, 2012: 24). Kravitz (1996) hasta beklentileri kavramını iki tanımlayıcı unsurla ifade etmektedir. Bunlardan ilki olasılık, ikincisi ise değerdir. İlk anlamda kullanıldığında; hasta beklentileri gelecekteki klinik sonuçların olasılıkları hakkındaki inançlardan oluşmaktadır. Değer anlamında kullanıldığında ise arzu, gereklilik, hak ve tutum anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, hastaların sağlık hizmetlerinden beklenti tanımlarında hasta beklentilerinin çok farklı yanları olduğu da görülmektedir. Thompson ve Sunol (1995: 130-131) literatürde beklentiyi *ideal beklenti*, *öngörülen beklenti*, *normatif beklenti* ve *biçimlendirilmemiş beklenti* olmak üzere dört grupta tanımlamaktadır. Bowling ve arkadaşları (2012: 1) beklentileri, beklenti olasılığı, değer, süreç ve sonuç biçiminde ele almaktadır. Newton ve Cunningham, (2013: 112) ise

bu beklentilerin her birini, tedavi "süreci" beklentileri, *yani tedaviyi gerçekleştirmek için gerekli adımlar ve prosedürler* ve tedavinin "sonucu" beklentileri, *yani tedavinin bir sonucu olarak elde edilmesi beklenen faydalar* olarak iki alt gruba ayırmaktadır. Fakat hasta beklentileri yalnızca farkında olunan ya da görünenler ile sınırlı değildir. Bu beklentiler, bilinçdışı nitelikler taşıyan ve hastanın ya da doktorun farkına varamadığı beklentileri de içermektedir ve çok boyutludur (Özmen & Ozan, 2018: 431). Görüldüğü üzere hasta beklentilerinin farklılık göstermesi, beklenti tanımına ilişkin ortak bir tanımın oluşturulmasını güçleştirmektedir.

Beklentiler teoriler çerçevesinde ele alındığında; genel psikoloji teorisine göre, deneyimler veya sosyal öğrenme ile nitelendirilen, bilişsel süreçlerden kaynaklanan karmaşık inançlar veya değerler olarak ifade edilmektedir (Bowling & Rowe, 2014: 112). Rotter (1954,1982) Sosyal Öğrenme Teorisinden yararlanarak beklentileri genel ve özel beklentiler olarak ikiye ayırmaktadır. Genel beklentiler, bir kişinin önceden tecrübesinin olmadığı veya az olduğu durumlarda oluşurken; özel beklentiler durum veya olay hakkındaki önceki tecrübelerinden ortaya çıkmaktadır (aktaran Wallston, 1992: 184). Önceden tecrübe edinmemiş ve beklentileri oluşmamış hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini genel beklentiler; önceden deneyimlemiş ve tecrübe edinmiş hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini ise özel beklentiler şeklinde sınıflandırılabilir. Bu durumda önceden deneyimi olmayan hastaların beklentilerinin belirlenmesi oldukça güç olmasına karşılık; deneyimi olan hastaların beklentilerinin şekillendiği söylenebilir.

Beklenti teorisine göre beklentiler, belirli bir davranışı gösterme eğilimi, davranışın sonuçlarının çekiciliği ve sonuçlara ilişkin beklentilerin gücü ile açıklanmaktadır (Robbins & Judge, 2017: 225). Buna göre beklentiler, hastaların süreç ve sonuçlara vermiş oldukları değer olarak ele alınmaktadır. Böylelikle hasta tutum ve davranışları arasındaki ilişkiler açıklanmaya çalışılmaktadır (Bowling, Rowe & Howe, 2007: 6). Hasta beklentilerinin belirlenmesinde, beklenti, istek ve endişeyi oluşturan olayları tanımlamak, izlemek ve sınıflandırmak için gerekli olan uygun yöntemler arasındaki anlaşmazlıklar gibi engellerin ortadan kaldırılması sağlanmalıdır (Kravitz, 2001: 881). Bunun için geliştirilecek olan modelin beklenti ile tutum ve davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemesi, sağlık davranışlarını ve hasta temelli sağlık sonuçlarını değerlendirmesi beklenmektedir.

Yukarıda konusu hakkında kısa bilgiler sunulan tez çalışması dört bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde, hasta beklentileri kavramına ilişkin tanımlamaları içeren kavramsal çerçeve; beklenti literatüründe ele alınan Beklenti, Sosyal Öğrenme, Sosyal Bilişsel, Sosyal Mübadele Teorisi ve Plasebo Etkisini kapsayan yaklaşımlar yer almaktadır.

Araştırmanın ikinci bölümü araştırma modelinin geliştirilmesine yöneliktir. Bölüm içerisinde 2009 – 2018 yılları arasındaki hasta beklenti çalışmalarının literatür taraması PRISMA akış diyagramı ile derlenmekte, dahil ve hariç tutma kriterleri sonucunda elde edilen yayınlar incelenmekte ve bu bilgilerden yararlanılarak model geliştirilmektedir. Geliştirilen model dört boyut, yedi tema ve 22 kategoriden oluşmaktadır.

Araştırmanın üçüncü bölümünü ise geliştirilen modelin test edilmesi oluşturmaktadır. Bu bölümde, araştırmanın amacına yönelik geliştirilen sorular; katılımcıların seçimi, nitel yöntemin neden benimsendiği; veri toplama – derinlemesine görüşmenin gerekçesi ve veri analiz yöntemi ayrıntılı bir biçimde incelenmektedir. Aynı zamanda araştırmanın bulgularına yer verilmektedir. Bulgular kısmı, katılımcıların özelliklerini ve görüşmelerin analiz sonuçlarını kapsamaktadır. Analiz sonucunda ortaya çıkan yedi tema (*hizmete erişim, iletişim, bilgilendirme, destek olma, hasta onurunu koruma, otelcilik hizmetleri ve tedavi sonucundan beklentiler*) ve 23 kategoriye ilişkin alıntılar ve açıklamalar yer almaktadır.

Araştırmanın son kısmını ise tartışma, sonuç ve öneriler oluşturmaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılmakta ve tartışılmakta, sonucunda yöneticilere, sağlık çalışanlarına ve araştırmacılara çözüm önerileri sunulmaktadır.

Çalışmanın Amacı, Problemi ve Soruları

Araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, hasta beklentilerinin tanım, model ve teorilerini incelemek, hasta beklentilerinin ölçümü ile ilgili çağdaş/güncel yaklaşım ve formlarını araştırmak ve hasta beklentilerini oluşturan davranışların belirlenmesine yönelik literatür incelemesi yaparak kapsamlı bir hasta beklenti modeli oluşturmaktır. İkinci amaç ise geliştirilen model kapsamında kardiyoloji kliniğinden

hizmet alacak hastaların hizmet sunum sürecinde kimlerden neleri beklediklerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır:

Araştırma sorusu: hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri nelerdir?

Alt araştırma soruları: Hastaların,

- sağlık kuruluşlarından beklentiler nelerdir?
- doktorlardan beklentiler nelerdir?
- hemşirelerden beklentiler nelerdir?
- tedavi - bakım sürecinden beklentiler nelerdir?

Çalışmanın Önemi

Hasta beklentileri hakkındaki literatür incelemesi sonucunda; konunun uluslararası literatürde geniş yer bulduğu ve farklı boyutlarda ele alındığı görülmektedir. Ancak ulusal literatür incelendiğinde bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlı olduğu ve konuya farklı açılardan yaklaşmadığı görülmektedir. YÖK Akademik arama motorunda “patient expectation” ve “patient expectations” şeklinde arama yapıldığında; 2 makale, “hasta beklentisi” ve “hasta beklentileri” şeklinde arama yapıldığında 1 makale, 3 bildiri, 1 proje ve 1 sanatsal faaliyet bulunduğu görülmektedir. Makalelerden ilkinde hemşire bakımı ile ilgili olarak hasta memnuniyeti ve hasta beklentileri hakkında ulusal literatürdeki çalışmalar incelenmiştir (Özsoy, Özgür & Durmaz Akyol, 2007). İkinci çalışmada fizyoterapistlerin hasta beklentilerini yönetme becerilerini belirlemek üzere kullanılabilecek Hasta Beklentilerini Yönetme Becerisi Ölçeği geliştirilmiştir (Miçoogulları, Ayberk & Akbaş, 2017). Son çalışmada ise gebe kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin beklenti ve memnuniyeti üzerine ölçek uyarlama çalışması yapılmıştır (Aydınlı & Duran, 2017). Bildiri, proje ve sanatsal faaliyetler ile ilgili yayınların tam metinlerine ulaşamamıştır. Ulusal tez merkezinde ise “patient expectation”, “patient expectations”, “hasta beklentisi” ve “hasta beklentileri” şeklinde arama yapıldığında 43 teze ulaşılmıştır. Tezler içerik olarak incelendiğinde, 43 tezin 12 tanesi hasta beklentilerinin ölçülmesi, hastaların hemşirelerden ve tedavi hizmetlerinden beklentileri üzerine iken; geriye kalan 31 tezin hasta beklentileri ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Ulusal literatürdeki makaleler ve tezler incelendiğinde genel olarak hasta beklentilerini ölçmeye yönelik Likert tarzı ölçekler ile spesifik konulara yaklaşıldığı görülmekte olup, hasta beklentilerinin tedavi öncesi ve sonrası ele alındığı, hastanın hizmet aldığı bölüm

veya branşa göre tedavi beklentilerinin incelendiği ölçeklerin ulusal literatürde eksik olduğu görülmektedir. Alanda tespit edilen diğer önemli bir boşluk ise hastaların beklentilerini ölçmek için standartlaştırılmış ve onaylanmış bir anket veya ölçeğe rastlanılmamasıdır. Bu durum hasta beklentilerini ölçmek için farklı yöntemlerin denenmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu sebeple tez çalışmasında nitel araştırma yöntemleri tercih edilmiş ve bu kapsamda hasta beklentilerinin saptanması amacıyla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu beklentiler doğrultusunda literatüre ve uygulama alanına katkı sağlaması beklenmektedir.

Çalışmanın Yöntemi

Araştırma, amaçları doğrultusunda yöntem kısmı iki bölümden oluşmaktadır. Her bölümde kendine özgü analiz yöntemi kullanılmaktadır. Birincisi sistematik derleme ikincisi ise nitel araştırma yöntemidir.

Araştırmada ilk olarak hasta beklentilerine ilişkin literatür taraması PRISMA akış diyagramına uygun olarak gerçekleştirildi. Ocak 2009- Aralık 2018 yılları arasındaki hasta beklentilerine ilişkin ulusal ve uluslararası yayınlar literatür taramasına dahil edildi. Literatür taraması Sakarya Üniversitesi Kütüphanesinin üyesi olduğu veri tabanlarında kapsamlı bir şekilde yapıldı. Literatür tarmasında “*patient expectation*”, “*patient expectations*”, “*hasta beklentisi*” ve “*hasta beklentileri*” anahtar kelimeleri kullanıldı. Tarama sonucunda hasta beklentileri ile ilgili 5854 yayın elde edildi. PRISMA yönteminden yararlanılarak dahil ve hariç tutma kriterlerine uygun bulunan 62 makale araştırma kapsamında incelendi.

Araştırmanın ikinci bölümünde hastaların sağlık hizmeti alımında kimlerden neler beklediğini belirlemek için nitel araştırma yönteminden yararlanıldı. Araştırmada kronik hastalık tanısı konulmuş hastalarla çalışılması planlandı. Ancak, Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü’nden izin alma sürecinde yapılan görüşmede, pandemi sebebiyle hastanede yatarak hizmet alan ve kronik hastalık tanısı konulmuş tüm hastalar yerine sadece bir klinikte yatarak hizmet alan hastalar üzerinde ve bir ay süreyle çalışmaya izin verileceği bildirildi. Bu doğrultuda amaçlı rastgele örnekleme yönteminden yararlanılarak sağlık kuruluşundan 12 Ekim – 13 Kasım 2020 tarihleri arasında yatarak hizmet alacak kardiyovasküler hastalığı olan bireyler örneklem seçildi. Çalışmada örneklem yöntemi belirlendikten sonra üzerinde durulan ikinci konu nitel çalışmalarda sürekli tartışma

konusu olan örneklem hacminin belirlenmesi olmuştur (Trotter, 2012: 399). Nitel araştırmalar için örnek hacminin ne olması gerektiğini belirleyen bir kural bulunmamaktadır. Bununla birlikte örnek hacmi, nitel verinin derinliğine ve araştırmanın amaçlarına göre farklılık göstermektedir. Başka bir ifade ile örnek hacmi, araştırmacının bilmek istedikleri, araştırmanın amacı, gündemi neyin oluşturduğu, hangi bilgilerin kullanışlı olacağı, araştırma süresi ve kaynak durumuna bağlıdır (Baltacı, 2018: 261; Yıldız, 2017: 437). Bu koşulları sağlayacak örnek hacmine ulaşmak için ideal standart, yeni kavramlar veya temalar ortaya çıkıncaya kadar ve tüm kavramlar birden çok kez tekrarlanıncaya kadar görüşme yapma sürecini devam ettirmek, yani çokça mülakat yapmaktır. Başka bir ifade ile tüm soruların cevapları ayrıntılı bir şekilde alınana kadar veya sonraki görüşmelerde yeni kavramlar veya temalar ortaya çıkmayana kadar; yani doygunluğa ulaşıncaya kadar mülakat yapmaktır (Trotter, 2012: 399). Çalışmanın örneklem büyüklüğü yukarıda belirtilen prensiplere uygun olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda 18 ve 19. mülakat sürecinde hastaların aynı şeyleri tekrar ettiği için süreç 19. hastanın katılımıyla sonlandırılmıştır.

Araştırmada nitel yöntem benimsenmiş olup, hastalarla yüz yüze görüşme yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu beş temel sorudan oluşmaktadır. Bunlar; i – katılımcının demografik bilgilerini elde etmeye yönelik sorular, ii – sağlık kuruluşlarından beklentiler, iii – doktorlardan beklentiler, iv – hemşirelerden beklentiler, v – tedavi ve bakım sürecinden beklentilere yönelik sorulardır. Yapılan görüşmeler esnasında katılımcıların izni ile ses kaydı alınmıştır. Görüşme tamamlandıktan sonra görüşme sürecindeki gözlem notlarıyla birlikte katılımcılardan toplanan veriler yazılı hale getirilmiştir. Elde edilen bu veriler NVIVO nitel veri analiz programında kodlanarak ara analizler yapılmıştır. Böylece zaman zaman kontroller yapılarak araştırmanın gidişatı hakkında bilgi sağlanmış, eksik olduğu düşünülen noktalar daha sonraki görüşmelerde katılımcılara sorulmuştur. Veri toplama sürecinin ardından tez yazarının yanı sıra yardımcı olmayı kabul eden başka bir akademisyen tarafından da bağımsız olarak kodlamalar gerçekleştirilmiştir. Ardından kodlamalar karşılaştırılarak tutarlılıkları incelenmiştir. Nihai olarak nitel verilerin analizleri yapılmış ve yapılan analizler neticesinde tema ve/veya kategoriler belirlenmiştir.

Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın temelde iki kısıtı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, araştırmanın Covid-19 pandemi döneminde gerçekleştirildiği için sınırlı bir zaman diliminde ve tek bir klinikte gerçekleştirilmiş olmasındır. İkincisi ise literatüre dayalı modelin 2009-2018 yılları arasındaki çalışmalarla sınırlandırılmasıdır.



BÖLÜM 1: HASTA BEKLENTİLERİ

1.1. Kavramsal Çerçeve

Beklenti, belirsiz koşullar altında gerçekleşmesi umulan eylem veya durumdur. Geleceğe dair bir inanç olmak ile birlikte, gerçekçi olabildiği gibi olmaya da bilir. Bireyin gerçekleşmesini beklemediği bir eylem veya durumun meydana gelmesi onun için bir sürprizdir. Beklenenden daha kötü bir sonuçla karşılaşılması hayal kırıklığına sebep olabilir. Kültürel ilişkilere dayalı olan beklenti, bireyin geçmiş deneyimleri ve kültürel gelişim sonucunda hayal edebildiği ihtimaller dâhilinde şekillenmektedir. Böylelikle farklı bireyler açısından farklı anlamlar taşıyabilmektedir. Kavram literatürde psikoloji, pazarlama ve sağlık yönetimi gibi disiplinlerde de farklı şekilde anlamlandırılmakta ve ele alınmaktadır. Bu nedenle çok boyutlu ve karmaşık tanımlamalara sahiptir.

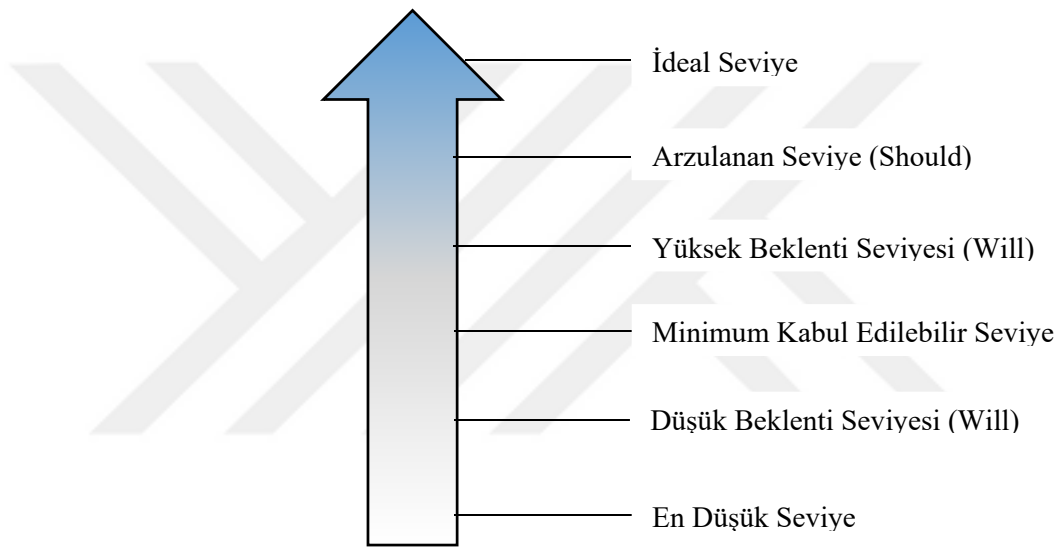
Psikologlar beklentiye “bireyin önceki deneyimlere dayanarak gelecekteki olaylara ilişkin tutumu” olarak tanımlamaktadır (Corsini, 1999: 351). Amerikan Psikoloji Derneği’nin Psikoloji Sözlüğü’nde bulunan tanımlamaya göre beklenti, gergin ve duygusal bir eylem veya durumu tahmin etme halidir. Aynı zamanda, beklenti, bir kişinin bir duruma nasıl yaklaşacağını belirleyen tutumdur. Psikoloji literatüründe “beklentiler” terimi temelde olasılık ve normatif olmak üzere iki şekilde nitelendirilmiştir. *Olasılıklı beklentiler* gelecekle ilgili inançlar veya algılanan muhtemel durumlar olabilir. *Normatif beklentiler* ise bireylerin kendileri ve başkaları için algıladıkları yükümlülüklerdir veya yasaklardır (yani, ne olacağına veya olmayacağına karşı ne olması gerektiği) (Chang, 2012: 16). Bandura (1977: 79) beklentiye etkinlik ve sonuç beklentisi olarak ikiye ayırmaktadır. *Etkinlik beklentisi*, bireyin sonuçları üretmek için gereken davranışı başarıyla uygulayabileceğine olan inancıdır. *Sonuç beklentisi* ise bireyin belirli bir davranışın belirli sonuçlara yol açacağını tahmin etmesi olarak tanımlanmaktadır. Buna göre Bandura (1977)’nin sınıflandırmasının Chang (2012) tarafından yapılan sınıflandırmayı kapsadığı söylenebilir.

Pazarlama disiplinde beklentiler “mal ve hizmetin genel performansına ilişkin olarak, önceki deneyim, tüketicilerin reklam ve satışlar yoluyla çevresinden elde ettiği bilgiler, firmanın imajı, tüketici ihtiyaçları ve kulaktan kulağa sözlerle tüketim öncesi oluşturulan inançlar” şeklinde tanımlanmaktadır (Sütütemiz, 2015: 62). Boulding ve meslektaşları

(1993:9) tüketici beklentilerini, tüketicinin mal veya hizmet hakkındaki öngörülerini olarak ifade etmektedir. Dasu ve Rao (1999: 36) ise beklentileri, tüketicilerin hizmetlerin nasıl yapılacağı ya da olacağını düşünmeleri ve arzulamaları konusundaki inancı şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlamaların yanı sıra literatürde müşteri beklentilerine yönelik farklı seviyelerde tanımlamalar da bulunmaktadır. Boulding ve meslektaşları (1993:9) beklentileri *olacağı düşünülen (will)* ve *arzulanan (should)* olarak iki gruba ayırmaktadır. *Olacağına ilişkin* beklentiler, müşterilerin hizmet alımı esnasında neler olacağına dair inancına karşılık gelirken, *arzulanan* beklentiler hizmet alımı esnasında “ne olması gerektiğine” dair normatif standartlara karşılık gelmektedir. Liljander ve Strandvik (1993) beklentileri, *ideal bir standart* veya öznel norm; pazarla ilgili *endüstri standart* veya nesnel norm; bir müşterinin geçmişte belirli bir ürün veya hizmetle yaşadığı genel tecrübeye dayanan *ilişki standardı* olarak tanımlamaktadır (aktaran Ojasalo, 2001:201). Zeithaml ve meslektaşları(1993:6,10) ise beklentileri arzulanan hizmet, yeterli hizmet ve öngörülen hizmet olarak üç farklı tipte ele almaktadır. Arzulanan hizmet, müşterinin almayı umduğu hizmet düzeyi olarak adlandırılmaktadır. Arzulanan hizmet, müşterinin "olabileceğine" ve "olması gerektiğine" inanıklarının bir karışımıdır. *Yeterli hizmet*, müşterinin kabul edeceği hizmet düzeyi olarak tanımlanmaktadır. *Öngörülen hizmet* ise müşterilerin gerçekleşeceğine inandığı hizmet seviyesidir. Benzer şekilde Parasuraman ve meslektaşları (1991: 42) da müşterinin hizmet beklentilerini *arzulanan* ve *yeterli hizmet* olarak iki seviyede ele almaktadır. Araştırmacılar, iki beklenti düzeyi arasında yer alan aralığı “tolerans bölgesi” olarak ifade etmektedir. Tolerans bölgesi, hizmetlerin heterojen olması sebebiyle, müşterilerin kabul ettiği alt düzeydeki hizmet ile üst düzeydeki olması gerektiğine inandığı beklenti seviyesini ayıran bölgedir. Bu bölge genişleyebilir veya daralabilir (Zeithaml et al., 1993:6; Parasuraman et al., 1991: 42).

Beklentiler, sağlık yönetimi alanında da çeşitli seviyelerde ele alınmaktadır. Uhlman ve meslektaşları (1984: 681) beklentileri, belirli bir olayın meydana gelme olasılığı algısının yansıtılması olarak tanımlamaktadırlar. Kravitz (1996) hasta beklentileri kavramını olasılık ve değer olmak üzere iki tanımlayıcı hususla ifade etmektedir. İlk anlamında hasta beklentileri, gelecekteki klinik sonuçların olasılıkları hakkındaki inançlardan oluşmaktadır. Değer anlamında ise arzu, gereklilik, hak ve tutum anlamına gelmektedir (aktaran Thorsen et al, 2001: 641). Hasta beklentileri kavramı, hastaların sağlık kurumlarından talep ettiği tıbbi ve yönetim hizmetinin taşınması gereken özellikler

(Bostan, Acuner & Yilmaz., 2007:63); hastaların tıbbi bakım esnasında ya da sonucunda ortaya çıkması beklenen öngörüler (Chang, 2012: 24); bilişsel süreçlerle oluşturulan, sağlık hizmeti süreçleri, olayları veya sonuçları ile ilgili beklenen inanç ve değerler olarak da tanımlanmaktadır (Pittet et al., 2018: 2). O halde hasta beklentileri, hastaların sağlık hizmetleri sunum sisteminden almayı bekledikleri hizmetler ya da hizmetlerin özellikleri olarak tanımlanabilir. Beklenen ve deneyimlenen sağlık hizmetleri arasında fark ise karşılanamayan beklentiler olarak betimlenebilir. Rust, Zahorrik ve Keiningham (1996: 231) beklentileri en düşük seviyeden en yüksek seviyeye doğru altı düzeyde sıralamaktadır (Şekil 1).



Şekil 1: Beklenti Hiyerarşisi

Kaynak: Rust, R. T., Zahorrik, A., J. & Keiningham, T. L. (1996). *Service Marketing*, New York: Harper Collins College Publishers. s.231.

Model en alt seviyede neredeyse hastanın sağlık sisteminden hiçbir beklentisi olmamasından, yani neredeyse sıfır beklentiden başlayarak altıncı düzeye ulaşıldığında sunulan hizmetlerin hastanın beklentisi üzerine çıkmasına kadar değişen bir süreci ifade etmektedir. Buna göre *en düşük seviyede* hasta, hastalığın tedavisi ile ilgili neredeyse hiçbir beklentiye sahip değildir. *Düşük beklenti seviyesinde* hasta, hastalığının tedavisi ile ilgili beklentilere sahip olabilir, ancak beklentileri tıbbi gereksinimlerden daha düşük bir seviyede olabilir. *Minimum kabul edilebilir seviyede* hasta, tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmasını isteyebilir, ancak hastalık hakkında bilgi almak veya kararlara katılmak istemeyebilir. *Yüksek beklenti seviyesinde* ise hasta, hem tıbbi gerekliliklerin karşılanmasını hem de kendisine uygulanan işlemler hakkında bilgi isteyebilir ya da

hizmet sunumundan belirli düzeyde bir konfor ve kararlara katılım hakkı talep edebilir. Eğer hastanın beklentisi *arzulanan seviyeye* ulaşırsa hasta sağlık hizmeti uzmanlarının, kalite belirleyicilerin ve yasal düzenlemelerin önerdiği tıbbi gereksinimlere karşılık gelen hizmetleri talep eder. *İdeal beklenti seviyesinde* ise sunulan hizmet hastanın beklentilerinden çok daha yüksek düzeydedir. Herhangi bir sınırlama yoktur.

Thompson ve Sunol (1995: 130-131) literatür incelemesine dayanarak Rust, Zahorrik ve Keiningham (1996) altı düzeyde belirledikleri yaklaşımdan farklı olarak dört beklenti tanımı ileri sürmektedir. Bunlar; ideal beklenti, öngörülen beklenti, normatif beklenti ve biçimlendirilmemiş beklentidir. *İdeal beklenti*, özlem arzu, istek veya tercih edilen sonuç; *öngörülen beklenti*, gerçekçi, pratik veya beklenen sonuç; *normatif beklenti*, neyin olması gerektiği veya olması gerekenlerin belirtilmesi; *biçimlendirilmemiş beklenti* ise hastaların korkuları, kaygıları, sosyal normlara uymak gibi nedenlerden dolayı duygularını ifade etmekte zorlandığı ya da beklentilerini açıkça ifade edemedikleri veya ifade etmeye isteksiz oldukları durumlarda ortaya çıkan beklenti türü olarak tanımlanmaktadır.

Yukarıda ifade edilen tanımlar ve sınıflandırmalar dikkate alındığında hasta beklentilerinin çok farklı yanları olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetinin yapısı (bina, ekipman, personel vs.), süreç (bekleme süresi, personel-hasta etkileşimi vs.), sağlık sonuçları (hasta sağlığı üzerinde sağlık hizmetinin etkisi, hastanın kendi sağlığını değerlendirmesi vs.) ve hastaların farklı branş/bölümden hizmet alması bu duruma örnek olarak verilebilir (Bowling et al.,2012: ix). Ayrıca, hasta beklentileri yalnızca farkında olunan ya da görünenler ile sınırlı değildir; aynı zamanda bilinçdışı nitelikler taşıyan ve hastanın ya da doktorun farkına varamadığı beklentileri de içermektedir (Özmen & Ozan, 2018: 431).

1.2. Hasta Beklentileri ile İlişkili Yaklaşımlar

Beklentiler, çoğu zaman kabul görmüş teorik temellere dayandırılarak açıklanmaktadır. Bunlar; Beklenti Teorisi (Bowling & Rowe, 2014; Frymann, 2007; Ogden, 2000; Lau-Walker, 2004), Sosyal Öğrenme Teorisi (Bowling & Rowe, 2014; Metcalfe & Moffett, 2005; Lau-Walker, 2004; O'Malley et al., 2004), Sosyal Bilişsel Teori (Bandura, 2004, 1998; Janzen et al., 2006; Lucas et al., 2013; Richardson, 2001; Spagnolo, Colloca & Heilig, 2015; Wójcicki, White & McAuley,2009), Sosyal Mübadele Teorisi (Donohue, 2003; Lee, 2017; Zaki & Ahmed, 2018), Tepki Beklenti Teorisi (Kirsch et al., 2014;

Kirsch, 1997), Asimilasyon Teorisi (Ross et al., 1987), Zıtlık Teorisi (Pei, 2018), Genel Olumsuzluk Teorisi (Ross et al., 1987), Asimilasyon-Zıtlık Teorisi (Ben Gasseem, 2017; Thompson & Sunol, 1995) ve Uyum Seviyesi Teorisi (Luo, 2017)'nden oluşmaktadır. Teorilerin çoğunda bireylerin davranışları için belirli modeller geliştirilerek beklentiler açıklanmaya çalışılmıştır. Bu sebeple bu çalışmada yukarıda sayılan teorilerin tamamı incelenmemekte; Hasta Beklentileri, Beklenti Teorisi, Sosyal Öğrenme Teorisi, Sosyal Bilişsel Teori, Sosyal Mübadele Teorisi ve Plosebo Etkisi (Bowling et al., 2012; Frymann, 2007; Flood et al., 1993; Ladeira et al., 2019; Ogden, 2000) başlıkları altında tartışılmaktadır.

1.2.1. Beklenti Teorisi

Teorinin temsilcisi Victor H. Vroom'dur ve 1964 yılında kaleme almış olduğu *Work and Motivation* adlı kitabında teoriyi ileri sürmüştür. Teoride, bireyin belirli bir davranışa yönelik eğilimi, bireyin davranışı ile elde edeceği sonuca ilişkin arzusu ve belirli bir davranışın çalışanı sonuca ulaştıracağı hakkındaki beklenti düzeyi olarak ifade edilmektedir. Başka bir ifade ile beklenti teorisi, belirli bir yönde davranış eğilimini, bireyin davranış sonucuna ilişkin beklentisi ve sonucun birey için çekiciliğine bağlı olduğunu ileri sürmektedir (Robbins & Judge, 2017: 225). Buna göre bireyin seçimleri, isteklerini en üst seviyeye çıkarmak ve tercihlerden kaynaklanan olumsuzlukları en aza indirmek amacıyla gerçekleşmektedir.

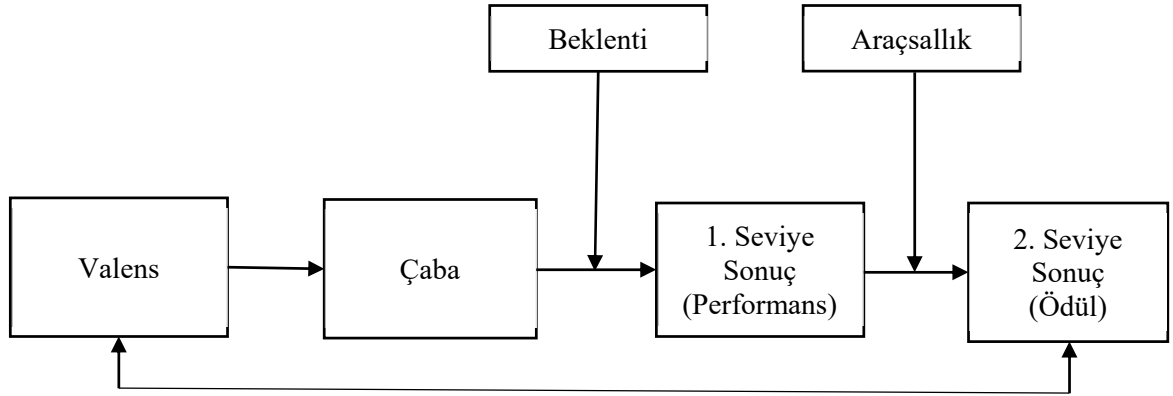
Vroom (1964:15-19), bireylerin karar verme sürecinde çaba göstermelerinin üç değişkene bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar: valens, araçsallık ve beklentidir (Şekil 2).

Valens, bireyin belirli bir sonuçtan hoşnut olup olmama durumudur. Eğer birey sonuçtan hoşnut ve arzu ediyorsa bu pozitif bir valenstir. Buna karşılık bireyin sonuçtan hoşnut olmaması ve çaba göstermemesi ise negatif valenstir. Bireyin sonuçlar hakkında kayıtsız/ilgisiz olması durumu da sıfır valens olarak değerlendirilmektedir. . Bundan dolayı, bireylerin sonuçlara yönelik arzulama güçleri/dereceleri farklı olduğundan sonuçlara ilişkin valens değerleri de farklılık göstermektedir. Bu durumda ortaya çıkacak olan sonuç bireylerin sonuca ilişkin vermiş olduğu değere ve arzulama gücüne/derecesine bağlıdır. Dolayısıyla *valens*, geniş bir yelpazede negatif ve pozitif değer alabilen bir değişkendir.

Araçsallık, bireyin performansının olumlu ya da olumsuz sonuçlarla ilgili olduğu algısıdır. Şekil 2’de görüldüğü gibi, birinci ve ikinci seviye sonuç arasındaki ilişki ile ilgilidir ve bireyin birinci seviye sonuçlarının ikinci seviye sonuçların öncülü olacağı inancına dayanmaktadır. Örneğin, hastanın sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sigorta primlerini ödemeye katlanması birinci düzey (araçsal) beklentisine verdiği değer olarak kabul etmesine karşılık; hastanın ödediği sigorta karşılığında yüksek kalitede hizmet alacağı inancı ise ikinci seviye sonucu ifade etmektedir. Bu durumda birinci düzey sonuç ikinci düzey sonuca ulaşmak için araç olarak değerlendirilmektedir. Başka bir ifade ile birey yüksek kalitede hizmet alma beklentisine verdiği değer (valens) sebebiyle sağlık hizmeti almak için sigorta primi ödemeyi kabul edebilir.

Beklenti, bireyin çabasının performansını olumlu yönde etkileyeceğine yönelik algısıdır. Bu bir eylem (çaba) ile sonuç (performans) arasındaki algılanan ilişkidir. Aynı zamanda, bireyin belirli bir davranışının veya eyleminin (çaba) belirli bir sonuca (performans) ulaştıracağı yönündeki inancı olarak ifade edilebilir.

Buna göre, Vroom, bu üç algının bireye motivasyonel bir 'güç' sağlamak için bir araya geldiğini öne sürmektedir.



Şekil 2: Vroom'un Beklenti Teorisi

Kaynak: Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. New York: John Wiley & Sons.s.15

Beklenti teorisinin temelini beklenti ile sonuç arasındaki algılanan ilişkiye dayanarak ortaya çıkan bireysel algılar oluşturmaktadır. Bu değerler ise, hastanın almış olduğu sağlık hizmeti sonucundan ve deneyiminden etkilenmektedir.

1.2.2. Sosyal Öğrenme Teorisi

1950'lerin başında, Julian B. Rotter (1954, 1972, 1982), sosyal öğrenme teorisini geliştirmiştir. Teoride, bireyin davranışlarının çevresiyle olan etkileşimi açıklanmaya çalışılmaktadır. Teoriye göre, bireyin düşünme şeklinin ve çevresinin değişmesi durumunda davranışlarında da değişiklikler meydana gelmektedir. Rotter, kişilerarası ilişkilerde yaşanan ödüller ve cezalar gibi sosyal pekiştiricilerin insan davranışları üzerinde güçlü etkiye sahip olduğunu ileri sürmektedir. Bu davranışlar, başkalarından sevgi, övgü ve onay almaya çalışmanın yanı sıra eleştirilmekten, utanç duymaktan ve alay edilmekten kaçınmaktır.

Rotter, sosyal davranış teorisi modelinde davranışı tahmin etmek için gerekli olan dört temel bileşen olduğunu ileri sürmektedir. Bunlar; *davranış potansiyeli*, *beklenti*, *pekiştirici değer* ve *psikolojik durumdur*.

Davranış potansiyeli, belirli bir durumda belirli bir davranış sergileme ihtimalidir. Herhangi bir durumda, insanın göstermeye yeltenebileceği birden fazla davranış vardır. Her olası davranış için, bir davranış potansiyeli vardır. Birey böylelikle hangi davranışın en yüksek potansiyele sahip olduğunu gösterecektir.

Beklenti, bir davranışın belirli bir sonuca neden olabileceğinin öznel ihtimali olarak ifade edilmektedir. "Yüksek" veya "güçlü" beklentilere sahip olmak, bireyin davranış sonucu neticesinde kendine güvendiğini göstermektedir. Düşük beklentiye sahip olmak ise bireyin davranışının pekiştirmeyle sonuçlanması ihtimalinin düşük olduğuna inanması durumudur. Beklentiler geçmiş deneyimlere dayanarak oluşturulmaktadır. Bir davranış geçmişte ne kadar sık pekiştirmeye sahip olursa, bireyin davranışının sonucu elde etme beklentisi de o kadar güçlü olmaktadır.

Pekiştirici değer, sonucun arzu edilebilirliği olarak ifade edilmektedir. Bizi çeken, gerçekleştirmek istediğimiz şeylerin yüksek bir pekiştirici değeri vardır. Kaçındığımız veya olmasını istemediğimiz şeylerin ise düşük pekiştirici değeri vardır. Beklentide olduğu gibi, pekiştirici değer de öznelidir. Yani, aynı olay veya deneyim, bireyin yaşam deneyimine bağlı olarak, arzu edilebilirlikte büyük ölçüde farklılık gösterebilir.

Eğer bireyler, asgari hedeflerine eşit veya onları aşan sonuca ulaşırlarsa, başarılı olduklarını hissederler. Pekiştirme seviyesi bireyin asgari hedefinin altında ise, bu durum başarısızlık olarak hissedilir. Aynı zamanda bireylerin asgari hedefleri farklılık

göstermektedir. Bundan dolayı, aynı sonuç için asgari hedefi düşük olan birey başarılı olduğu hissine sahip olurken, asgari hedefi yüksek olan birey ise başarısızlık hissine kapılabilir.

Psikolojik durum, farklı insanların neden aynı koşullarda farklı davrandıklarını açıklamaktadır. Ayrıca, insanların davranışlarını belirleyen nesnel uyaranlardan ziyade, onların kendileri için anlamlı olan ve nasıl davranacaklarını belirleyen çevreyi öznel yorumlamasını belirtmek için de kullanılmaktadır.

Rotter, beklentilerin ve pekiştirici değerlerin zaman içinde gelişeceğini ileri sürmektedir. Özellikle, sosyal ilişkilerin sevilen ve sevilmeyen şeyleri şekillendirdiğini ifade etmektedir. Eğer birey geçmişte belirli bir davranış için ödüllendirilmiş ise gelecekte başarılı olma beklentisi yüksek olacaktır. Ayrıca Rotter, yalnızca kişisel olarak deneyimlenen sonuçların beklentileri etkilemediğine; başkalarının deneyimlerinden gözlemlenen sonuçların da beklentileri etkilediğine inanmaktadır. Dolayısıyla birey, başkalarının belirli bir davranış için reddedildiğini gözlemlerse bu davranış için reddedilme beklentisi bizzat reddedilmeyi deneyimlemeye gerek kalmadan gelişmiş olacaktır.

1.2.3. Sosyal Bilişsel Teori

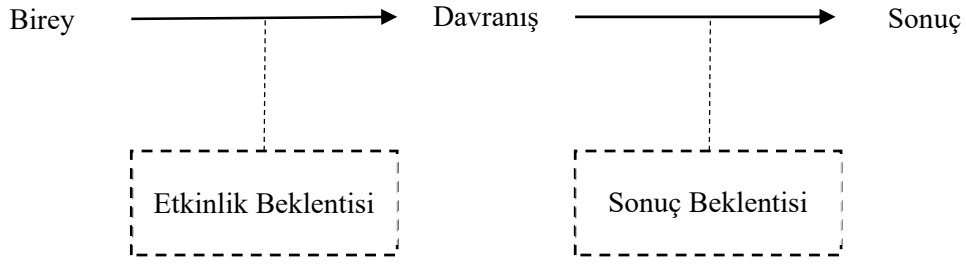
Teori ilk olarak 1977 yılında Bandura tarafından “Sosyal Öğrenme Teorisi” olarak ele alınmış olup, üzerinde çalışarak teorinin adı 1986 yılında “Sosyal Bilişsel Teori” olarak değiştirilmiştir. Bandura’nın ilk olarak öğrenmeye getirdiği yaklaşım sosyal davranışçılıktır. Sosyal öğrenme kuramında taklit ve gözlemin, insanın öğrenmesini açıklamada yetersiz kaldığını anladığında, Bandura kuramını düşünme, hafıza, dil ve davranışların sonuçlarını tahmin etme ve değerlendirme gibi bilişsel süreçleri de içine alacak biçimde genişletmiştir (Malone, 2002).

Sosyal öğrenmede (Bandura, 1977: 9,10,11,124,165; Young, Lipowski & Cline, 2005: 272-3) karşılıklı determinizm modeline göre, *davranış, kişisel faktörler* ve *çevresel faktörler* birbirini etkileyen belirleyiciler olarak işlev görmektedir. Bu belirleyicilerin birbirlerine olan nispi etkisi, farklı davranış ve çeşitli ortamlarda değişiklik göstermektedir. Buna göre, çevresel faktörlerin davranış üzerinde güçlü sınırlama etkisinin olduğu zamanlar var iken, davranışın da çevresel faktörlerin yönünü düzenleyici etkisinin olduğu zamanlar vardır. Yani teoride çevresel faktörlerin davranışı, davranışın

da çevresel faktörleri etkilediği vurgulanmaktadır. Aynı zamanda görüşe göre, insanlar ne iç güçler/dürtüler tarafından yönlendirilir, ne de çevresel uyaranlara bürünürler. Aksine, psikolojik işleyiş kişisel ve çevresel faktörlerin sürekli karşılıklı etkileşimi olarak açıklanmaktadır.

Sosyal öğrenme teorisi, gözlemlenen ödüller ve cezalar, başkalarının düşüncelerini, duygularını ve eylemlerini değiştiren çeşitli mekanizmalar ortaya koymaktadır. Teoriye göre, bireyler kendi öz motivasyonlarında aktif etken olarak faaliyet gösterirler. Standart bir ortamda bireyler hangi tutarsızlıkların kendilerini motive edeceğini ve hangi faaliyetlerde ustalaşmaları gerektiğini belirlerler. Çünkü insanlarda sadece çevresel olaylar tarafından yönetilen iç mekanizmalar gözlenmez. Çevresel faktörler deneyimlerden daha ziyade deneyimlerin araçlarıdır. Duyusal, motor ve serebral sistemler, insanların yaşamlarına anlam, yön ve doyum veren görevleri ve hedefleri gerçekleştirmek için kullandıkları araçlardır (Bandura, 2005: 315).

Şekil 3’de görüldüğü gibi Bandura (1977: 79,80) beklentiyi *etkinlik* ve *sonuç beklentisi* olarak ikiye ayırmaktadır. Sonuç beklentisi, bireyin belirli bir davranışın belirli sonuçlara yol açacağını tahmin etmesi olarak tanımlanmaktadır. Etkinlik beklentisi ise bireyin sonuçları üretmek için gereken davranışı başarıyla uygulayabileceği inancıdır. Etkinlik beklentileri, bireylerin ne kadar çaba harcayacağını ve engeller ve caydırıcı/kaçınmalı deneyimler karşısında ne kadar süre dayanabileceğini belirler. Bu beklentiler ne kadar güçlü olursa, çabalar o kadar aktif olur. Sonuç ve etkinlik beklentileri birbirinden farklıdır. Çünkü bireyler belirli bir eylemin belirli sonuçlar doğuracağına inanabilir. Örneğin, bir kadının (birey) sağlık nedenleriyle (sonuç) sigarayı bırakması (davranış) için hem bırakmanın sağlığına fayda sağlayacağına (sonuç beklentisi) hem de bırakabileceğine (etkinlik beklentisi) inanması gerekir (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988: 178). Ancak bu eylemleri gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceklerini sorgulayabilirler.



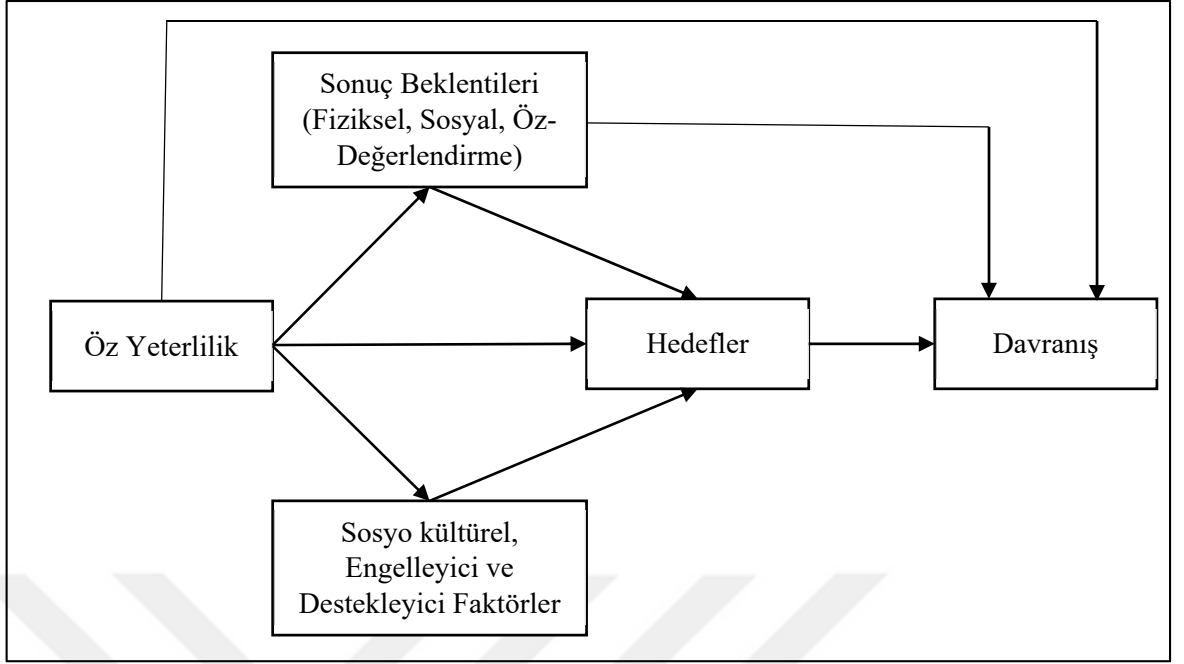
Şekil 3: Beklentiler Arasındaki Farklılık

Kaynak: Bandura, A.(1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall. s.79

Sosyal bilişsel teori, temel bir belirleyici grubu, çalışma mekanizmasını ve bu bilgiyi etkili sağlık uygulamalarına dönüştürmenin en uygun yollarını belirlemektedir. Temel belirleyiciler arasında sağlık riskleri ve farklı sağlık uygulamalarının yararları hakkında *bilgi sahibi* olmak, birinin sağlık alışkanlıklarını kontrol altına alabilmesi için *algılanan öz yeterliliği*, farklı sağlık alışkanlıkları için beklenen maliyet ve faydalarla ilgili *sonuç beklentileri*, insanların kendileri için belirlediği *sağlık hedefleri* ve bunları gerçekleştirmeye yönelik somut planlar ve stratejiler ve *algılanan kolaylaştırıcıları* ve bireylerin aradıkları değişiklikler için sosyal ve yapısal *engelleri* yer almaktadır (Bandura, 2004: 144; Lippke & Rennerberg, 2006: 42).

Belirleyicilerden biri olan sonuç beklentisi, Bandura (2004: 144) tarafından üç farklı biçimde ele alınmaktadır. Bunlardan ilki davranışların memnun edici ve caydırıcı/olumsuz etkileri ve beraberindeki maddi kayıplar ve faydaları içeren *fiziksel sonuçlardır*. Birinin kişilerarası ilişkilerde davranışın ortaya çıkardığı sosyal onay ve reddedilmeyi içeren *sosyal tepkiler* ikinci tür sonuç beklentisidir. Üçüncü tür ise birinin kendi sağlık davranışı ve sağlık durumuna ilişkin olumlu ve olumsuz *öz-değerlendirmesi* ile ilgilidir. Örneğin, insanlar diyeti kilolardan kurtulmak için yapmaktadırlar. Buradaki temel amaç, sağlıklı fiziksel sonuçlara ulaşmak, sosyal çevreden onaylayıcı/olumlu tepkiler almak ve kendisine ilişkin gerçekleştireceği olumlu öz değerlendirme ile ilgili beklentilerin karşılanmasıdır. Yani birey burada davranışı gerçekleştirmekten çok, davranışın neticesinde elde edeceği sonuçlara odaklanmaktadır.

Bandura (2004: 146) tarafından geliştirilen sosyal bilişsel teori modeli Şekil 4’de görülmektedir.



Şekil 4: Sosyal Bilişsel Teori

Kaynak: Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*, 31(2), s.146.

Şekil 4’deki etki yollarına göre, algılanan öz yeterlilik, hem sağlık davranışlarını hem de hedefler, sonuç beklentileri ve algılanan engelleyici ve destekleyici faktörler üzerinde etkiye sahiptir. Öz yeterlilik, sağlık davranışını hem doğrudan hem de diğer belirleyiciler üzerindeki etkisi nedeniyle, temel belirleyici olarak rol oynamaktadır. Algılanan öz yeterlik ne kadar güçlü olursa, insanların kendileri için koydukları hedefler o kadar yükselir ve onlara olan bağlılıkları da artar. Öz-yeterlik inancı, insanların bekledikleri sonuçları şekillendirir. Yüksek öz yeterliliğe sahip olanlar olumlu sonuçlar elde etmeyi beklerler. Düşük olanlar ise, kötü/olumsuz sonuçların meydana geleceğini sanırlar. Zorluklar karşısında durmaz ve denemekten vazgeçerler (Ryan, 2005: 711).

Sosyal Bilişsel Teori, sağlık davranışlarını etkileyen psikososyal yapılar ile davranışta değişime yol açan yöntemleri birlikte ele alması ve değerlendirmesi nedeniyle önemli bir teoridir (Yardımcı & Mert, 2015: 26). Teoriye göre, davranış, kişisel faktörler ve çevresel faktörlerin aralarındaki etkileşimin tek boyutlu olmadığı, birbirini etkileyen belirleyiciler olarak sinerjik bir yapıya sahip oldukları ve farklı davranış ve çeşitli ortamlarda değişiklik gösterdiği savunulmaktadır (Bandura, 1977; 1982). Literatürde yer alan çalışmalarda Sosyal Bilişsel Teori’nin bireylerin sağlık davranışlarının değiştirilmesinde etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Örneğin, yaşlı bireylerin uzun süreli egzersiz davranışını tahmin

etmede değişkenlerin faydasının incelendiği çalışmada (McAuley et al., 2003), sosyal bilişsel değişkenlerin egzersize bağlılık modellerine dahil edilmesi için destek sağlamakta ve uzun sureli egzersiz davranışında öz yeterliliğin önemli rolü vurgulanmaktadır. Schnoll & Zimmerman (2001)'ın çalışmasında ise hedef belirleme ve kendi kendini izlemeyi (z düzenleme stratejisi) birleştirmenin, diyet davranışı değişikliğini önemli ölçüde artırdığı gözlenmiştir.

1.2.4. Sosyal Mübadele Teorisi

Sosyal mübadele teorisi, bireyler arasındaki sosyal ilişkileri bir tür kaynak mübadelesi olarak gören en eski sosyal davranış kuramlarına kadar uzanmaktadır. Sosyal mübadele teorisinin temeli Homans (1961) tarafından atılmıştır. Homans (1961: 13) göre sosyal mübadele, en az iki kişi arasında gerçekleşen az veya çok maliyetli ya da ödüllendirici olan somut veya soyut malların mbadelesidir. Karşılıklı olarak ödüllendirme varsa sosyal mübadele devam edecektir. Teori, Blau (1964) ve Emerson (1976) tarafından geliştirilmiştir. Yazarlara göre bireyler, diğerleri ile (bireyler, gruplar veya örgütler) arzuladıkları sonuçlara ulaşmak için işbirliği yaparlar (şenturan, 2014: 213). Böylelikle bireyler ilişkiyi sürdürmek için birbirlerine kaynak sağlarlar ve yükümlülüklerini yerine getirirler.

Blau, sosyal mübadele teorisine son şeklini vermiştir. Ona göre sosyal mübadele, bireyin beklentileri doğrultusunda yaptığı fayda – maliyet veya ödül – bedel analizi neticesinde gerçekleşen rasyonel bir seçim sürecidir (Emerson, 1976: 341). Teori de genellikle bireyler arasındaki etkileşimler, gönüllülük esasına dayanan karşılıklı sosyal yükümlülükleri üreten eylemler olarak görülmektedir (Blau, 1964: 91). Sosyal mübadele teorisi, iki çeşit ilişki üzerinde durmaktadır: sosyal mübadele ilişkisi ve ekonomik mübadele ilişkisi. Bu iki ilişkinin önemli farklılıkları vardır (Blau, 1964: 93).

Sosyal mübadele ilişkisinde, bireyler karşılıklı olarak iyilik içeren bir takım ilişkilere girmektedir. Bu ilişkiler belirli bir zorunluluğa dayandırılmamaktadır. İyilikte bulunan birey karşı tarafın da aynı şekilde karşılık vermesini beklemektedir. Bu karşılığın zamanlaması ve niteliği gönüllük esasına dayanmaktadır. Taraflar arasındaki beklentinin karşılanması sosyal mübadele ilişkisini devam ettirmektedir. Böylelikle taraflar arasında elde edilen kazanımlar pazarlık konusu yapılamayacak kadar minnettarlık ve güven duygusu oluşturmaktadır (Blau, 1964: 93,94).

Ekonomik mübadele ilişkisinde, taraflar arasındaki ilişki belirli işlem ve sözleşmelere dayandırılmaktadır. Bu ilişkide taraflar gerekli olmadığı sürece gönüllü ve işbirlikçi davranışlarda bulunmazlar. Elde edilen sonuçlar daha çok maddi özelliklidir (Moideenkutty, 2005: 92). Buna göre, sosyal mübadele ilişkisi sosyo-duygusal yönleri (yani, minnettarlık ve güven duyguları) vurgularken, ekonomik mübadele ise ilişkinin finansal ve daha somut yönlerini vurgulamaktadır (Shore et al., 2006: 839).

Sosyal Mübadele Teorisi, sunucu-hasta etkileşimi için potansiyel bir çerçeve olabilir. Örneğin, hastaların perspektifinden sağlık kuruluşuna başvuruya ilişkin bir teori çalışmasında, Chalmers (1992), taraflar arasındaki alma - verme davranışlarının hasta-hemşire etkileşimini karakterize ettiğini bulmuştur. Donohue (2003), mübadele teorisinin bir kadın sağlığı kliniğinde hizmet alan ile sunucu arasındaki etkileşimi anlamada ve açıklamada yardımcı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sosyal Mübadele Teorisinin anne-çocuk ev ziyaretleri bağlamında hasta-hemşire etkileşimini anlamak için potansiyel olarak faydalı olduğu belirlenmiştir (Byrd, 2006). Buna göre, sosyal mübadele teorisi birbirleriyle temas halinde olan bireyler arasındaki etkileşimle ilgilenmekle birlikte, hasta – sunucu etkileşimindeki değişimin doğasını incelemek için potansiyel oluşturmaktadır.

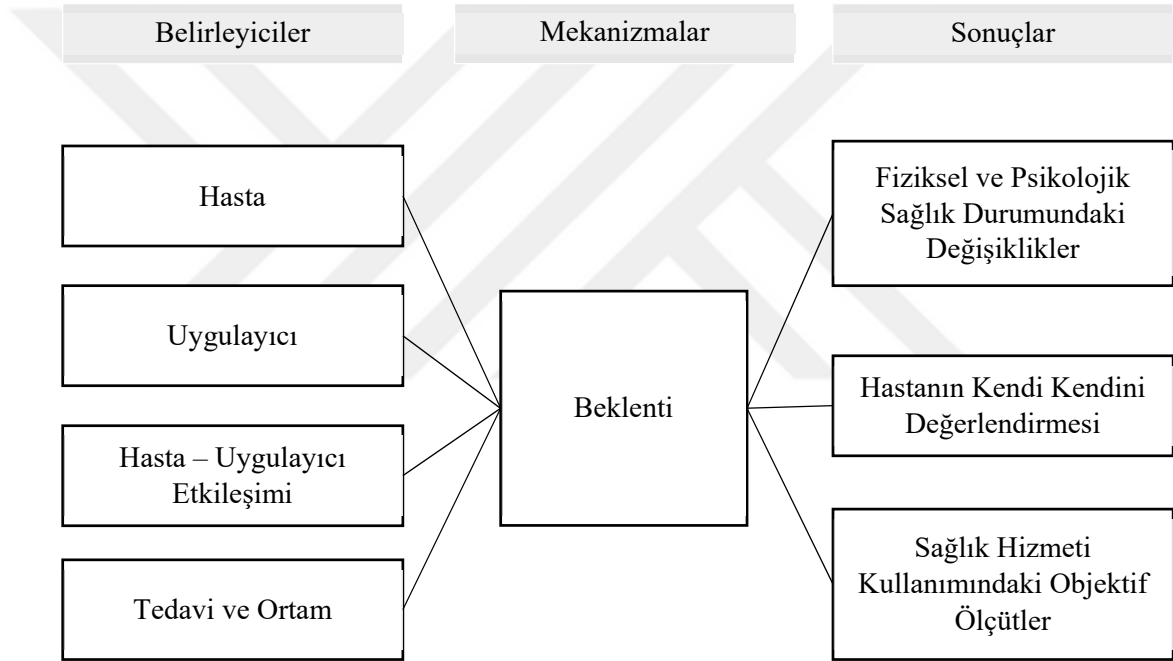
1.2.5. Plasebo Etkisi

Arthur K. Shapiro, kariyerinin çoğunu plasebo etkisini inceleyen bir psikiyatrist olarak geçirmiştir. 1964 yılında, yaygın olarak kullanılan plasebo ve plasebo etkisinin tanımını yapmıştır: Plasebo, (1) kasıtlı olarak bir etkiye sahip olmak için veya (2) bilmeden verilen ve bir semptom, sendrom, hastalık veya hasta üzerinde bir etkisi olan ancak tedavi edilen rahatsızlık için spesifik bir aktiviteye sahip olmayan herhangi bir iyileştirici işlem (veya herhangi bir iyileştirici işlemin bir bileşeni) olarak tanımlanmaktadır. Plasebo ayrıca araştırmada yeterli bir güç/denetim olarak kullanılır. Plasebo etkisi, plasebolar tarafından oluşturulan değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile plasebo etkisi “plaseboların oluşturmuş olduğu spesifik olmayan psikolojik veya psikofizyolojik (zihinsel ve ruhsal süreçler ile fiziksel süreçler arasındaki ilişkiyi ele alan bir psikoloji dalıdır) etki” olarak tanımlanmaktadır (Crow et al., 1999: 1).

Plasebo etkileri, kısmen de olsa, hastaların tedaviye ve yararlarına ilişkin beklentileri ve inançları ile ilgili olabilir. Ayrıca, tedavi öncesi hastanın duygusal durumu, ilaç kullanımına başlamadan önceki bilgi ve iletişim gibi beklenen sonucu ve bunun gibi

diğer birçok faktörün tedavi beklentilerini etkilediği de görülmektedir (Ladeira et al.,2019: xx). Bu nedenle pozitif plasebo etkisinin oluşturulması, tedavi etkisi/yararı ve hastaların beklentilerinin potansiyel etkisine ilişkin değerlendirmelere dahil edilmesi gerekmektedir (Bowling et al.,2012: 7).

Plasebo etkisi üzerine gerçekleştirilen bir çalışmada, beklentilerin bir dizi klinik durum ve sonuçta plasebo etkisi için önemli bir mekanizma olduğu belirlenmiştir (Crow et al., 1999). Yapılan başka bir çalışmada yol göstermesi bakımından plasebo etkisi modeli geliştirilmiş olup; belirleyiciler, mekanizmalar ve sonuçlar olarak üç kısma ayrılmıştır (Şekil 5) (Crow et al., 1999: 6).



Şekil 5: Plasebo Etkisi Modeli

Kaynak: Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., & Thomas, H. (1999). The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 3(3). s.6.

Beklentiler, “tedaviyle ilgili sonuç beklentisi” (tedavinin sağlık durumunu olumlu veya olumsuz yönde etkileyeceği inancı) ve “hastayla ilgili öz yeterlik beklentisi” (birinin hastalık yönetimi için veya tedavi ile başa çıkabilmesi için gerekli eylemleri gerçekleştirebileceği inancı) olarak ifade edilmektedir (Crow et al., 1999:4). Beklentiler, türü bakımdan üç klinik alana odaklanmakla birlikte (tıbbi prosedürlere hazırlık, hastalık yönetimi ve tıbbi tedavi); iki temel yaklaşım içerisinde (Crow et al., 1999: 11);

1. Tedaviyle ilgili sonuç beklentileri:

- Süreç beklentisi (tıbbi prosedürlere hazırlık ile ilgili)
- Olumlu sonuç beklentisi (tıbbi tedavi ile ilgili)
- Olumsuz sonuç beklentisi (tıbbi tedavi ile ilgili)

2. Hastayla ilgili öz yeterlik beklentileri:

- Etkileşim öz yeterliliği (hastalık yönetimi ile ilgili)
- Yönetim öz yeterliliği (tıbbi prosedürlere hazırlık ve hastalık yönetimi ile ilgili) olarak sınıflandırılmaktadır.

Yukarıda verilen yaklaşımlar özetlenirse; Beklenti Teorisi'ne göre, bireyin sağlık hizmeti hakkındaki birinci seviye sonucunu (performans) oluşturan algısı veya arzulama derecesi, çaba ve beklenti arasındaki ilişki sonucunda ortaya çıkmaktadır. Elde edilen birinci seviye sonuç ile birlikte bireyin deneyimlemiş olduğu olumlu veya olumsuz sağlık hizmeti bireyi ikinci seviye (ödül) davranış eğilimine yönlendirecektir. Buna göre, olumlu sonuçlanan davranış eğilimi pozitif valensi oluştururken, olumsuz sonuçlanan davranış eğilimi ise negatif valense neden olmaktadır. Bundan dolayı, bireyin sonuca yönelik davranış eğilimi farklı olduğundan valens değeri de farklı sonuçlanmaktadır.

Sosyal öğrenme teorisine göre, bireyin davranışlarındaki değişiklikler geçmiş deneyimler ve sosyal etkileşimler sonucunda meydana gelmektedir. Bu durum bireyin hem sonuç beklentisini hem de sonucun arzu edilebilirliğini etkilemektedir. Bireyin kendisi veya çevresi tarafından deneyimlenen sağlık hizmeti de bireyin gelecekteki sağlık hizmetine ilişkin beklentilerini etkilemektedir.

Sosyal bilişsel teoriye göre, çevresel faktörler bireyin davranışlarını, bireyin davranışları ise çevresel faktörleri etkilemektedir. Bireyin davranışları, bireyin çabası ve deneyimleri karşısındaki eylemleri sonucunda oluşmakla birlikte, belirli sonuçlara sebep olabilmektedir. Teoride, birey davranışı gerçekleştirmekten çok, davranışın neticesinde elde edilen sonuca odaklanmaktadır. Böylelikle birey sağlıklı fiziksel sonuçlara ulaşmakta, sosyal çevresinden onay almakta ve kendine ilişkin olumlu öz değerlendirme ile ilgili beklentilerini karşılamaktadır.

Sosyal mübadele teorisine göre ise bireylerin, ödüllendirilme beklentisi (saygı görme, onur, arkadaşlık, dikkate alınma vb.) içinde sosyal ilişkilere girdiği ve bu ilişkileri sürdürdüğü temel varsayımına dayanmaktadır. Yani birey belirli davranışları,

karşıdakilerden aynı ya da benzer davranışı bekledikleri için sergilemektedir. Dolayısıyla bireyler etrafındakilere kendisine nasıl davranılmasını istiyorsa o şekilde davranacaktır.

Sonuç olarak, hastanın davranışlarını etkileyen ve belirleyen pek çok unsuru değiştirmek için farklı teoriler mevcuttur. Bu teoriler, araştırmacılara farklı şartlar altında ve farklı sorunlara karşı çözüm önerisi sunmakta ve yol göstermektedir. Bu sebeple araştırmacılar, uygulamaları için faydalı olan, doğrudan ilişkide oldukları hedef kitlelere uygun olan ve onların yararını gözetken beklenti teorilerini tercih etmek durumundadırlar.

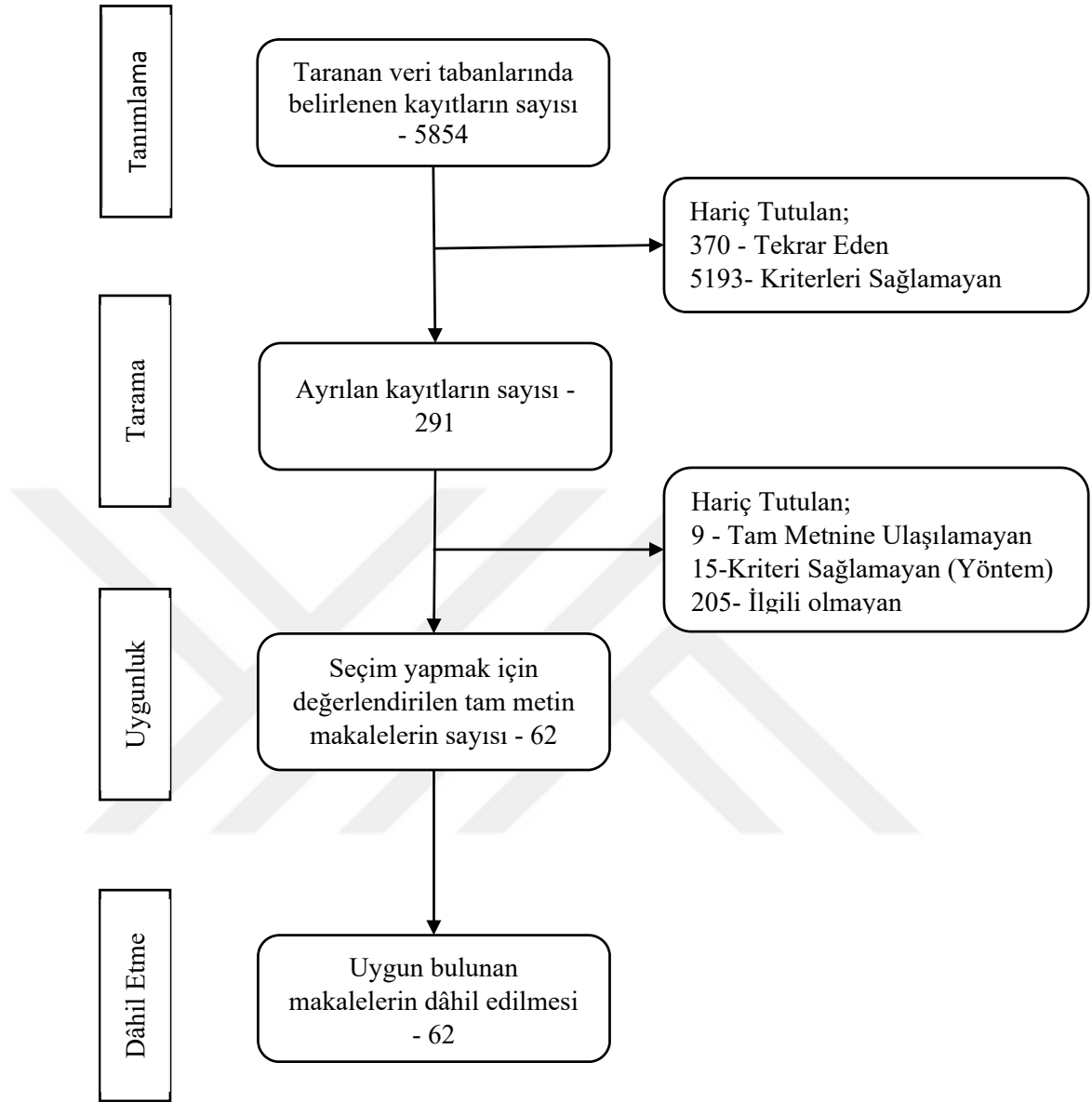


BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA MODELİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Bu bölümde, hasta beklentileri ile ilgili sistematik literatür taraması yapılmakta ve hasta beklentileri çalışmaları incelenmektedir.

2.1. Yöntem

Literatür taraması Sakarya Üniversitesi Kütüphanesinin üyesi olduğu aşağıdaki veri tabanlarında kapsamlı bir şekilde yapılmıştır: MEDLINE, Science Direct, Scopus, Web of Science, YÖK Tez Merkezi, Dergipark Akademik ve TR Dizin. Çalışmada Ocak 2009 – Aralık 2018 yılları arasında yayımlanan veya yazılan ulusal ve uluslararası literatür araştırılmış olup uluslararası literatürde yalnızca İngilizce yayınlar incelenmiştir. Ulusal literatürde ise Türkçe ve İngilizce yayınlar araştırılmıştır. Veri tabanlarında “patient expectation”, “patient expectations”, “hasta beklentisi” ve “hasta beklentileri” anahtar kelimeleri kullanılarak arama gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan PRISMA akış diyagramı Şekil 6’da görülmektedir.



Şekil 6: PRISMA Akış Diyagramı

2.1.1. Makale Dâhil Etme ve Dışlama Kriterleri

Belirlenen veri tabanlarında taranan anahtar kelimeler sonucunda toplamda 5854 yayına ulaşılmıştır. Başlangıçta arama kriteri olarak kullanılan anahtar kelimelerin makalelerin başlığında, anahtar kelimelerinde ve özetinde yer alması şartı aranmıştır. Buna göre tekrar eden 370 ve kriteri sağlamayan 5193 olmak üzere toplam 5563 yayın hariç tutulmuştur. İkinci aşamada ise, 291 ayrılan makale sağlık hizmetlerinde yapılmış bir araştırma olup olmamasına göre bir elemeye tabi tutulmuştur. Yani ulaşılan sonuçlara göre hasta beklentilerinin ölçülmesi, hastaların sağlık hizmetlerinden, doktorlardan, hemşirelerden

ve tedaviden beklentiler ile ilgili olmayan makaleler (205 makale), tam metnine ulaşılmayan (9 makale) ve editöre mektup, kitap bölümü, bildiri vb. (15 yayın) türde olan makaleler kapsam dışında tutulmuştur. Bunların içinden istenilen kriterlere sahip 62 adet araştırma makalesi incelemeye tabi tutulmuştur. 62 makalenin veri tabanlarına göre dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Veri Tabanına Göre Elde Edilen, Reddedilen ve Kabul Edilen Makale Sayısı

Veri tabanı (Ocak 2009- Aralık 2018)	Araştırma Sonuçları*	Elde Edilen Makale	Reddedilen Makale	Kabul Edilen Makale
MEDLINE	1088	58	45	13
ScienceDirect	837	10	8	2
Scopus	2445	105	69	36
Web of Science	1390	50	44	6
YÖK Tez Merkezi	56	37	33	4
DergiPark Akademik	20	17	17	0
TR Dizin	18	14	13	1
Toplam	5854	291	229	62

* tekrar edenleri de içermektedir.

2.1.2. Verilerin Çekilmesi

Verilerin çekilmesi için standart bir “veri çekme formu (Tablo 2)” oluşturularak veriler buna göre değerlendirilmiştir. Bu forma göre her makaleden; *Kaynak*, *Veri Tabanı*, *Çalışmanın Amacı*, *Evren ve Örneklemi*, *Veri Toplama Aracı*, *Bulguları ve Sonuçları* gibi esas alınarak çalışmalar değerlendirilmiştir.

Tablo 2: Veri Çekme Formu Örneği

Kaynak	Özmen (2012)
Veri Tabanı	YÖK Tez Merkezi
Çalışmanın Amacı	Araştırma, Jinekolojik muayene sırasında kadınların hemşirelik yaklaşımlarına yönelik aldıkları hizmetler ve beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.
Evren - Örneklem	Örneklem: 380 hasta
Veri Toplama Aracı	Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu. İlk kısımda tanımlayıcı özelliklere yönelik sorular, ikinci kısımda hemşirelerin jinekolojik muayene esnasında verdikleri hizmetlere yönelik 17 ifade ve son kısımda ise kadınların jinekolojik muayenede hemşirelik hizmeti olarak yapılmasını istedikleri girişimlere yönelik 7 ifade ve hemşirelerden beklentilerine yönelik 2 adet açık uçlu soru yer almaktadır.

Bulgular ve Sonuçlar	Hastalar hemşirelerden, kendisi ile birlikte olduğu sürece etkili iletişim sergilemesini, işlemlere ve sonuçlarına ilişkin bilgi vermesini, muayene esnasında yanlarında olmasını, kendilerine zaman ayırmasını, muayene esnasında yardımcı olmalarını ve yönlendirmesini beklemektedirler.
-----------------------------	---

2.1.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu kısımda 62 araştırma incelenmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulgular “*Örneklem Özellikleri, Veri Toplama Araçları, Elde Edilen Sonuçlar ve Beklenti İfadeleri*” başlıkları altında gruplandırılarak sunulmuştur.

2.1.3.1. Örneklem Özellikleri

Değerlendirilmeye alınan 62 araştırmanın 41’i nicel, 10’u sistematik derleme, 8’i nitel ve 3’ü ise karma (nicel+nitel) yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Nicel çalışmaların örneklem büyüklüğü aralığı en az 49 (Langseth, et al., 2012) ve en fazla 10912 (Bjertnaes, Sjetne & Iversen, 2012) hastadan oluşmaktadır. Nitel çalışmaların örnekleminde en düşük 17 (Hong, 2017) ve en yüksek 121 katılımcı (Androniceanu, 2017) yer almaktadır. Ayrıca Schaad ve meslektaşlarının (2015) çalışmasında, bir hastanenin şikâyet merkezine (Espace Patients & Proches -EPP-) danışan hastaların, akrabalarının ve arkadaşlarının şikâyetlerinden, onları motive eden nedenleri ve temel beklentilerini daha iyi anlamak için 253 veri analize dahil edilmiştir. Karma yöntemin nitel örneklem aralığı 28-38 hastadan oluşmakta olup, nicel örneklem 200 ile 550 hastadan oluşmaktadır (Mocherla, Raman & Holden, 2012; Chalamon, Chouk, & Heilbrunn, 2013; MacPherson et al., 2015). Sistematik derleme çalışmaları sırasıyla, her bir veri tabanı başlangıcından Aralık 2009'a kadar PsycINFO ve PubMed veri tabanlarındaki 39,278 çalışmadan kriterlere uygun olan 46 çalışma (Constantino et al., 2011), başlangıçtan Ocak 2010'a kadar, MEDLINE, PSYCHINFO, AMED, Science Citation Index, CINAHL ve COCHRANE (Georgy, Carr & Breen, 2013a), başlangıçtan 1 Kasım 2012' ye kadar Ovid Medline veri tabanındaki 1708 çalışmadan dahil edilen 60 çalışma (Waljee et al., 2014), başlangıçtan 21 Haziran 2014'e kadar MEDLINE ve PsycINFO veri tabanlarında taranan 15740 çalışmaya ulaşılmış olup bunlardan kriterlere uygun 46 çalışma (Ebrahim et al., 2015) ve Mayıs 2017'de PubMed, PsycINFO, PSYNDX, ISI Web of Knowledge, OpenGREY, ve the Cochrane Clinical Trials Library veri tabanların elde edilen 8381 çalışmadan farklı tıbbi durumları (koroner kalp hastalığı, kanser, kronik ağrı) araştıran 11 çalışma (Kube,

Glombiewski & Rief, 2018) veri tabanları, ayrıca 1990'dan Aralık 2011'e kadar PubMed'den 1557 ve Psycinfo'dan 1835 olmak üzere 3393 çalışmadan uygun bulunan 27 çalışma (Deledda et al., 2013), Ocak 1990 ile Haziran 2014 arasında MEDLINE / PubMed, CINAHL ve EMBASE veri tabanlarındaki 599 çalışmadan kriterlere uygun 24 çalışma (Curran et al., 2017), 1990-2016 yılları arasında Medline, PSYCHINFO, CINAHL ve EMBASE veri tabanlarındaki 7126 çalışmadan dahil etme / hariç tutma kriterleri sonucunda ulaşılan 21 çalışma (Geurts et al., 2017) ve son olarak Hoffmann ve Del Mar (2015)'in çalışmasında MEDLINE (1946 - Haziran 2013), Embase (1974 - Haziran 2013), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, (1981 - Haziran 2013) ve PsycINFO (1967 - Haziran 2013) veri tabanları araştırılmıştır. Buna göre, 15343 kayıt taranmış olup, 36 makale çalışmaya dahil edilmiştir. Veri tabanlarında araştırmaya dahil edilen kelimeler genellikle “patient”, “expectancy”, “expectation” ve “expectations” tir.

2.1.3.2. Veri Toplama Araçları

Bu kısımda, veri çekme formunda yer alan “veri toplama aracı” satırındaki ölçeklerin özellikleri incelenmektedir. Nicel çalışmalarda farklı ölçüm araçları kullanılmış ve bu ölçüm araçları yazarlar tarafından hazırlananlarla birlikte geçerliliği olan ölçekleri de kapsamaktadır. Geçerliliği olan ölçekler; Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentiler Ölçeği (Akgöz, 2009), Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeği (Aydınlı, 2015), Hizmet Kalitesi Beklentisi Ölçeği (Serrano, Shah & Abràmoffet, 2018), Hasta Beklentileri Anketi (Ram & Gowdappa, 2015), Sağlık Hizmetlerine İlişkin İdeal Beklentiler (Halpert et al., 2010), Hemşirelik Bakım Kalitesi Anketi Hasta Beklentileri (-PENCQQ – Reck, 2013), PRACTA Hasta Beklentileri Ölçeği (Jaworski et al., 2017), Beklentiler Anketi (-ExpQ – Odell et al., 2017), Kalp Cerrahisi Hasta Beklentileri Anketi (C-SPEQ – Holmes et al., 2016), GP Davranışı İle İlgili Beklentiler Ölçeği (Delgado et al., 2017), QUOTE-Beklenti Anketi (Ali Jadoo et al., 2013)'dir. Anket formlarında demografik özellikler, açık uçlu sorular ve Likert tarzda hazırlanmış ölçekler yer almaktadır. Nitel çalışmalar odak grup ve derinlemesine görüşme şeklinde, uzman araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen, katılımcıların demografik verileri ve açık uçlu soruları içeren yarı yapılandırılmış nitel görüşme formları kullanılmıştır. Schaad et al., (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 253 verinin analizi tematik bir analitik yaklaşımla değerlendirilmiştir. Karma çalışmaların nitel yöntemlerinde yarı

yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak veriler toplanmış olup, verilerin analizi sonucunda elde edilen temalara uygun şekilde hazırlanmış anket formları yayınların nicel yöntemlerinde kullanılmıştır. Sistematik derleme çalışmalar genellikle literatür taraması şeklinde hazırlanmışlardır. Öncelikle çalışmalar belirlenmiş dahil etme ve hariç tutma kriterleri kullanılarak taranmıştır. Taramada yayınların başlıkları, anahtar kelimeleri, özetleri incelenmiştir ve dahil edilme kriterlerini karşılayanlar ayıklanmıştır. Sonrasında ise, dahil edilen yayınların dahil edilme kriterlerini karşılayıp karşılamadıklarını belirlemek için tam metinleri okunmuş ve yayınlar seçilmiştir. Seçilen yayınlar üzerinden sonuçlar incelenmeye alınmıştır.

2.2. Bulgular

Bu başlık altında, veri çekme formunda yer alan “*Bulgular ve Sonuçlar*” kısmındaki sonuçlar incelenmektedir.

2.2.1. Sağlık Kuruluşundan Beklentiler

Hastaların sağlık kuruluşundan beklentileri bu kısımda incelenmektedir. Buna göre hastalar, öncelikle hastanede aradıkları tedavi alanlarına kolayca ulaşmayı sağlamak için yönlendirme araçlarının bulunmasını, tedavi alanlarının temiz olmasını ve bekleme salonlarının yeterli büyüklükte olmasını beklemektedirler. Hastalar, mekan beklentilerinin yanı sıra, yönlendirme yapılması, tavsiyede bulunulması ve sunulan hizmetler ile ilgili güvence verilmesini beklemektedirler. Ayrıca, hastalar bekleme salonlarının iyi yönetilmesi, konforlu, samimi, temiz, düzenli, oda sıcaklığında, rahatlatıcı müzik ve aktivitelerin (örneğin çocuklar için materyaller veya oyuncaklar) olmasını beklemektedirler (Kenten et al., 2010). Hastalar, sağlık hizmetlerinden fiziksel rahatlık ve hastane altyapısı ile ilgili beklentilerinin yanı sıra, gıda, uyku ve hijyen için temel ihtiyaçların karşılanmasını arzulamaktadır (Şener & Karaca, 2017). Odell ve arkadaşları (2017) da tedavi açısından yüksek beklentilere sahip olan hastaların sağlık sistemine güven duymayı ve tedavinin başlangıcında uygun bakım almayı beklediklerini ileri sürmektedir. Bu çalışmayı destekler nitelikte Whyte ve Goodacre (2016) çalışmasında da hastaların hastanede güvende olma, hastane ortamında daha rahat hissetme ve kolay bir şekilde tedavi olabilme beklentilerinin olduğu vurgulanmaktadır.

Hastaların hizmet alanlarının beklentilerinden sonra üzerinde durdukları önemli bir konu da hizmete erişim ve hizmetlerin sunumunda sürekliliktir. Bu bağlamda bir çalışma yapan Albada & Triemstra (2009), hastaların en önemli beklentisinin bakımın sürekliliği olduğunu vurguladıktan sonra; hastalar için ikinci önemli beklentinin sağlık hizmetlerinin yakın olması ve son beklentinin de iyi bir bakım planlamasının yapılması gerektiğini ileri sürmektedir. Aynı çalışmada hastaların tedavinin sürekliliği için önceden hizmet aldıkları doktorlara erişimin kolaylaştırılması, ardışık randevu alma gibi beklentilerinin yanı sıra; bekleme salonundaki bekleme süresinin on beş dakikadan az olması ve bekleme listesinin kısa olması gibi zamana ilişkin beklentileri öne çıkarılmaktadır. Sebo ve meslektaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da hastaların doktorlarına telefonla ulaşabilme ve bekleme salonunda fazla beklememeyi tercih etme gibi sağlık hizmetlerinde bakıma erişilebilirlik ve bulunabilirlik açısından daha talepkar beklentileri olduğu vurgulanmaktadır. Benzer şekilde, hastaların sağlık hizmeti sunucularının ev ve iş yerlerine yakın olması, doktor tarafından zaman baskısında bırakılmaması, kendileriyle iletişim içerisinde olunması ve bekleme salonlarında ne kadar beklemeleri gerektiğinin önceden kendilerine bildirilmesine yönelik beklentileri de bulunmaktadır (Lionis et al., 2017).

Zaman ve tedavi sürecine ilişkin yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına göre hastalar, yönlerini kolaylıkla bulabilmeyi, verilen tedavi/prosedürler hakkında bilgi alabilmeyi, doktorun kendisi ile etkili iletişim gerçekleştirmesini ve kendisine doğru bilgi vermesini beklemektedirler (Berhane & Enquesselassie, 2016). Bütün bunların yanı sıra hastaların doktorlarının kendilerine saygılı davranması ve doktor seçimi ve doktorlara erişimin kolay olmasını sağlayacak önlemlere ilişkin beklentileri de bulunmaktadır (Bowling, Rowe & McKee, 2013). Yukarıdaki açıklamalar sağlık hizmetlerinin hasta merkezli bir bakım sunulması beklentisi olduğunu göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır.

Hastaların sağlık kuruluşlarından diğer beklentisi ise iletişim ve bilgi edinmeye yönelik faaliyetlerden oluşmaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin incelendiği bir çalışmaya göre, hastaların beklentileri arasında kişilerarası ilişkiler ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada bakımın teknik yönleri; daha sonra sırası ile sağlık kurumu ve yapısı, tedavinin faturalandırılması ve sigorta ve bilgiye erişim yer almaktadır (Schaad et al., 2015). Bununla birlikte Delgado ve meslektaşları (2011), ilişkisel ve teknik yaklaşıma yönelik beklentilerin cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ileri sürmektedirler. Buna göre,

ilişkisel bir yaklaşım (iletişim) isteyen hastalar kadın doktorları tercih ederken, teknik bir bakım isteyenler erkek doktorları tercih etmektedir.

Chalamon, Chouk ve Heilbrunn (2013) çalışmalarında hastalar bakımından iletişim stratejilerinin seçilmesi sürecinde dört tip değerin önemli olduğunu iddia etmektedirler. Bunlar; hedonistlik, fonksiyonel-şüpheli, güvenilir ve tüketici değerlerdir. Hedonistlik hastalar, ürünlerin refahı (canlılık, enerji vb.) üzerindeki faydalarına dikkat etmektedirler. Fonksiyonel – şüpheli olanlar, pratik yönleri duyarlıdır (hızlı servis, doktorlara hızlı randevu vs.) ve sağlık sistemine güvenmek için nedenler aramaktadırlar (şeffaflık, kolaylıkla bilgiye ulaşma vs.). Güvenilir olanlar, eczacının/doktorun yardımsever tutumuna dikkat etmektedirler (hastanın ilgisini ve refahını artırmak gibi). Son olarak tüketiciler ise daha ucuz ürünlere ilgi duymaktadırlar (promosyonlar, tamamen geri ödenen ilaçlar vb.). Bu durum hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin nasıl oluştuğunu göstermekle birlikte, yukarıda verilen çalışmalarda beklentileri destekler niteliktedir.

2.2.2. Doktorlardan Beklentiler

Bu kısımda hastaların doktorlardan beklentileri incelenmektedir. Dormohammadi, Asghari ve Rashidian (2010)'in yaptıkları çalışmada ayakta ve yatan hastaların en önemli beklentisinin yetkinlik ve bakım kalitesi olduğu belirlenmiştir. Ardından yatan hastalar için, doktorun ulaşılabilirliği ve ayakta hastalar için ise bilgi ve özerklik yer almaktadır. Aynı çalışmada yatan hastalar için beklentiler, doktor uzmanlığı, naziklik, ziyaretlerin zamanında yapılması, ihtiyaç halinde diğer doktorlarla konsültasyon ve randevuları ayarlamak şeklinde sıralanmaktayken; ayakta hastalar için doktorun uzmanlığı, naziklik, ihtiyaç halinde diğer doktorla konsültasyon, doktorların durum hakkında açık bir şekilde bilgi vermesi ve doktorların sabrı ve ilgisi olarak sıralanmaktadır. Buna göre hastalar doktorlarından yalnızca bilgi ve becerilerini geliştirmelerini değil; aynı zamanda kendilerine nazik davranılmasını, kendileri ile ilgili bilgileri anlaşılır bir şekilde vermelerini ve kendilerini sabırla dinlemelerini beklemektedirler. Ayrıca doktorun bakım esnasında başka bir uzmanlık alanının bilgi ve becerisine ihtiyacı olduğunda meslektaşlarına danışmasını beklemektedirler. Kenten ve meslektaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada da benzer bulgulara rastlanılmaktadır. Çalışmada hastaların doktorlarının profesyonel, yetkili, yetkin, kendine

güvenen, yardımsever ve nazik olmalarını ve kendilerine empati göstermelerini bekledikleri ileri sürülmektedir. Aynı çalışmada hastalar, doktorlarını gördüklerinde bir gülümseme veya el sıkışması ile karşılanmayı beklemekle birlikte, doktorlar tarafından ilk kez muayene edildiklerinde doktorun kendini tanıtmasını, konuşmasını ve neden geldiklerini içtenlikle sormasını beklemektedirler. Bir diğer çalışmada ise, hastaların genellikle doktorun iletişim becerilerine odaklandığı ifade edilmektedir. Ek olarak, hastalar doktorun profesyonel bilgi ve mesleki beceriye sahip olmasını; iyi bir ününün olmasını; kendisine saygı, anlayış ve şefkat göstermesini; kendisini dinlemek için zaman ayırmasını ve tedavi hakkındaki tüm bilgileri anlatmasını beklemektedirler (Androniceanu, 2017). Ayrıca hastalar doktorların tıbbi bilgi vermeden önce, kendilerinin temel kaygılarının farkında olunmasını da istemektedirler (Chen et al., 2018).

Deledda ve arkadaşları (2013)'nın çalışmalarında, hastaların doktorlarından ilgi göstermesini, bir yakınıymış gibi davranmasını, duyarlı olmalarını ve açık bir şekilde, etkili ve tatmin edici iletişim sergilemelerini bekledikleri ortaya çıkarılmıştır. Georgy, Carr ve Breen (2013a) ise hastaların doktordan beklentilerinin; bilgili olması, fiziki muayene gerçekleştirmesi, dinlemesi, ilgi göstermesi, sorun veya şüpheler hakkında kendileri ile tartışılması olduğunu ifade etmişlerdir. Bir diğer çalışmada, hastaların doktorlarla iletişim sağlamasını, bekleme sürelerini kısa tutmasını, teşhis ve tedavi testlerinin kaliteli olmasını bekledikleri belirlenmiştir (Curran et al., 2017). Mocherla, Raman ve Holden (2012)'ın karma yöntem kullanarak hazırlamış oldukları çalışmada hastaların hastalık hakkında açıklama bekledikleri, soru sorma fırsatı verilmesini, desteklenmelerini ve eşit muamele görmeyi bekledikleri ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca nitel temalarda ise hasta eşitliği, iletişim eşitliği ve doktoru yüceltme/tanrılaştırma yer almaktadır. Buna göre, hastaların hastalık hakkındaki bilgi kaynaklarının doktorları olduğu, her hastanın tedavideki rollerinin doğru anlaşılma şanslarının eşit olmasını sağlamak için iletişim fırsatlarının iyi şekilde kullanılması gerektiği gözlenmektedir. Ülker (2010)'ın çalışmasında da hastaların ameliyatın nasıl yapılacağı konusunda açıklama yapılması ve ne zaman taburcu olacakları hakkında bilgi verilmesine yönelik beklentileri olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda Chen ve meslektaşlarının (2018) çalışmalarında hastalar için tıbbi bilgi veren doktorların gerekli ve önemli olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmada hastaların hekimlerden bilgi beklentileri; rahatsızlık nedenlerini, taburculuk tarihini ve tedavi diyeti etkilerini bilmeye yöneliktir ve hastalar

doktora soru sormak için cesaretli olmayı istemektedirler. Benzer şekilde hastalar doktorun kişiler arası becerilere sahip olmasını, tıbbi durumun açıklanmasını ve kendisiyle zaman geçirmesini beklemektedirler (Toma, Triner & McNutt, 2009). Hastalar bilgi paylaşılmasını, duyuşsal iletişim ve doktorun etkili iletişim gerçekleştirmesini ve gerekli görülmesi durumunda sevk edilmeyi beklemektedirler (Wiering et al., 2018; Langseth et al., 2012).

Hastaların bilgi sağlama becerileri kadar önemli olan doktorun iletişim (dinleme, umut sağlama ve destek sağlama) becerisidir. Halpert ve meslektaşlarının (2010) çalışmasında hastalar doktorlarından bilgili, empatik ve yardımcı olmasını, kendilerine destek ve umut vermesini beklemektedirler. Benzer şekilde hastalar doktordan hastalığın açıklanması, testler ve tedavi hakkında bilgi verilmesi, yaşam kalitesinin sağlanmasını beklemek ile birlikte, uyum ve duygusal destek almayı da beklemektedirler (Strzelecka, Nowak-Starz, & Karakiewicz, 2015; Jaworski et al., 2017). Wiering ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında ise duygusal iletişimin önemine değinilmiştir. Aynı çalışmada hastalar dikkatle dinlenmeyi, yeterli zaman ayrılmasını, hekimin yetkinliğine güvenmeyi beklendikleri belirlenmiştir.

Doktorların hastaların farklı türden beklentilerinin farkında olması gerekmektedir (Geurts et al., 2017). Hong (2017)'un Kuzey Koreli sığınmacılar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların doktorlardan beklentileri; bilgisayarlı teknoloji yerine insani tekniklerin kullanılması, destek olunması ve acil tıbbi hizmet almak şeklinde sıralanmasına karşılık, hizmetin bedelini ödemeye istekli olmadıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada doktorlar hastaların randevu almadan, kişisel ihtiyaçlarına uygun tıbbi hizmet almaya ve doktorun hikâyesini dinlemesine yönelik beklentikleri olduğunu ifade etmişlerdir. Hasta beklentilerinin istihdam durumlarına göre değerlendirildiği çalışmanın sonuçlarına göre; işsiz hastalar daha az tedavi maliyeti beklerlerken, çalışan hastalar daha fazla gizlilik ve daha iyi muamele beklemektedirler (Ram & Gowdappa, 2015). Geriatri hastaları üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise doktorlardan beklentiler; hastalığın doğasının açık ve basit bir dille açıklanması, mevcut tüm tedavi seçeneklerinin tartışılması ve hastaların nihai kararı vermesine izin verilmesi, olası minimum ilaçların reçete edilmesi, hastalığın ne kadar süreceği ve bu süreçte kaç defa takip gerektiğinin anlatılması, gelecekteki sağlığa ilişkin gerçekçi fakat iyimser bir tablo verilmesi ve doktorları tarafından hem

sözlü hem de sözsüz jestlerle hastaların rahatlatılması şeklinde sıralanmaktadır (Saleem, Khalid & Qidwai, 2009).

Doktorların tedaviyi doğru ve etkili bir şekilde planlaması için, hastaların tedavi süreci ile ilgili beklentilerine dair bilgiye ihtiyaç duyulabilir. Bunu yapmak için hastaya yeterli zamanın ayrılması gerekmektedir (Cabak, 2017). Gjesdal, Dysvik ve Furnes (2018) çalışmalarında iki ana tema üzerinde durmaktadırlar. Bunlardan ilki sağlık hizmetlerinde hasta olarak tanınmaktır. Buna göre, hastalardan doktordan ciddiye alınmayı, pratik ve duygusal destek almayı, duygu hissetmeyi, dinlenilmeyi, inanılmayı ve karşılıklı güvenin sağlanmasını beklemektedirler. İkinci tema ise sağlık hizmetlerinde hasta olarak ihmal edilmiş olmaktır. Bu temada hastalar, ciddiye alınmamayı, pratik zorluklar yaşamamayı, karşılanmamış ihtiyaçlara sahip olmamayı, umutlarını kaybetmemeyi, inanılmamayı, saygı görülmemeyi beklemektedirler. Bu temayı destekler nitelikte, hastalar doktorların umursamaz, kayıtsız, küçümseyen, ne yaptıkları konusunda emin olmamasını ve zayıf iletişim becerileri sergilemesini beklemektedirler (Kenten et al., 2010). Aynı zamanda Androniceanu (2017)'un çalışmasında, hastalar doktorun kendilerine saygısız davranmamasını, tedavi esnasında rahatsız etmemesini, kendisini dinlemesini, suçlamamasını, doğru tanı koymasını, mahremiyete özen göstermesini, bağırmasını, yeterince zaman ayırmasını ve empatik davranmasını beklediklerini belirtmişlerdir. Tüm bu bulgulara göre, doktorların hastaların beklentilerinin karşılanmasında ve yönetilmesinde beklentiler hakkında doğru soruyu sormanın önemini ortaya koymaktadır.

2.2.3. Hemşirelerden Beklentiler

Hastaların hemşirelik bakımından beklentileri ve karşılanma durumları bu kısımda incelenmektedir. Buna göre hastaların kliniğe kabulleri esnasında ve sürecindeki hemşirelerden beklentileri; hemşirelerin kendilerini tanıtmaları, yatış hakkında bilgi vermesi, hasta odasındaki yatak, tuvalet vs. yerleri göstermesi, klinik servisin kurallarını açıklaması, refakatçi ihtiyaçlarını karşılaması, kendilerine karşı dürüst davranması ve bilgi verici bir iletişim sergilemesidir (Akgöz, 2009). Bu çalışmayı destekler nitelikte Özmen (2012) çalışmasında da hastalar hemşirelerden, kendisi ile birlikte olduğu sürece etkili iletişim sergilemelerini, işlemlere ve sonuçlara ilişkin bilgi vermelerini, muayene esnasında yanlarında olmalarını, kendilerine zaman ayırmalarını, muayene esnasında yardımcı olmalarını ve yönlendirmelerini beklemektedir. Aynı zamanda hastalar

hemşirenin hastalıkları hakkında ve kendilerine yapılacak işlemlerin olumlu ve olumsuz yönleri hakkında bilgi vermelerini de istemektedir (Şahin, Dal & Vural, 2014).

Hemşirelerin iletişim göstermesine yönelik beklentileri diğer bir önemli konuyu oluşturmaktadır. Şahin, Dal & Vural (2014)'ın çalışmasında hastalar, hemşirelerin güven vermelerini, güler yüzlü olmalarını, anlayışlı ve sabırlı olmalarını, taleplerinin karşılanırken isteksiz görünmemelerini beklediklerini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre hastalar, hemşirelerin eleştirel bir tutum sergilemeleri yerine dostane davranmalarını, kaygılarını giderici üslup sergilemelerini ve kendilerine duygusal destek sağlamalarını beklemektedirler (Şener & Karaca, 2017).

Etkili iletişimin ardından hastaların hemşirelerden diğer beklentileri ise yetkinlik ve destek hizmetidir. Buna göre, hastalar hemşirelerin rahatlatıcı ve güven verici olmalarını ve hastaneye yatışıyla ilişkili korku ve endişelerinin giderilmesine yardımcı olmalarını beklemektedir (Akgöz, 2009). Aynı zamanda hastalar hemşirelerin fiziksel destek sağlamasını (ilaç yönetimi, uygulaması vs.) da istemektedirler (Şener & Karaca, 2017). Bu kapsamda kendilerine uygulanacak tedavinin düzenli kurallara uygun yapılmasını ve mikrop kapmamaları için önlem alınmasını, yaşamsal bulgularının kontrol edilmesini beklemekle birlikte, hemşireye kolaylıkla ulaşabilmeyi ve onun alanında yetkin olmasını da beklemektedirler (Şahin, Dal & Vural, 2014). Wilson ve arkadaşları (2012) ise, hastaların hemşirelerden kaliteli bakım sunmasını beklediklerini ve bunu deneyimleyen hastaların beklentilerinin ve tercihlerinin değişeceğini ifade etmektedirler.

Genellikle hastaların kliniğe kabulüne ve tedaviye ilişkin beklentileri yüksek iken günlük yaşam aktivite düzeyleri ve ziyaretleri ile ilgili (kıymetli eşyanın korunması, telefonla görüşme ihtiyacı vs.) beklentilerinin düşük olduğu saptanmıştır (Akgöz, 2009; Şahin, Dal & Vural, 2014).

2.2.4. Tedavi- Bakım Sürecinden Beklentiler

Bu kısımda hastanın almış olduğu tedaviden beklentilerinin neler olduğu üzerinde durulmaktadır. Öncelikle hastalar hastalıklarının teşhisi ve sonrasındaki muayene ve tedavi hakkında bilgi almayı beklemektedirler. Ek olarak hastaların duygusal destek beklentilerinin olduğu da gözlenmektedir (Cabak, 2017; Bowling et al., 2013). Bu süreçte tedavi edici ortamın güvenliğinin sağlanması beklenmekle birlikte, tedavilerle ilgili bilgi verilmesi, işlemler esnasında sağlık çalışanının rahatlatması, yan etki ve

komplikasyonlar, hastalığın gidişatı hakkında bilgi verilmesi, acil ve risk durumunda neler yapılacağını ve nereye başvurulacağını açıklanması beklenmektedir (Akgöz, 2009). Şahin ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise hastaların hemşirelerden tedavilerini düzenli olarak uygulaması ve yapılan işlemler esnasında önlem alması, ağrılarının gidermesi ve yaşamsal bulgularını takip etmesi yönünde beklentilere sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca hastalar ne zaman hastaneye yatırılacakları ve taburcu olacakları hakkında bilgilendirilmeyi beklemektedirler (Whyte & Goodacre, 2016; Ülker, 2010).

Hastaların tedavi ve bakıma ilişkin bilgilendirme beklentisi ile birlikte üzerinde durdukları bir diğer konu tedavi sürecidir. Bu bağlamda Kenten ve meslektaşlarının (2010) çalışmalarına göre, hastaların tedavinin süresi hakkında beklentileri olmakla birlikte bu süre 10 – 15 dakika ile sınırlı kalmaktadır. Çalışmada sonuçlarına göre bazı hastalar sadece tedaviye girip çıkmayı beklerken, bazıları tedavinin tamamlanması için gereken süreyi kapsamaması gerektiğini düşünmektedirler. Aynı çalışmanın sonuçları hastaların tedavi süreçleri hakkında bilgi almayı ve doktorun kendilerine ilişkin tıbbi kayıtları incelemesini beklediklerini de göstermektedir. Başka bir çalışma da hastaların doktorun kendisine tedavi süreci hakkında bilgi vermesini beklediklerini ve tedavi esnasında kendileri ile ilişki içerisinde olmasını istediklerini ileri sürmektedir (Georgy, Carr & Breen, 2013a).

Hastaların tedavi – bakım süreci ve sonuçlarına yönelik beklentilerini değerlendiren diğer bir çalışmaya göre; hastalar ağrılarının azaltılmasını, tedavinin maliyeti hakkında bilgi verilmesini, doktor ile iletişim halinde olmayı, başka bir doktora yönlendirilmesi durumunda fikrinin alınmasını ve mahremiyetinin sağlanmasını beklemektedirler. Ek olarak tedavilerinde beklenmedik reaksiyonlarının (ekstra ağrı, yorgunluk vs.) oluşmamasını istemektedirler (MacPherson et al., 2015).

2.2.5. Ölçeklere İlişkin Çalışmalar

Literatür incelemesi yapıldığında kapsamlı bir hasta beklentileri ölçeğinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte belirli uzmanlık alanlarına yönelik olarak sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlardan Holmes ve arkadaşları (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, beklenti ölçeğini kalp cerrahisine uyarlamıştır ve hastanın psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına

göre, ölçek kalp cerrahisi örnekleminde kabul edilebilir güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir. Ali Jadoo ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında ise geçerli ve güvenilir QUOTE-beklenti ölçeğinin geliştirilmesi ve hastaların beklentilerinin ölçülmesi amaçlamaktadır. Üç alt boyutta toplanan ölçeğin hasta beklentilerini ölçek için kullanılabilecek nitelikte geçerli ve güvenilir bir araç olduğu kanıtlanmıştır. Gebe kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin memnuniyet ve beklentileri üzerine Omar ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş olan “Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeği” Aydınli (2015) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapılarak Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiştir. Chen ve meslektaşları (2014) tarafından hazırlanan çalışmada, 28 ifadeden oluşan anket formu araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve yedi değişkenden oluşmaktadır.

2.2.6. Hasta Beklentisi İle İlişkili Konular

2.2.6.1. Memnuniyet- Deneyim- Sadakat

Hastanelerdeki genel hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicileri, hasta tarafından bildirilen deneyimler ve karşılanan beklentilerdir. Hastaların karşılanan beklentileri ne kadar yüksek olursa memnuniyet düzeyleri de o kadar yüksek olabilir. Aksi takdirde hastaların algıları beklentilerinden düşük olduğunda kontrast etkisi oluşur. Kontrast etkisi de olumsuz tavsiye niyetine yol açar ve hastalar gelecekte doktor veya sağlık hizmetinden bakım alma konusunda isteksiz olabilirler (Oin & Prybutok, 2013; Thomas et al., 2017). Benzer şekilde literatürde *hastaların beklentisi ile memnuniyetleri arasında ilişkinin* olduğu çalışmalara rastlanmaktadır (Serrano, Shah & Abràmoffet, 2018; Ram & Gowdappa, 2015; Chen et al., 2014; Reck, 2013; Berhane & Enquesselassie, 2016; Bjertnaes, Sjetne & Iversen, 2012; Hong, 2017; Waljee et al., 2014). Bu durum beklentilerin yüksek olması durumunda beklentiler karşılanmadığı için memnuniyetsizliğe neden olmasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte hastaların yüksek beklentilerinin optimal sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğe neden olabileceği ve düşük beklentilerinin de yetersiz sağlık hizmetlerinden memnuniyete sebep olabileceği dikkate alınmalıdır (Ram & Gowdappa, 2015). Bu nedenle beklentiler her ne kadar sezgisel gibi görünseler de pratikte sağlık hizmetlerinin veya doktorların hastalarının isteklerini karşılaması ve bunun için dikkatli olması gerektiğini göstermektedir (Serrano, Shah & Abràmoffet, 2018). Ayrıca hastalar nadiren fayda ve

zarar konusunda doğru beklentilere sahiptir. Hastalar tedavi, tarama, test gibi işlemlerin zararlarını küçümsemekte ve yararlarının fazla olduğunu düşünmektedir. Hastaların tedaviye yönelik beklentilerinin artması hiç şüphesiz bireylerin taleplerinin artmasına da neden olmaktadır (Hoffmann & Del Mar, 2015).

Beklentilerin hasta sadakati ile de negatif korelasyon oluşturduğu belirlenmiştir. Hastanın hizmet almadan önce beklentileri ne kadar yüksekse, karşılanmaması sonucunda oluşan psikolojik ve davranışsal sadakat düzeyi o kadar düşük olmaktadır (Chen et al., 2014).

2.2.6.2. İletişim

Beklentiler, belirli bir “uzman tarafından tanımlanmış” iletişimsel fonksiyonun bir doktor tarafından hasta perspektifine göre nasıl izlenebileceğini göstermektedir. Hastaların iletişim beklentilerinin tanımlanması ve kişi olarak muamele görme istekleri (ortaklık duygusu yaratmak ve hastaların bireyselliğini tanımak) etkili bir iletişim için güçlü bir beklenti olarak görülmektedir (Deledda et al., 2013). Beklentilerin az karşılandığı alanlar ise yetersiz veya sınırlı iletişim olarak ortaya çıkmaktadır (MacPherson et al., 2015). Bu nedenle, sağlık sistemi aktörlerinin iletişimin hasta beklentilerine en çok cevap verecek yönlerinin farkında olması gerekmektedir (Chalamon, Chouk & Heilbrunn, 2013).

Doktor ile hasta arasındaki ilişkinin iyileştirilebilmesi için, doktorlar hastaların tercihlerine göre adapte olabilmeli, hasta merkezli bakım sağlayabilmeli ve hastaların sonuçlarının yanı sıra beklenti derecelerinin de farkında olabilmelidirler (Choi, Hwang & Kim, 2015).

2.2.6.3. Tedavi-Bakım

Kalp hastalığı olan hastaları daha önceki psikolojik müdahalelerle karşılaştıran çalışmalarda, hastaların beklentilerine odaklanılmış ve hastanın ameliyatı öncesinde optimize edilmeye çalışılmıştır. Çalışmada bu uygulamanın hastaların sonuçlarının iyileştirilmesine yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum uygulanan tıbbi müdahalenin uzun dönem sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir (Rief et al., 2017; Laferton et al., 2013; Salzmann et al., 2018; Waljee et al., 2014). Benzer şekilde Cormier ve meslektaşlarının (2016) çalışmasında, kronik ağrısı olan hastaların tedavi öncesi beklentileri ve tedavi sonrası algılarının tedaviye verdikleri olumlu yanıtlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada, hastaların beklentilerinin yerine getirilmesi ile yaşam kalitesindeki iyileştirme arasında ilişki olduğu

da bulunmuştur (Odell et al., 2017). Kalp ameliyatı olmuş hasta örnekleminde yapılan bir diğer çalışmaya göre, hastaların olumsuz beklentilerini azaltan cerrahi müdahale ve eğitimin, kalp cerrahisi sonrası yaşam kalitesi ve iyileşme sürecine daha iyi hazırlanmasına ve hasta deneyimlerinin iyileşmesine yardımcı olabildiği saptanmıştır (Holmes et al., 2016). Murphy ve meslektaşlarının (2011) çalışmasında da bir hastanın önceki tedavisindeki başarı veya başarısızlığın sonraki tedavilerinin etkinliği hakkındaki algılarını ve beklentilerini etkileyebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, doktorların tedavi süreçlerini planlarken dikkate alması bakımından önemli bulunmaktadır. Ayrıca doktorların hastalara bilgi sağlamada büyük rol oynaması da tedavinin etkililiği açısından hastaları hazırlamasına yardımcı olabilir. Aynı zamanda doktorların hastaların farklı beklentilerinin olduğunu farkına varması gerekmektedir (Kube, Glombiewski & Rief, 2018; Geurts et al., 2017). Bu amaçla hem hastaların kişilik özelliklerinin hem de hastalıklarına özgü yönlerinin dikkate alınması önemli olmakla birlikte (Kube, Glombiewski & Rief, 2018), doktorların hastalarla ortak karar almada ve beklentileri yönetmede beklentiler hakkında doğru soruyu sorması önem arz etmektedir (Geurts et al., 2017).

Hastaların iyileşme beklentileri, kişisel faktörler (sağlık durumu, eski istihdama dönme beklentisi, hastalığın şiddeti gibi), kişilerarası faktörler (ailevi roller, işverenin tutumları, sağlık hizmeti sağlayıcısının inançları gibi) veya sistem düzeyinde faktörler (istihdama engeller, sosyodemografik faktörler, kültürel faktörler gibi) tarafından etkilenmektedir. İyileşme beklentileri işe dönüş veya sakatlık çözümünün önemli bir yordayıcısıdır. Ayrıca iyileşme beklentileri düşük olan hastaların, yüksek olan hastalara göre işe dönme olasılıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Ebrahim et al., 2015).

Girmay ve meslektaşları (2018), hastaların beklentisi ile hemşirelik bakımı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya göre, hemşirelik bakımı konusunda olumlu beklentisi olan hastalar, beklentisi zayıf olanlara göre daha yüksek algıya sahiptir. Ayrıca hastaların hemşireleri nasıl konumlandıkları ve değerlendirdiklerini ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada, hastaların beklentilerinin hemşirenin bakıma yönelik hastalık yönetimi algılarıyla şekillendiğini göstermektedir (Wilson et al., 2012).

Bir diğer çalışmada ise hastaların bakım kalitesi algısı ile beklentileri arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu durum bakım esnasında hasta beklentilerinin dikkatle

değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin uygulanmasının önemini göstermektedir. Ayrıca hasta ile doktor arasındaki ilişkinin iyileştirilmesi de gerekmektedir (Thomas et al., 2017). İlave olarak hasta beklentilerinin dikkate alınması, sağlık hizmetlerinin imajını iyileştirebilir, hasta tercihini ve verimliliği artırabilir (Dündar, 2017). Glenngård & Anell (2017) çalışmalarında paydaşların genellikle bakım kalitesine ilişkin farklı algıları ve sunulan hizmetlere karşı da farklı beklentilere sahip olduğu üzerinde durmaktadır. Çalışmada, ödeme yapanlar ile politika yapıcıların tek tek hastaları tatmin etmek yerine nüfus perspektifinde değerlendirdikleri ve hükümet önlemleri ile sağlık hizmetlerini standartlaştırmaya çalıştıkları görülmektedir. Doktorlar ise hem hastaların beklentilerinin karşılanmasında hem de hükümet önlemlerinin uygulanması konusunda başarılıdırlar. Buna göre, bireysel hasta beklentilerinin karşılanması ile sağlık hizmetlerindeki standardizasyon arasında uyum olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tıbbi tedavi gören hastaların beklentileri davranışsal ve tedavi sonucu olarak ikiye ayrılmaktadır. Davranışsal beklentiler öz yeterlilik ve davranış sonuçları ile ilişkilidir. Aynı zamanda semptomlar veya otonom fonksiyonlar gibi dahili değişiklikler, isteğe bağlı olmayan beklentileri oluşturmaktadır. Tedavi sonucu beklentileri ise sosyal çevrenin tepkileri gibi dış değişikliklerle ilişki göstermektedir. Sonuç beklentilerinin karşılanması tedavi gören hastaların spesifik yönlerini ve tedavi sonuçlarının iyileştirilmesini etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca hastalar davranışlarının, tedavilerinin, hastalıklarının ve beklenen sonuçlarının (zaman çizelgesi beklentileri) zamansal boyutu hakkında beklentilere sahiptirler (Laferton et al., 2017; Constantino et al., 2011).

2.2.6.4. Demografik Değişkenler

Hastaların ekonomik durumu ve eğitim düzeyleri ile beklentileri arasında etkileşim bulunmaktadır (Mocherla, Raman & Holden, 2012). Hastaların yaş gruplarına göre beklentilerinin değerlendirilmesi sonucunda, muayene öncesi beklentileri ve muayene sonrası deneyimlerinde farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle doktorlar hastaların beklentilerinin belirlenmesi ve karşılanmasında yaşla ilgili gereksinimlere dikkat etmelidir (Jaworski et al., 2017). Rittger ve meslektaşlarının (2018) çalışmasında da yaş grupları ile hasta beklentileri arasında farklılık tespit edilmiştir. Ancak cinsiyet ile beklentiler arasında farklılık gözlenmemiştir. Bir başka çalışmaya göre beklentiler ile fiziksel çevre arasında ilişki bulunamamaktadır (Bowling, Rowe & McKee, 2013).

2.2.7. Beklenti İfadelerinin Gruplandırılması

Bu kısımda 268 beklenti ifadesi incelemeye dahil edilmiştir. Tekrar eden ve hasta beklentileri ile ilişkili olmayan ifadeler kapsam dışında bırakılmıştır. İstenilen kriterlere uygun 211 ifade incelenmektedir. Hasta beklenti ifadeleri, yukarıda elde edilen sonuçlar başlığı altında incelenen dört başlık (Sağlık Kuruluşundan Beklentiler, Doktorlardan Beklentiler, Hemşirelerden Beklentiler ve Tedavi – Bakım Sürecinden Beklentiler) altında gruplandırılmıştır.

Sağlık kuruluşundan beklentiler; 49 ifade, dört tema ve 11 kategoriden oluşmaktadır. Tema, kategori ve ifade sayıları; hizmete erişim (hizmetten yararlanma - 14 ifade, prosedür - 9 ifade, erişim engeli - 6 ifade, maliyet - 3 ifade, yetkinlik - 2 ifade), otelcilik hizmetleri (konfor - 4 ifade, güvenlik - 3 ifade, temizlik -1 ifade), destek olma (duygusal destek - 2 ifade, fiziksel destek - 2 ifade) ve hasta onurunu koruma (hasta özerkliği verilmesi -3 ifade)'dır. Doktorlardan beklentiler, iletişim (doktor – hasta iletişimi - 23 ifade), bilgilendirme (tedavi öncesi - 10 ifade), hizmete erişim (tedavi takibi - 10 ifade, yetkinlik - 8 ifade, hizmetten yararlanma -3 ifade, prosedür - 1 ifade, koordinasyon/konsültasyon -1 ifade), hasta onurunu koruma (hasta özerkliği verilmesi - 7 ifade, tıbbi özen - 6 ifade, mahremiyet -3 ifade) ve destek olma (duygusal destek - 7 ifade) olmak üzere 79 ifade, 11 kategori ve beş temadan oluşmaktadır. Hemşirelerden beklentiler 37 ifade, dokuz kategori ve dört temadan oluşmaktadır: iletişim (hemşire – hasta iletişimi - 9 ifade, bilgilendirme (tedavi süreci - 5 ifade), hasta onurunu koruma (tıbbi özen - 9 ifade, hasta özerkliği verilmesi - 3 ifade, mahremiyet -1 ifade) ve hizmete erişim (hizmetten yararlanma - 4 ifade, tedavi takibi - 4 ifade, yetkinlik - 1 ifade, koordinasyon/konsültasyon - 1 ifade)'dir. Tedavi – bakım sürecinden beklentiler ise beş tema, dokuz kategori ve 44 ifadeden oluşmaktadır. Tedavi sonucundan beklentiler (fiziksel iyilik hali - 11 ifade, duygusal iyilik hali 3 ifade), bilgilendirme (tedavi sonrası - 9 ifade), hasta onurunu koruma (tıbbi özen - 9 ifade), destek olma (fiziksel destek - 6 ifade) ve hizmete erişim (prosedür - 2 ifade, yetkinlik - 2 ifade, hizmetten yararlanma - 1 ifade, koordinasyon/konsültasyon - 1 ifade)'dir.

Tablo 3: Beklenti İfadeleri Örneği

Boyutlar	Tema	Kategori	Beklenti İfadeleri	Alıntı
SAĞLIK KURULUŞUNDAN BEKLENTİLER	Destek Olma	Duygusal Destek	Ciddiye alınmayı	Gjesdal, Dysvik, & Furnes (2018); Ali Jadoo et al., (2013)
		Fiziksel Destek	Personelin yardımcı olmasını	Berhane & Enquessellie (2016).
	Otelcilik Hizmetleri	Güvenlik	Güvenliğin sağlanmasını	Gündoğdu & Görener (2017)
		Konfor	Bulunduğum ortamın uygunluğunu sağlanmasını (ısı, ışık, havalandırma, gürültü vb.)	Şahin, Dal & Vural (2014)
		Temizlik	Hijyenik ortam (genel temizlik, steril eldivenle işlem yapılması vb.) sağlanmasını	Gündoğdu & Görener (2017)
	Hizmete Erişim	Erişim Engeli	Hastanenin toplu taşıma ile iyi ulaşılabilirlik sağlanmasını	Albada & Triemstra (2009).
		Yetkinlik	En iyi tedavi hizmeti almayı	Ram& Gowdappa (2015)
		Hizmetten Yararlanma	Akşamları danışma imkanı (18.00'den sonra) olmasını	Albada & Triemstra (2009).
		Maliyet	Tedavi maliyetinin düşük olmasını	Ram& Gowdappa (2015)
		Prosedür	Hızlı işlem yapılmasını	Gündoğdu & Görener (2017)
	Hasta Onurunu Koruma	Hasta özerkliği verilmesi	Sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık kurumları her zaman başka bir profesyonel seçmeme izin vermesini	Ali Jadoo et al., (2013).
HEMŞİREDEN BEKLENTİLER	Bilgilendirme	Tedavi süreci	Hemşirelerin sorularımı yanıtlamasını, hastalık ve ilaçlar hakkında bilgi vermesini	Girmay et al.,(2018).
	İletişim	Hemşire - Hasta İletişimi	Hemşirelerin bana karşı saygılı, iyimser, nazikçe davranmasını	Thomas et al., (2017); Girmay et al.,(2018).
	Hasta Onurunu Koruma	Hasta Özerkliği Verilmesi	Hemşirelerin benim ne düşündüğümü sorması ve bana seçenekler sunması	Thomas et al., (2017).
		Mahremiyet	Hemşirelerin mahremiyetimi sağlamasını	Thomas et al., (2017); Girmay et al.,(2018).
		Tıbbi Özen	Hemşireler tarafından ihtiyaçlarımın karşılanmasını	Girmay et al.,(2018).
	Hizmete Erişim	Hizmetten Yararlanma	Hemşireye ihtiyaç duyduğumda ulaşılabilir olmasını	Şahin, Dal & Vural (2014)
		Koordinasyon/ Konsültasyon	Hemşireler ve diğer hastane personeli arasındaki ekip çalışmasının olmasını	Thomas et al., (2017).
		Tedavi Takibi	Hemşireler tarafından takibimin yapılmasını	Girmay et al.,(2018).
		Yetkinlik	Hemşirelerin alanında yeterli ve yetenekli olması	Şahin, Dal & Vural (2014); Thomas et al., (2017).

Tablo 4: Beklenti İfadeleri Örneği Devamı

Boyutlar	Tema	Kategori	Beklenti İfadeleri	Alıntı
DOKTORDAN BEKLENTİLER	Bilgilendirme	Tedavi Öncesi	Yapılan/yapılacak işlemlerin riskleri ve yararları hakkında bilgi verilmesini	Berhane & Enquessalassie (2016); Strzelecka et al. (2015); Ali Jadoo et al., (2013)
	İletişim	Doktor - Hasta İletişimi	Doktorun beni dikkatlice dinlemesini	Lionis et al. (2017); Halpert et al. (2010); Saleem et al. (2009)
	Destek Olma	Duygusal Destek	Doktorun duygularıma ve duygusal sorunlarıma karşı duyarlı olmasını	Dormohammadi et al. (2010); Strzelecka et al. (2015)
	Hasta Onurunu Koruma	Hasta Özerkliği Verilmesi	Doktorumun beni tedavimle ilgili kararlara dahil etmesini	Lionis et al., (2017); Choi et al., (2015)
		Mahremiyet	Doktorun mahremiyetime/gizliliğime dikkat etmesini	Şahin, Dal & Vural (2014); Gündoğdu & Görener (2017)
		Tıbbi Özen	Doktorun acıma karşı duyarlı olmasını ve hafifletmeye çalışmasını	Dormohammadi et al. (2010).
	Hizmete Erişim	Hizmetten Yararlanma	Doktorun yeterli zaman ayırması	Lionis et al., (2017); Halpert et al., (2010); Ali Jadoo et al., (2013).
		Koordinasyon/ Konsültasyon	Gerekirse doktorun diğer doktorlara danışmasını	Dormohammadi et al. (2010).
		Prosedür	Doktorun odasına mümkün olduğunca çabuk girip çıkmayı	Choi et al., (2015)
		Tedavi Takibi	Doktorun hastalığımı sürekli takip etmesini	Dormohammadi et al. (2010).
		Yetkinlik	Doktorun tanı ve tedavide iyi/başarılı olmasını	Choi et al., (2015); Ali Jadoo et al., (2013).
TEDAVİ - BAKIM SÜRECİNDEN BEKLENTİLER	Bilgilendirme	Tedavi Sonrası	Ameliyatın gerekli olup olmadığını bilmeyi	Chen et al., (2018).
	Tedavi Sonucundan Beklentiler	Duygusal İyi Hali	Duygusal olarak iyi hissetmeyi	Qin & Prybutok (2013)
		Fiziksel İyi Hali	Bağımlı olmadan yaşamayı	Rittger et al., (2018).
	Destek Olma	Fiziksel Destek	Yemek yememde ve içmemde yardımcı olunmasını	Şahin, Dal & Vural (2014)
	Hasta Onurunu Koruma	Tıbbi Özen	Mikrop kapmamam için önlem alınmasını	Şahin, Dal & Vural (2014)
	Hizmete Erişim	Hizmetten Yararlanma	Fizik muayene yapılmasını	Berhane & Enquessalassie (2016); Choi et al., (2015)
		Koordinasyon/ Konsültasyon	Fizik muayene için başka bir doktora / uzmana sevk verilmesini	Berhane & Enquessalassie (2016).
		Prosedür	İhtiyaçlarımın zamanında karşılanmasını	Şahin, Dal & Vural (2014)
		Yetkinlik	Yeni, değiştirilmiş veya tekrarlanan bir reçete verilmesini	Berhane & Enquessalassie (2016).

2.3. Sonuç

Tez çalışmasının bu kısmında hasta beklentilerinin tanımı, model ve teorileri incelenmiş ve hasta beklentilerine ilişkin sistematik literatür taraması yapılmıştır. Buna göre, hastaların sağlığa ve sağlık hizmetlerine ilişkin beklentilerinin karmaşık, dinamik ve çok boyutlu olduğu görülmektedir. Ayrıca kavramlaştırmaya yönelik çok az fikir birliği söz konusudur.

Yukarıda ifade edildiği gibi psikoloji, pazarlama ve sağlık alanında dile getirilen birçok tanımlama mevcuttur. Çoğu birbirine yakın olmakla birlikte bazıları birbirinden çok farklı tanımlamalardır. Bu tanımlamalara dayanarak, hastaların beklentileri dört seviyede ele alınabilir. Bunlar; Değer veya İdeal Beklenti, Normatif Beklenti, Öngörülen veya Olasılıksal/Muhtemel Beklenti ve Sonuç Beklentisidir.

Değer veya İdeal Beklenti: Hastanın sağlık hizmetine yönelik arzu, istek ve ihtiyaçları olarak ifade edilebilir. Yani hastanın gereksinimlerinin karşılanmasına ilişkin olarak ifade edemediği fakat olmasını istediği ve sağlanmadığı sürece duyulan özlemdir.

Normatif Beklenti: Hastanın algılamış olduğu yükümlülük veya yasaklardır. Hastanın gereksinimlerine karşılık hizmetin nasıl olması gerektiği ile ilgilidir.

Öngörülen veya Olasılıksal/Muhtemel Beklenti: Hastanın sağlık hizmetine ilişkin gelecekte nasıl olacağını önceden tahmin edebilmesi ya da tam bir kesinliğin bulunmaması durumudur. Yani, gelecekle ilgili gerçekçi sonuç veya olasılıksal durumdur.

Sonuç Beklentisi: Hastanın gereksinimlerine karşılık almış olduğu hizmetten ve gerçekleştireceği davranış ile sonuç elde etmesine dair tahmin veya inancıdır. Yani hastanın hizmet çevresinde oluşan sonuçlara ve hizmet çevresini davranışları ile şekillendirmesi neticesinde elde edilen sonuca ilişkin öngörüsüdür.

Tanımlamalardan da görüldüğü üzere hasta beklentilerinin farklı olması, literatürde hasta beklentilerinin tanımına ilişkin ortak bir tanımın oluşmaması eksikliğini ortaya çıkarmaktadır.

Beklentiler, genellikle kabul görülen teorilere dayandırılarak açıklanmaya çalışılmaktadır. Bunların arasında en sık görülen teori ise Sosyal Bilişsel Teoridir. Ayrıca çoğunlukla bireylerin davranışları için de belirli modeller geliştirilmiştir. Çalışmada,

hasta beklentilerini Beklenti Teorisi, Sosyal Öğrenme Teorisi, Sosyal Bilişsel Teori, Sosyal Mübadele Teorisi, Plosebo Etkisi altında incelenmektedir. Buna göre, incelenen teori ve modeller, farklı koşullarda ve problemlerde farklı çözüm önerileri sunmakta ve ne yapılacağına ve nasıl davranılacağına ilişkin kılavuzluk etmektedirler. Bundan dolayı hem araştırmacılar hem de uygulayıcılar, hedef kitlelere yönelik uygun ve faydalı olan beklenti teori ve modellerini seçmekle birlikte, kendi uygulamaları içinde yararlı olanları tercih etmelidirler.

Yapılan sistematik literatür taramasına göre, kriterlere uygun olan 62 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir. İnceleme sonucunda hasta beklentileri ve hasta beklenti ifadeleri dört başlık altında gruplandırılmıştır. Bunlar; sağlık kuruluşundan beklentiler, doktorlardan beklentiler, hemşirelerden beklentiler ve tedavi – bakım sürecinden beklentilerdir. Ayrıca çalışmada hasta beklentileri ile ilişkili konular ortaya çıkarılmıştır. Buna göre beklentileri kavramlaştırmak ve ölçmek için çok boyutlu bir yaklaşımla literatüre dayalı Şekil 7’deki beklentiler modeli geliştirilmiştir.

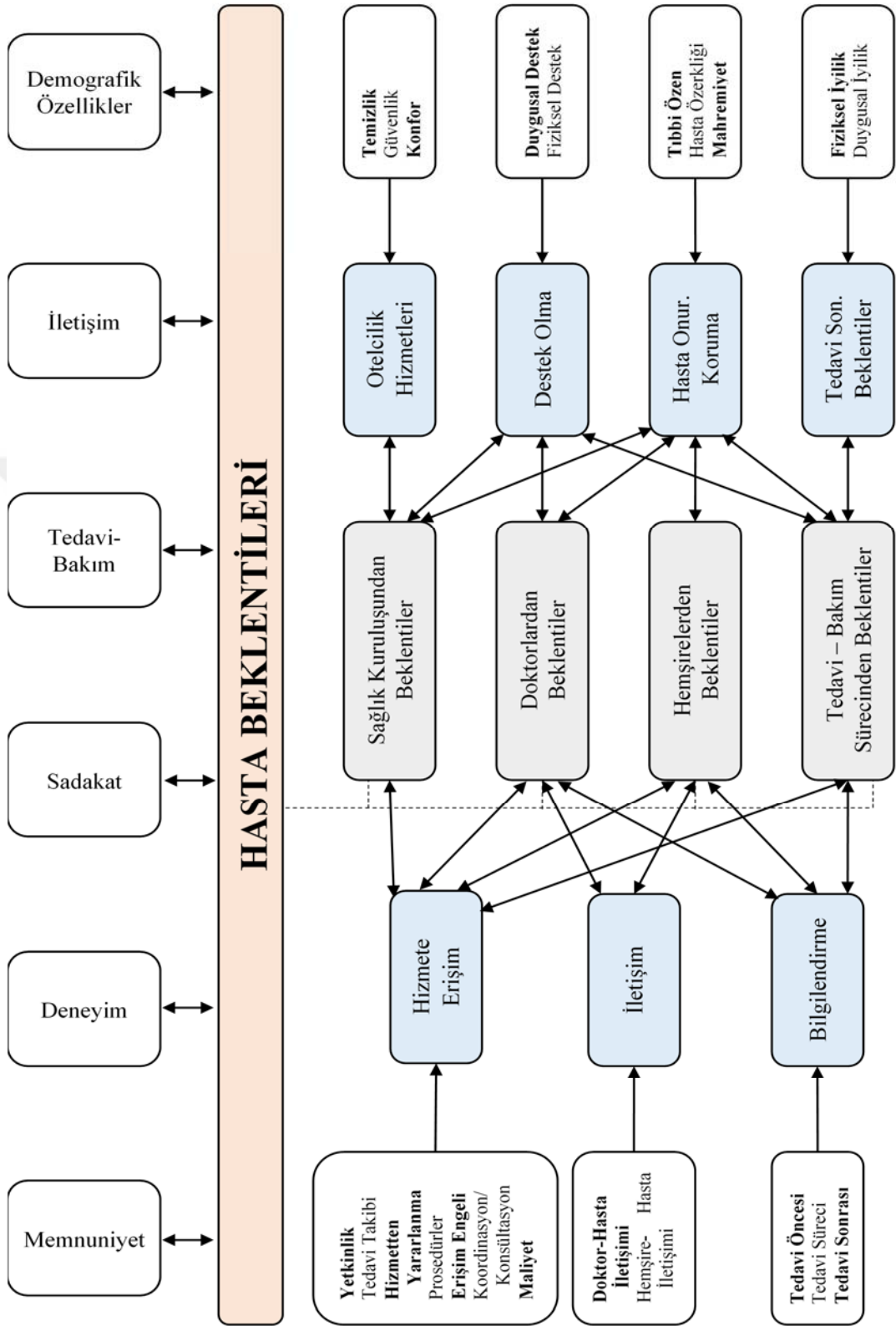
Modele göre hasta beklentileri, boyut, tema ve kategoriden oluşmakta ve beklentilerle ilişkili konular yer almaktadır. Hasta beklentileri dört boyuta ayrılmaktadır. Bunlar; sağlık kuruluşundan, doktorlardan, hemşirelerden ve tedavi-bakım sürecinden beklentilerdir. Temalar; hizmete erişim, iletişim, bilgilendirme, destek olma, hasta onurunu koruma, otelcilik hizmetleri ve tedavi sonucundan beklentiler olmak üzere yedi adettir. Kategoriler ise, yetkinlik, tedavi takibi, hizmetten yararlanma, prosedürler, erişim engeli, koordinasyon/konsültasyon, maliyet, doktor- hasta iletişimi, hemşire – hasta iletişimi, tedavi öncesi bilgilendirme, tedavi sürecinde bilgilendirme, tedavi sonrasında bilgilendirme, duygusal destek, fiziksel destek, tıbbi özen, hasta özerkliği verilmesi, mahremiyet, konfor, güvenlik, temizlik, fiziksel iyilik hali ve duygusal iyilik halinden oluşmaktadır.

Kategorilerden yetkinlik, tedavi takibi, hizmetten yararlanma, prosedürler, erişim engeli, koordinasyon/konsültasyon, maliyet, *hizmete erişim* temasını; doktor- hasta iletişimi, hemşire – hasta iletişimi, *iletişim* temasını; tedavi öncesi bilgilendirme, tedavi sürecinde bilgilendirme, tedavi sonrasında bilgilendirme, *bilgilendirme* temasını; duygusal destek, fiziksel destek, *destek olma* temasını; tıbbi özen, hasta özerkliği verilmesi, mahremiyet, *hasta onurunu koruma* temasını; konfor, güvenlik, temizlik, *otelcilik hizmetleri* temasını

ve fiziksel iyilik hali, duygusal iyilik hali, *tedavi sonucundan beklentiler* temasını oluşturmaktadır. Temalardan hizmete erişim, otelcilik, hizmetleri, destek olma ve hasta onurunu koruma, *sağlık kuruluşundan beklentiler* boyutu; iletişim, bilgilendirme, hizmete erişim, hasta onurunu koruma ve destek olma, *doktolardan beklentiler* boyutu, iletişim, bilgilendirme, hizmete erişim, hasta onurunu koruma, *hemşirelerden beklentiler* boyutu ve tedavi sonucundan beklentiler, bilgilendirme, hasta onurunu koruma, destek olma, hizmete erişim, *tedavi-bakım sürecinden beklentiler* boyutu ile ilişkilidir.

Modele göre, hasta beklentileri iletişim, tedavi-bakım (yaşam kalitesi, iyileşme süresi vs.), memnuniyet-deneyim-sadakât gibi tutum ve davranışlarla ilişkili olduğu gibi demografik özelliklerle de bağlantılıdır. Hastaların sağlık hizmetlerinden bekledikleri, hizmet alımındaki deneyimleri ile karşılaştırıldığında, onların bakıma karşı görüş, tutum ve davranışlarını değiştirebilmektedir. Hastanın hizmet hakkında sahip olduğu bilgiler, duyular hastaların beklentilerinin oluşması ve gelişmesini sağlamaktadır (Becker, 2013: 24). Hastaların beklentilerinin gerçekleştirilmesinde “hastaların beklentilerinin nasıl belirleneceği?” ve “bir kez tanımlanmış/belirlenmiş beklentilerin nasıl karşılanacağı?” sorularına odaklanılmaktadır. Böylelikle, hastaların sağlık durumlarıyla ilgili bilgi almak istemeleri ve kendi sağlıkları ile ilgili kararların planlanması, uygulanması ve kararlaştırılmasında rol oynamak istemeleri gibi beklentileri karşılanmış olacaktır (Yılmaz Şahin, 2008: 31). Aynı zamanda, hastaların beklenti, istek ve endişelerini anlamak hem hizmet sunucular, hem sağlık politika belirleyicileri hem de araştırmacılar için önemlidir. Hasta beklentilerinin belirlenmesinde, beklenti, istek ve endişeyi oluşturan olayları tanımlamak, izlemek ve sınıflandırmak için gerekli olan uygun yöntemler arasındaki anlaşmazlık gibi engellerin ortadan kaldırılması sağlanmalıdır (Kravitz, 2001: 881). Bu sebeple, modelin dinamik ve çok boyutlu olması, hem genel ve hem de özel/belirli beklentilerin belirlenmesinde, aynı zamanda sosyo-bilişsel belirleyicilerin (bireysel faktörler, davranış, çevre) tanımlanmasında yararlı olabilir.

Sonuç olarak, hastaların beklentilerinin farklılık göstermesi nedeniyle, onların sağlık hizmetlerine ilişkin tutum, davranış ve beklentileri hakkında edilen bilgiler önem arz etmektedir. Bunların incelenmesi ve bilinmesi, sağlık davranışları ve hasta temelli sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde, özel ve yeni hizmetlere karşı duyulan ihtiyaçların belirlenmesinde faydalı olabilir. Böylelikle sağlık kuruluşları dinamik bir hale gelebilir.



Şekil 7: Hastaların Sağlığa ve Sağlık Hizmetlerine İlişkin Beklentilerinin Literatüre Dayalı Modeli

BÖLÜM 3: MODELİN TEST EDİLMESİ

3.1. Yöntem

Bu bölümde, hasta beklentileri ile ilgili sistematik derleme çalışması sonucunda geliştirilen hasta beklentileri modelini test etmek için nitel araştırma yöntemi kullanılmaktadır.

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerine ilişkin çalışmaların önemi son yıllarda artış göstermektedir. Fakat hastaların aldıkları farklı türdeki hizmetlere yönelik beklentilerine konu alan çalışmalarda, hem araştırmaları hem de bulguları entegre etmek zordur. Bu nedenle, hastaların beklentilerinin kavramsallaştırılması ve değerlendirilmesi ile ilgili heterojenlik, çeşitli sistematik derlemelerde önemli bir sınırlama olarak kabul edilmektedir (Auer et al., 2016a; Zywiell et al., 2013; Bowling et al., 2012; Haanstra et al., 2012; van Hartingsveld et al., 2010; Fadyl & McPherson, 2008). Ayrıca bazı teorik kavramlar, farklı terminoloji kullanarak beklentilerin örtüşen yönlerine atıfta bulunurken, hasta beklentilerine ilişkin kanıtların bütünleşmesini karmaşık hale getirmektedir (Maddux, 2007). Dahası, birçok çalışmada hasta beklentileri tek veya çok boyutlu yönden incelemekte, bu durum hasta beklentilerinin araştırılmasını zorlaştırmaktadır (Auer et al., 2016b; Haanstra et al., 2015; Laferton et al., 2015). Bundan dolayı ilk bölümde yer alan hasta beklenti literatürü ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmasında, bireylerin farklı boyutlardan beklentilerinin olduğu ve bu beklentilerin ilişkilendirildiği sonuçlar ortaya çıkarılmıştır.

Geliştirilen model kapsamında hastaların sağlık hizmeti ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmeti ve müdahalelerini tasarlayabilmek için, hastaların beklentilerini keşfetmek önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışmanın amacı, kardiyoloji kliniğinden hizmet alacak hastaların hizmet sunum sürecinden beklentilerini ortaya koymaktır. Çalışmanın amacı doğrultusunda geliştirilen araştırma sorusu ve alt araştırma soruları aşağıda yer almaktadır.

Araştırma sorusu: Kardiyovasküler hastalığı olanların sağlık hizmetlerinden beklentileri nelerdir?

Alt Araştırma Soruları:

- Sağlık kuruluşundan beklentiler nelerdir?
- Doktorlardan beklentiler nelerdir?
- Hemşirelerden beklentiler nelerdir?
- Tedavi ve bakım sürecinden beklentiler nelerdir?

3.1.2. Nitel Yöntemin Gerekliliği

Sosyal bilimlerdeki araştırma türlerinden nicel yaklaşımlar 19. yüzyılın sonlarından 20. yüzyılın ortalarına kadar hâkim olmuştur (Creswell, 2017: 4). 1960'lı yıllarda, nicel yöntemin egemenliği tartışılmaya başlanmış ve nitel yaklaşıma eğilim ortaya çıkmıştır (Punch, 2014: 4). Bununla birlikte karma yöntem araştırmaları gelişmiştir (Creswell, 2017: 4). Fakat nicel ve nitel yöntemleri savunan araştırmacılar arasında tartışmalar da meydana gelmiştir. Tartışmaların çoğu bu yöntemlerden yalnızca birini savunanlar arasında gerçekleşmiştir. Buna göre, bazı araştırmacılar insan davranışlarını yorumlamak için nicel yöntemin kullanılmasını vurgularken, diğerleri ise sadece nitel yöntemin doğru olduğunu savunmaktadır (Punch, 2014: 4). Diğer taraftan, bilim insanlarının bazıları nicel ve nitel yaklaşımların sınıflandırılması ve ayrımın yapılmasının bilimsel anlayışa zarar vereceği kaygısı taşımaktadırlar (Güçlü, 2019: 30). Dolayısıyla, nicel ve nitel yaklaşımların birbirlerinin karşısı olmadığı, bilakis birbirleriyle uyumlu olduğu ve farklı eksiklikleri tamamladıkları ifade edilmektedir (Geray, 2006).

“Nicel araştırma, verinin sayılar biçiminde olduğu görgül araştırmadır” (Punch, 2014: 6). Nicel araştırma yaklaşımı değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyerek nesnel kuramları test etmektedir. Değişkenler genel olarak ölçme araçları ile ölçülebilir. Böylelikle sayısal hale getirilen veriler istatistiksel teknikler kullanılarak analiz edilebilir (Creswell, 2017: 4) ve tablo ve grafiklerden yararlanılarak bulgular özetlenebilir. Nicel araştırmalar, teorilerin test edilmesinde (teorileri tümünden gelimsel olarak ölçmek) veya bir toplumsal olayın tanımlanmasında kullanılmaktadır (Güçlü, 2019: 13). O halde nicel araştırma hem teorileri sınamak hem de bir alanı keşfetmek, hipotez ve kuram-teori geliştirmek içinde yapılabilir (Punch, 2014: 226).

“Nitel araştırma, verinin sayılar biçiminde olmadığı görgül araştırmadır” (Punch, 2014: 6). Nitel araştırma yaklaşımı, sosyal veya beşerî problemlere yönelik olarak

birey/grupların yükledikleri anlamları ortaya çıkarmak ve anlamaktır (Creswell, 2017: 4). Denzin ve Lincoln (2011: 3)’un ortaya koydukları tanımda ise, “*Nitel araştırma dünyadaki gözlemcinin yerini tespit eden konumlandırılmış bir aktivitedir. Nitel araştırma, dünyayı görünür hale getiren bir dizi yorumlayıcı, materyal uygulamalarından oluşur. Bu uygulamalar dünyayı dönüştürür. Bu uygulamalar dünyayı; alan notları, mülakatlar, konuşmalar, fotoğraflar, kayıtlar ve araştırmacının yazdığı notları içeren bir temsiller serisine dönüştürür. Bu düzeyde, nitel araştırmanın dünyaya dair yorumlayıcı ve doğal bir yaklaşımı vardır. Bu nitel araştırmacıların kendi doğal ortamlarındaki şeyleri insanların olaylara verdiği anlamlar açısından anlamlandırmaya çalışması veya yorumlaması anlamına gelir*”. Yani, araştırılmakta olan bireylerin sosyal gerçekliklerinin anlamlandırılması ve yorumlanması, nitel araştırma yaklaşımının odağındaki öğelerden biridir (Bryman, 2003: 8). Araştırma süreci; sorulacak soruların geliştirilmesi ve uygulanacak işlemlerin hazırlanması, katılımcıların ortamlarından verilerin elde edilmesi, tümevarımsal veri analizinin yapılması, verilerin anlamının yorumlanması adımlarını oluşturmaktadır. Yazılan son rapor ise esnek bir yapıdadır (Creswell, 2017: 4). Nitel araştırma, genellikle teorilerin oluşturulmasında ve keşfedici araştırmalarda kullanılmaktadır (Güçlü, 2019: 13). Ayrıca nitel araştırma, daha çok teori geliştirmek için kullanılan yaklaşım olsa da şüphesiz hipotez ve teorilerin sınanması içinde yapılabilir (Punch, 2014: 226).

Bu iki yaklaşım arasındaki farklılıklar, genel olarak verilerin, toplanması ve çözümlenmesine ilişkin tekniklerden kaynaklanmaktadır. Kısaca, nicel yaklaşım anlık ve durağanlığa işaret ederken, nitel yaklaşımda süreç ön plandadır. Yani nicel yaklaşım ile olayın anlık fotoğrafı, nitelde ise video çekimi ile süreç betimlenmektedir (Punch, 2014: 225; Güçlü, 2019: 33). Her iki yaklaşım birbirlerine karşı üstünlük sağlamamakta ve sosyal araştırmalarda ikisine de gereksinim duyulmaktadır. Çünkü her birinin güçlü ve zayıf yanları bulunmaktadır. Bu güçlü ve zayıf yanların ışığında, araştırma sorusunun çözümü için uygun yaklaşımın seçimi gerçekleşmektedir (Punch, 2014: 226-230).

Çalışmanın odağı doğrultusunda, araştırmacıyı nitel yöntemi benimsemeye yönelten gerekçeler şunlardır:

Günümüzde, teknolojik gelişmelerin hızla artması ile bilginin üretimi, kapsamının genişlemesi ve kolay erişiminin olması nedeniyle yaşam deneyimleri ve toplumsal

ilişkiler değişmeye başlamıştır. Bununla birlikte hızla gerçekleşen sosyal değişim ve sonucunda yaşamların çeşitlenmesi yeni sosyal bağlam ve bakış açılarını ortaya çıkarmaktadır. Yeni yaklaşımlar neticesinde geleneksel yöntemler sorgulanmaya başlanmış, incelenecek olaylar deneysel çalışmalar yerine daha derinlemesine araştırılmış ve insan faktörünün öne çıktığı yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar geliştirilmiştir. Böylelikle doğası gereği değişime, yeniliklere, toplumsal olayları derinlemesine inceleyen ve araştırmacılara zengin bir çeşitlilik sunan nitel araştırma bilim insanları arasında sıklıkla tercih edilen araştırma yaklaşımı olmuştur (Güçlü, 2019: 17,18; Seggie & Bayyurt, 2017: 11,12; Güler, Halıcıoğlu & Taşgın, 2015: 22-24). Nitel araştırmacılar, insanların/katılımcıların deneyimlerini nasıl yorumladıklarını, içinde bulundukları ortamı nasıl anlamlandırdıklarını çözümlemeye çalışmaktadırlar (Merriam, 2018: 5). Buna göre, nitel araştırma ile insanların/katılımcıların yaşam deneyimlerinden yola çıkarak derinlemesine incelenen durum/olay çalışmaları gerçekleştirilmekte ve konu birçok açıdan detaylı biçimde anlaşılmaya çalışılmaktadır (Seggie ve Bayyurt, 2017: 2). Yani nitel araştırmada anlamın derinliğiyle uğraşmaktadır (Patton, 1985: 1). Nitel araştırmada nesnel, tek bir doğru ya da gerçeklik, tartışılmazlık yoktur. Bunun yerine özne merkezli, çoğulcu bir anlayış, insanlar tarafından şekillenen, yaşanan zaman, mekân ve kültür doğrultusunda değişen bakış açısının olduğu ileri sürülmektedir (Merriam, 2018: 8,9; Yıldırım & Şimşek, 2018: 29-31). Nitel araştırmada veriler, sorunun yaşandığı alanda, katılımcının doğal ortamında toplanmakta ve araştırmacılar insanlar/katılımcılarla yakın etkileşim gerçekleştirmektedirler (Merriam, 2018: 16; Creswell, 2020: 46). Nitel araştırmada tek bir veri kaynağı yerine, mülakatlar, gözlemler ve dokümanlar gibi birden fazla kaynaktan yararlanılabilmektedir. Ayrıca, farklı kaynaklardan elde edilen veriler farklı yöntem veya temalar aracılığı ile analiz edilebilmekte ve anlamlandırılmaya çalışılmaktadır (Creswell, 2020: 46; Güçlü, 2019: 26). Nitel araştırma süreci esnekliklidir. Yani araştırma süreci zamanla şekillenmektedir. Bu durum araştırma sürecinin net bir şekilde belirlenemeyeceğini, verilerin toplanmaya başladıktan sonra sürecin her adımının değişebileceğini göstermektedir (Merriam, 2018: 16; Creswell, 2020: 48). Nitel araştırmada incelenmekte olan sorun bütüncül bir bakış açısı ile ele alınmaktadır (Creswell, 2020: 48). Bu yaklaşım, bireylerin davranışlarının karmaşıklığından dolayı davranışlar parçalar halinde değil, aksine bir bütün içerisinde inceleyerek anlamlandırmaya çalışmaktadır (Güçlü, 2019: 27). Kısacası nitel araştırma, gelişmekte

ve değişmekte olan dünyamızı, bunun ortaya çıkardığı yeni anlayış ve beraberinde oluşan sorun ve mücadeleleri ayrıntılı biçimde keşfetmeyi, ayrıca toplumsal yaşamdaki farklılıkları ve karmaşayı anlamamızı sağlayan yeni bakış açıları sunmaktadır. Bundan dolayı nitel araştırma yöntemi seçilmiştir.

3.1.3. Katılımcıların Özellikleri (Seçimi)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2018a: 19,20) tarafından kronik hastalık, uzun süreli bakım gerektiren, genellikle yavaş ilerleyen ve kişiden kişiye bulaşmayan hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bazı bulaşıcı hastalıkların kronikleşmesi nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalık kavramı yerine “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)” kavramını tercih etmiştir. BOH uzun sürelidir ve genetik, fizyolojik, çevresel ve davranış faktörlerinin bir kombinasyonunun sonucunda meydana gelmektedir (DSÖ, 2018b).

BOH, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet, gastrointestinal hastalıklar, böbrek hastalıkları ve nörolojik ve zihinsel sağlık bozuklukları gibi sağlık sorunlarını içermektedir (DSÖ, 2011: vii). Bu hastalıklar içerisinde bazıları görülme sıklığı ve ölüme neden olması bakımından ön plana çıkmaktadır. Bunlar; kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir (Üner, Balcılar & Ergüder, 2018: 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2020: 1) istatistiklerine göre, BOH'lardan dolayı yaklaşık 41 milyon ölüm meydana gelmekte ve bu ölümler toplam ölümlerin yaklaşık % 71'ini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin çoğuna ise dört ana BOH neden olmuştur: kardiyovasküler hastalık (17,9 milyon ölüm; tüm BOH ölümlerinin % 44'ü), kanser (9 milyon ölüm; tüm BOH ölümlerinin % 22'si), kronik solunum yolu hastalığı (3,8 milyon tüm BOH ölümlerinin % 9'u) ve diyabettir (1,6 milyon ölüm; tüm BOH ölümlerinin % 4'ü) (DSÖ, 2018c: 7).

Kardiyovasküler hastalıklar; koroner kalp hastalıkları (anjina pectoris, miyokard infarktüsü), serebrovasküler hastalıklar (inme veya geçici iskemik atak), hipertansiyon, periferik arter hastalığı (klaudikasyon veya ekstremité iskemisi), romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatileri gibi kalbin ve damarların tüm hastalıklarını kapsamaktadır (Şencan vd., 2015:9).

Kardiyovasküler hastalıklar, her yıl yaklaşık 17,9 milyon ölüme (dünya çapındaki tüm ölümlerin %31'ini içermektedir) sebep olan ve küresel olarak ilk sırada yer alan ölüm nedenidir. Bu ölümlerin % 85'i kalp krizi ve inmeden kaynaklanmaktadır (DSÖ, 2017).

Mathers ve Loncar (2006: 2017)' ın gerçekleştirmiş oldukları çalışmaya göre, 2030 yılında küresel boyutta kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin sayısının 23,3 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Aynı çalışmada 2030 yılında kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada yer alacağı da ileri sürülmektedir (Mathers & Loncar, 2006: 2022, 2023).

Küresel boyutta olduğu gibi, kronik hastalık sorunu Türkiye açısından da çok önemlidir. 2000 yılında gerçekleşen Türkiye'deki 430.459 ölümün 305.467'si kronik hastalıklardan kaynaklanmıştır. Bu ölümlerin 205.457'si ise kardiyovasküler hastalık sebebi ile gerçekleşmiştir. En sık görülen kardiyovasküler hastalık ise iskemik kalp hastalığı (%22) ve serebro-vasküler hastalıklardır (%15) (Erkoç & Yardım, 2011: 59). 2019 yılında meydana gelen 435.941 ölüm nedenleri incelediğinde, 160.426 (%36,8) ölüm vakasının dolaşım sistemi hastalıklarından yani kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı olduğu görülmektedir. Dolaşım sisteminden kaynaklı ölümlerin %39,1'i iskemik kalp hastalığından ve %22,2'si serebro-vasküler hastalığından oluşmaktadır (TÜİK, 2020). Rakamlara göre, kardiyovasküler hastalıklar düşmüş gibi gözükse de yine de en yüksek ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.

Buna göre, Türkiye'deki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alması ve hastalık grubunun toplumun geniş bir kesimini oluşturması nedeniyle çalışmada kardiyovasküler hastalığı olan bireyler tercih edilmiştir.

3.1.4. Veri Toplama - Derinlemesine Görüşme

Nitel veri ve araştırmalar, nitel verilerin toplanması ve analiz edilmesi bakımından bilimseldirler. Nitel veriler, gerçek olayların belgelenmesi, birey davranışlarının gözlemlenmesi, dokümanlara dayalı çalışmalar, işitsel/görsel öğelerin araştırılmasından oluşmaktadır (Güler, Halıcıoğlu & Taşgın, 2015: 43). Verilerin toplanmasında derinlemesine görüşme (*yapılandırılmış, yarı-yapılandırılmış veya yapılandırılmamış formlarla*), odak grup görüşmesi, gözlem, doküman inceleme gibi bazı nitel yöntemler kullanılabilir (Yıldırım & Şimşek, 2018; Creswell, 2017; Güçlü, 2019; Creswell, 2020).

Creswell (2020), nitel araştırmadaki her bir yaklaşım için farklı alan araştırma yöntemlerinin kullanılabileceğini ileri sürmektedir. Örneğin, *fenomolojik araştırma* için görüşme yönteminin; *etnografik araştırma* için, gözlem, görüşme, dokümanların; *örnek olay araştırmaları* için, doküman ve kayıtların incelenmesi, gözlem ve görüşmenin;

hikâye analizi araştırması için, doküman ve arşiv materyalleri, yapılandırılmamış görüşme, gözlem, söyleşinin kullanılması gerektiğini tavsiye etmektedir. Nitel veri yöntemlerinden hangisi kullanılırsa kullanılsın, zengin bir bilginin ulaşılmasına ve incelenen olgunun derinlemesine bir bakış açısı getirilmesine yardımcı olmaktadır (Güçlü, 2019: 99). Çalışmada nitel araştırma yaklaşımında verilerin toplanmasında en sık kullanılan yöntem olan “*görüşme yöntemi*” kullanılmıştır. Görüşme yöntemi her ne kadar farklı amaçlar (*doktorun hastayla yaptığı görüşme, iş görüşmesi, polisin yaptığı sorgulama vs.*) için kullanılsa da temelde insanların geçmiş, şimdi ya da gelecekle ilgili tutum, görüş ve davranışları hakkında bilgi almak amacıyla gerçekleştirilmektedir (Güler, Halıcıoğlu & Taşgın, 2015: 114). Yani görüşmede sorular katılımcıların bakış açılarını, düşüncelerini ve dünyalarını anlamaya yönelik kurgulanmaktadır (Güçlü, 2019: 100). Literatürde üç farklı görüşme türünden bahsedilmektedir (Liamputtong, 2019; Punch, 2014; Harrell & Bradley, 2009). Bunlar yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşmedir. Görüşme türleri arasında, araştırmacının sosyal etkileşimin (görüşme) kontrolünü elinde tutması bakımından farklılıkları görülmektedir (Harrell & Bradley, 2009: 25).

Yapılandırılmış görüşme, araştırmacının görüşme üzerinde kontrolü en fazla olduğu görüşme türüdür. Görüşme soruları önceden belirlenir, sabittir ve belirli sıra ile sorulmaktadır. Bu görüşme yöntemi genellikle nicel araştırmalarda kullanılmaktadır. Nitel araştırmalarda ise en çok katılımcıların demografik bilgilerini alırken kullanılmaktadır (Harrell & Bradley, 2009: 28; Merriam, 2018: 87,88; Güçlü, 2019: 102).

Yarı yapılandırılmış görüşme, nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Araştırmacı tarafından önceden belirlenmiş sorular ile birlikte, görüşme esnasındaki gelişmelere bağlı olarak yeni sorularında sorulabildiği görüşme yöntemidir (Güler, Halıcıoğlu ve Taşgın, 2015: 115). Bu yöntem katılımcıların algıladığı dünyayı kendi düşünceleriyle anlatmasına yardımcı olmaktadır. Bunun için katılımcılara açık uçlu sorular yöneltilmektedir. (Merriam, 2018: 88). Ayrıca araştırmacı konuya ilişkin, farklı katılımcılardan aynı tür bilgilerin alınması amacıyla bu yöntemi kullanmaktadır (Patton, 1987: 111). Yöntemin sağladığı esneklik ve serbestlik, farklı sorularla konunun açılmasına, fazla detaylı verinin elde edilmesine ve konu hakkında yeni fikirlere ulaşılmasına olanak sağlamaktadır (Merriam, 2018: 88; Güçlü, 2019: 104). Kısaca yarı yapılandırılmış görüşmeler, genellikle araştırmacı bir konuyu derinlemesine araştırmak

ve verilen cevapları iyice anlamak istediğinde kullanılmaktadır (Harrell & Bradley, 2009: 27).

Yapılandırılmamış görüşme, araştırmacının araştırma alanına doğrudan katıldığı, soruların katılımcıya spontane bir şekilde yöneltildiği, araştırma alanındaki durumun anlaşılmaya çalışıldığı yöntemdir. Araştırmacının görüşme üzerinde fazla kontrolü yoktur, bu yüzden görüşmenin akışı katılımcının verdiği cevaplara göre farklı yönlerde ilerleyebilir. Araştırmacı konu hakkında yeterli ve gerekli veriyi elde etmek için, bireylerle birden fazla görüşme gerçekleştirebilir. Fakat görüşmeler uzun zaman alabilir ve araştırmacı sonunda büyük bir bilgi denizinin içerisinde kaybolabilir (Merriam, 2018: 89; Güler, Halıcıoğlu & Taşgın, 2015: 118; Harrell & Bradley, 2009: 26; Patton, 1987: 110).

Çalışma kapsamında yukarıda tanımlanan görüşme türlerinden *yarı yapılandırılmış görüşme* yöntemi tercih edilmiştir. Çünkü nitel çalışma belirli bir amaç doğrultusunda gerçekleştirilmekte ve araştırma problemine sadık kalmak gerekmektedir. Böylelikle hem önceden hazırlanmış soruları sorulabilir hem de bu sorular daha ayrıntılı bir biçimde incelenebilir. Aksi takdirde görüşmede konu farklı yönlere gidebilir. Bu yöntem ile konu hakkında farklı bireylerden daha sistematik ve karşılaştırılabilir bilgi elde edilebilir.

3.1.4.1. Mülakat Sorularının Hazırlanması

Araştırmacı tarafından oluşturulan mülakat sorularının ilk versiyonu, birinci bölümde geliştirilen modeldeki temalar çerçevesinde taslak olarak hazırlanmıştır. Oluşturulan taslak form sağlık yönetimi alanındaki dört akademisyen ile paylaşılmıştır. Akademisyenlerin fikir ve önerileri doğrultusunda değişiklikler yapılmış ve yeni bir görüşme formu geliştirilmiştir. Yeni form danışman öğretim üyesi ile değerlendirilmiş ve görüşme formunun son hali verilmiştir (EK-1).

Mülakat formu beş aşama ve beş adet sorudan oluşmaktadır. Bu aşamalar; i – sağlık kuruluşundan beklentiler, ii – doktorlardan beklentiler, iii – hemşirelerden beklentiler, iv – tedavi ve bakım sürecinden beklentiler ve v – katılımcının demografik bilgilerini elde etmeye yönelik soruları içermektedir.

Mülakat soruları her ne kadar modeldeki temalardan ve belirli bir süreç sonucunda hazırlanmış olsa da görüşme esnasında araştırma konusunun daha iyi anlaşılabilmesi ve

derinlemesine bilgi edinilmesi amacıyla yeni sorular sorulmuş ve katılımcılardan gelen cevaplara göre soruların sıralaması değiştirilmiştir.

3.1.5. Geçerlilik-Güvenirlilik

Geçerlilik ve güvenirlik, çalışma sonuçlarının inandırıcılığının değerlendirilmesi için kullanılan en yaygın olan ölçütlerdir (Güçlü, 2019: 390). Nitel çalışmalarda geçerlilik, *araştırmacının incelediği olguyu, olduğu biçimiyle ve tüm gerçekliğiyle ortaya koyması, olgunun olabildiğince yansız olarak gözlenmesi, elde edilen sonuçların bütünlüğünü ve yapı ile veri arasında kurulan bağın doğruluğunu* kapsamaktadır (Bryman, 2015; Hammersley, 1998). Güvenirlik ise *çalışma verilerinin toplanması, yorumlanması veya analizinin tutarlılığı ve tekrar edilebilir* olmasıdır (Güçlü, 2019: 403). Nitel literatürde bu iki ölçütün yerine daha çok sonuçların doğruluğu, şeffaflık, tarafsızlık (objektiflik), inanılabilirlik, aktarılabilirlik, esneklik, araştırmacının tecrübesi, bilgi yeterliliği gibi nitelikler üzerinde durulmaktadır (LeCompte & Goetz, 1982; Lincoln & Guba, 1985; Eisner, 1991; Krefting, 1991; Maxwell, 1992; Lather, 1993; Whitemore, Chase & Mandle, 2001). Fakat Creswell (2020: 252), pek çok nitel geçerlilik türünün olduğunu ve yazarların kendi geçerlilik türü ve stratejilerini seçmeleri gerektiğini önermektedir. Bu bağlamda literatürde sıkça karşılaşılan betimsel geçerlilik, yorumlayıcı geçerlilik, kuramsal geçerlilik (iç geçerlilik), genellenebilir geçerlilik (dış geçerlilik) ve değerlendirmeci geçerlilik gibi yöntemler bulunmaktadır (Maxwell, 1992; Güçlü, 2019: 394-397). Ancak, nitel alanda kategorize edilen paradigmaların ve metodolojilerin çokluğu nedeniyle geçerlilik için genel kabul gören bir kriter kullanmak oldukça güçtür. Bu sebeple bazı yazarlar nitel araştırmacıların geçerliliğini kanıtlamaya yönelik çabaları yersiz çabalar olarak nitelendirmektedir (Güçlü, 2019: 393). Bu çalışmada geçerliliği ortaya koymak için kuramsal geçerlilikten yararlanılmıştır. Kuramsal geçerlilik, soyut bir yaklaşımdır. Araştırmanın kavramsal veya kuramsal modeli veya mülahazalar, veri toplama amacıyla uyumlu olmalıdır (Şencan, 2015: 730). Başka bir ifade ile kuramsal geçerlilik, bilgileri birleştirmede, verileri yorumlamak için kullanılan yönteme bağlı olmak anlamına gelmektedir (Aküzüm & Özmen, 2013: 107). Bu çalışmada da kavramsal ve kuramsal olgulara bağlı olarak bir araştırma modeli geliştirilmiş ve verilerin toplanması ve uygulanmasında modele bağlı kalınarak araştırmacı yanlılığı engellenmeye

çalışılmıştır. Nihayetinde çalışmadan elde edilen bulgular sonuçların kuramsal ve kavramsal çerçeve ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Nitel araştırmada, güvenilirlik, süreçlerin ve sonuçların tam olarak tekrarlanabilirliği anlamına gelir. Farklı paradigmalara sahip nitel araştırmada, bu tür bir güvenilirlik tanımı zordur. Bu nedenle, nitel araştırma için güvenilirliğin özü tutarlılıktır (Leung, 2015). Bu sebeple nitel araştırmalarda güvenilirlik yerine güvenilebilirlik veya tutarlılık kavramları kullanılmaktadır. Güvenilebilirlik, araştırmanın bulguları ve yorumlarının tutarlı bir sürecin ürünü olmasını ifade etmektedir (Arastaman, Fidan & Fidan, 2018: 60). Bu amaçla kullanılabilecek yöntemlerden biri üçgenlemedir. Üçgenlemede amaç, her majör sonucu desteklemek için en az üç bilgi kaynağının kullanılmasıdır. Üçgenleme, *veri kaynaklı üçgenleme* (çalışmada çok çeşitli veri kaynaklarının kullanılması), *araştırmacı üçgenleme* (verilerin toplanması, analizi ve yorumlanmasında birden fazla araştırmacının görev alması), *teori üçgenleme* (literatür incelenerek farklı yaklaşımların sağlanması) ve *yöntem üçgenleme* (çok fazla veri toplama) şeklinde dört şekilde yapılabilir (Başkale, 2016: 25). Bu çalışmada araştırmacı üçgenleme ve teori üçgenleme türlerinden yararlanılarak araştırmanın güvenilebilirliği ya da tutarlılığı sağlanmıştır.

3.1.6. Araştırma Süreci

Çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Kardiyoloji Kliniği, 2008 yılından bu yana acil servis, koroner yoğun bakım ünitesi ve yataklı servisler ile hizmet sunmaktadır. Birime bağlı olarak 20 yataklı koroner yoğun bakım ünitesi, 39 yataklı kardiyoloji servisi ve 6 yataklı anjiyografi takip ünitesi bulunmaktadır. Hafta içi her gün dört poliklinikte ayakta tedavi gören hastalara hizmet sunulmaktadır. Bütün bunların yanı sıra ekokardiyografi (transtorasik, transözofageal ve 3 boyutlu EKO), ambulator kan basıncı takibi (Tansiyon Holter) ve olay kaydedici (event recorder) gibi yöntemler ile kalp ve damar hastalıklarının teşhisini sağlayacak incelemeler de yapılmaktadır.

Çalışmanın örneklemini, kardiyoloji kliniğinde yatarak tedavi olan hastalar oluşturmaktadır. Poliklinik muayenesinden sonra yatarak tedavi hizmeti almasına karar verilen hastaların *yatış sürecinde çalışmaya katılım gösterip göstermeyeceği* sorularak, çalışmaya katılmak isteyen hastalar örneklem grubuna dahil edilmiştir. Araştırma 12 Ekim – 13 Kasım 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup; bu tarihler arasında

klınkte toplam 26 hasta yatarak tedavi görmüştür. Yatışı verilen hastalardan 18 ve 19. mülakat sürecinde aynı şeyleri tekrar etmesi nedeniyle 19. hastanın katılımıyla mülakat sonlandırılmıştır. Bu sebeple çalışma 19 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir¹. Pandemi sebebiyle isteyen hastalarla online olarak mülakat yapılabileceği bilgisi verilmiş, ancak hastaların tamamı yüz yüze görüşmeyi tercih ettiklerinden görüşmeler yüz yüze yapılmıştır.

Görüşmeler, görüşme yapılan hastanın rahatsız olmayacağı ve bu sebeple görüşmenin yarıda kesilmeyeceği sessiz bir ortamda yapıldı. Görüşmeler Sağlık Bakanlığının Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Rehberindeki kurallara uygun bir şekilde koruyucu önlemler alınarak ve hijyen koşulları sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme öncesi araştırmacıyla hasta arasında gerçekleştirilen kısa sohbette hastaya çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Görüşmeden elde edilen bilgiler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı konusunda garanti verildikten sonra, hastadan görüşmenin kayıt altına alınmasına izin verdiğine dair yazılı onam alınmıştır. Görüşmeye araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorularla başlanmış ve katılımcının verdiği cevaplara göre farklı sorularla konu hakkında derinlemesine veri sağlanmıştır. Görüşme esnasında veriler ses kayıt cihazı ile kayıt yapılmak ve yazılı notlar alınmak suretiyle veri kaybının önüne geçilmiştir. Sorulacak sorular tamamlandıktan sonra, katılımcıların söyledikleri özetlenmiş ve bunlara eklemek istedikleri bir şeyler olup olmadığı sorulmuştur. İlave sözü olan katılımcıların son sözleri de alındıktan sonra kayıt durdurularak görüşme sonlandırılmıştır. Görüşmeler yaklaşık 30 dakika civarında sürmüştür.

3.1.7. Veri Analiz Yöntemi

Tezin bu aşamasında, kavramsal çerçevede yer alan modeli test etmek için nitel verilerin toplaması ve analizinde araştırmaya yön veren tema ve kategorilerden yararlanılmıştır. Bu tema ve kategoriler, araştırmanın belirli bir odakta ve sınır içerisinde kalmasını sağlamanın yanı sıra verilerin toplanması ve analizinde de kolaylıklar sağlamaktadır. Ayrıca verilerin yorumlanmasında araştırmacıya yön vermektedir. Çalışmada analiz yöntemi olarak içerik analizi kullanılmıştır. Hsieh ve Shannon (2005) nitel içerik analizini

¹ Giriş bölümünde örneklem büyüklüğünün belirlenmesi konusunda ayrıntılı bilgi verilmiştir.

klasik içerik analizi, özetleyici içerik analizi ve yönlendirilmiş içerik analizi olmak üzere üç farklı yaklaşımla ele almaktadır.

Klasik içerik analizinde kategoriler verilerin ön yargılı kategorilere zorlamaktan daha ziyade analiz sonucunda elde edilir. Kodlama kategorileri ham verilerden tümevarımsal yolla elde edildiği için gömülü teori yaklaşımı olarak da adlandırır. Bu analiz türünde amaç, teori geliştirmektir. İncelenen olgu ile ilgili yeterli kavramsal ve kuramsal bilgi yoksa bu analiz tekniğinin kullanılması uygun bulunmaktadır. Dolayısıyla bu tekniğin kullanılmasının amacı, analizi yapılan dokümanın içeriğinin teorik bir çerçevede bağlantılarını açıklayabilmektir (Güçlü, 2019: 174; Gökmen, 2017: 179).

Özetleyici içerik analizi, metinde ya da verilerde bulunan kelime veya ifadelerden yararlanarak yapılır. Kelimelerin veya içeriğin sayılmasını ve bu niceliğin yorumlanmasını kapsamaktadır. Bu yöntemi kullanan araştırmacı verilerde bulunan belirgin temalara ve gizli anlamlara odaklanarak elde ettiği bulgularla araştırmasını gerçekleştirir. Bu analizde metinlerde yer alan belirli kelime veya içeriğin altında yer alan anlamlar keşfedilmeye çalışılır. Yöntem kelimelerin anlamlarını tümevarımsal bir yaklaşımla araştırmayı hedeflemektedir (Güçlü, 2019: 174; Gökmen, 2017: 179).

Yönlendirilmiş içerik analizi, kavramsal kategorilerin yeni bir içeriğe uygulanmasıdır. Dolayısıyla bu yaklaşımın amacı, kavramsal bir çerçeve veya kuramı doğrulamak veya geliştirmektir. Bu teknikte ilk kodlar mevcut bir teori veya araştırma bulgularına dayanılarak yapılır. Araştırmada daha analitik kodların ve kategorilerin kullanılması gerekir. Araştırmacı belirlediği temaları ve verinin içinden kendiliğinden ortaya çıkabilecek temaları kullanarak veriyi daha derinlemesine çözümleme imkânı bulur. Bu ifadelerden de anlaşılacağı gibi yöntem, tümdengelim yöntemi olarak tanımlanabilir (Güçlü, 2019: 174; Gökmen, 2017: 179). Dolayısıyla yönlendirilmiş içerik analizi tekniği aynı zamanda nitel araştırma tekniğinin yalnızca tümevarımsal olabileceğine olan inancın aksine tümdengelimsel olabileceğini göstermesi bakımından da önemli bulunmaktadır.

Çalışmada veri analiz tekniği olarak “*Yönlendirilmiş (Directed) Nitel İçerik Analizi*” (Hsieh & Shannon, 2005: 1281) kullanılmıştır. Yani çalışmanın verilerinin analizi, tümevarımcı bir şekilde kodlardan temalara doğru değil, tümdengelimci bir yaklaşımla temalardan kodlara doğru yapılmıştır. Bu tekniğin tercihinde kavramsal çerçevede yapılan incelemeler ve daha önce geliştirilmiş kuramlardan yararlanılarak oluşturulan

temaların yanı sıra hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerden yararlanılarak oluşturulan temalar kullanılarak hasta beklentilerinin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi olması etkili olmuştur.

Yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen ses kayıtları her mülakatın ardından deşifre edilerek yazılı hale getirilmiş ve metin defalarca okunarak araştırma sorusu ile arasındaki bağlantı kurulmaya çalışılmıştır. Kodlamalar, kavramsal ve kuramsal incelemeler sonucu oluşturulan modeldeki temalar ile görüşmeler sonucunda elde edilen metinlerindeki anlam ve açıklamaları içeren ifadelerin eşleştirilmesi sonucunda oluşturulmuştur. Eşleştirme sonucunda elde edilen analiz sonuçları ile model arasında genel olarak uyumluluk gözlenmekle birlikte farklı kategoriler ortaya çıkarılmıştır. Kodlama süreci araştırmacı ve kodlamayı yapmayı kabul eden bir akademisyen tarafından birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir. Bağımsız olarak kodlama süreci tamamlamadıktan sonra iki çalışma karşılaştırılarak farklı temalar belirlenip belirlenmediği ortaya konulmuş ve iki çalışmanın tutarlı olduğu belirlendikten sonra temaların kodlama işlemi sonlandırılmıştır. Bu sürecin ardından nitel verilerin analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde NVIVO nitel veri analiz programından yararlanılmıştır. Nitel çalışmalarda araştırmacıların yapmış olduğu yorumların bilimsel arka plandan yoksunluğu konusundaki eleştirileri bertaraf etmek için yazılımın imkân verdiği ölçüde istatistiksel tablo ve diyagramlar oluşturularak yorumlar desteklenmiştir.

3.2. Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde “*Kardiyovasküler hastalığı olanların sağlık hizmetlerinden beklentileri nelerdir?*” ve “*Hastalar bu beklentileri kimlerden beklemektedirler?*” olan araştırma sorularını yanıtlamak için yapılan derinlemesine mülakatlardan elde edilen bulgular yer almaktadır.

3.2.1. Katılımcıların Özellikleri

Çalışmada amaçlı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak kardiyoloji kliniğine yatışı yapılan kardivasküler hastalar ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılan nihai örnekleme çalışmaya katılan 19 hasta ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara ilişkin bilgiler Tablo 4’de görülmektedir. Buna göre, katılımcıların 15’i erkek ve 4’ü kadındır. Yaş ortalamaları 55,95 (en küçük yaş: 26 – en büyük yaş: 78)’dir.

Katılımcıların çoğunluğu ilkokul mezunudur. Katılımcılardan 7'sinin başka kronik hastalığı olmamasına karşılık; 12 hastanın başka bir kronik hastalığı da bulunmaktadır. Daha önce kalp ameliyatı olan katılımcıların sayısı ise 9'dur.

Tablo 5: Katılımcılara İlişkin Bilgiler

Görüşme Kodu	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Durumu	Başka Bir Kronik Hastalık	Daha Önce Kalp Ameliyatı Olma Durumu
G1	Kadın	73	Okuryazar değil	Var	Hayır
G2	Erkek	36	Lisans	Yok	Hayır
G3	Erkek	55	Lise	Var	Hayır
G4	Kadın	26	Lise	Yok	Hayır
G5	Kadın	78	İlkokul	Var	Hayır
G6	Erkek	62	İlkokul	Var	Hayır
G7	Erkek	65	İlkokul	Var	Hayır
G8	Kadın	63	İlkokul	Yok	Hayır
G9	Erkek	56	Lisans	Var	Evet
G10	Erkek	64	Lise	Yok	Evet
G11	Erkek	52	İlkokul	Var	Evet
G12	Erkek	46	Lisans	Yok	Evet
G13	Erkek	68	İlkokul	Var	Hayır
G14	Erkek	61	Lisans	Var	Evet
G15	Erkek	51	İlkokul	Yok	Evet
G16	Erkek	35	İlkokul	Yok	Hayır
G17	Erkek	64	İlkokul	Var	Evet
G18	Erkek	71	İlkokul	Var	Evet
G19	Erkek	37	İlkokul	Var	Evet

3.2.2. Tema ve Kategoriler

Hastalarla yapılan görüşmeler neticesinde, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri yedi tema ve 23 kategoriden oluşmaktadır (Tablo 5). Temalar yoğunlukları bakımından sırası ile “Hizmete Erişim”, “İletişim”, “Bilgilendirme”, “Destek Olma”, “Hasta Onurunu Koruma”, “Otelcilik Hizmetleri” ve Tedavi Sonucundan Beklentiler” dir.

Hizmete erişim teması altı kategoriden oluşmaktadır. Buna göre yetkinlik kategorisinde 18 hasta sağlık çalışanlarının yetkin olması gerektiğini 34 kez vurgulamıştır. Tedavilerinin takip edilmesini bekleyen 17 hasta kategoriyi 33 kere tekrarlamıştır. 15 hasta ise 24 kez hizmetten yararlanma temasına vurgu yapmıştır. Sağlık çalışanları tarafından uygulanan prosedürlerin hızlı olmasını isteyen 14 hasta bu konuyu 22 defa ifade etmiştir. 10 hasta erişim engeli ile ilgili ifadeleri 10 kez ve beş hasta koordinasyon/konsültasyonla ilgili olarak altı kez tekrarda bulunmuştur.

İletişim temasına göre; 19 hastanın tamamı 67 kez doktor – hasta arasındaki iletişimden beklentisi olduğunu vurgulamıştır. Hemşire-hasta iletişimine ilişkin ifadeler 19 hasta tarafından 39 kez tekrarlanmıştır. Sekiz hasta diğer sağlık çalışanları ile iletişiminden beklentilerini 13 defa tekrarda bulunmuştur.

Bilgilendirme teması tedavi öncesi, süreci ve sonrasında olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Tedavi öncesi bilgilendirme kategorisine göre, hastalardan 18'i 30 kere bu kategoriye tekrarlamıştır. 17 hasta tedavi sürecinden beklentilerinin neler olduğunu 32 defa ve tedavi sonrası bilgilendirmeyi altı hasta sekiz kez vurgulamıştır.

Destek olma temasına göre; duygusal destek kategorisi 18 hasta tarafından 55 defa ve fiziksel destek kategorisi, dört hasta tarafından sekiz kez tekrarlanmıştır.

Hasta onurunu koruma teması altında yer alan tıbbi özen kategorisi 16 hasta tarafından 37 defa, hasta özerkliği verilmesi kategorisi 12 hasta tarafından 16 kez ve mahremiyet ise yedi hasta tarafından yedi kere beklentilerini ifade etmişlerdir.

Otelcilik Hizmetleri temasına göre; konfor kategorisi 17 hasta tarafından 22 kez vurgulanmıştır. 14 hasta güvenlik hizmetlerine yönelik beklentilerini 21 defa ifade etmiştir. Temizlik kategorisi ise sekiz hasta tarafından on kere tekrarlanmıştır.

Tedavi Sonucundan Beklentiler teması fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik hali olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Fiziksel iyilik hali 13 hasta tarafından 17 kez ve duygusal iyilik hali, 12 hasta tarafından 14 defa tekrarlanmıştır. Sosyal iyilik hali kapsamında iki hasta aile ve arkadaşlarıyla sosyal ilişkilerinde daha iyi olmaya ilişkin beklentilerini ifade etmiştir.

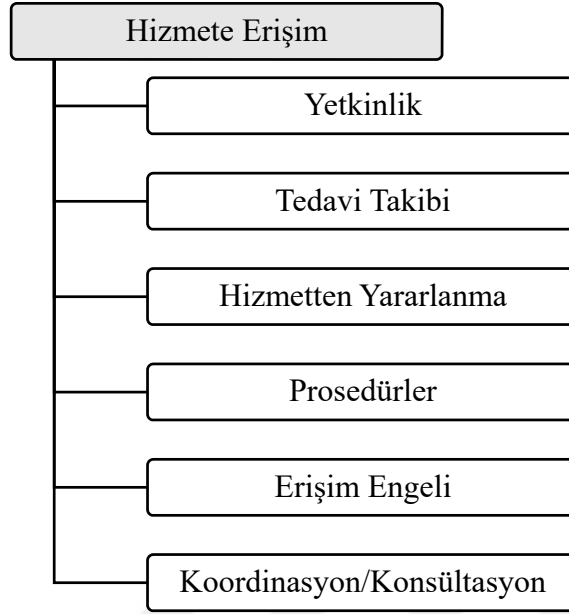
Tablo 6: Tema, Kategori ve Kodlama Sayısı

Tema ve Kategoriler	Görüşmeci	Kodlama Sayısı
Tema 1: Hizmete Erişim	19	129
Yetkinlik	18	34
Tedavi Takibi	17	33
Hizmetten Yararlanma	15	24
Prosedürler	14	22
Erişim Engeli	10	10
Koordinasyon/Konsültasyon	5	6
Tema 2: İletişim	19	119
Doktor-Hasta İletişimi	19	67
Hemşire-Hasta İletişimi	19	39
Diğer Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi	8	13

Tema 3: Bilgilendirme	19	70
Tedavi Öncesi Bilgilendirme	18	30
Tedavi Süreci Bilgilendirme	17	32
Tedavi Sonrası Bilgilendirme	6	8
Tema 4: Destek Olma	18	63
Duygusal Destek	18	55
Fiziksel Destek	4	8
Tema 5: Hasta Onurunu Koruma	17	60
Tıbbi Özen	16	37
Hasta Özerkliği Verilmesi	12	16
Mahremiyet	7	7
Tema 6: Otelcilik Hizmetleri	19	53
Konfor	17	22
Güvenlik	14	21
Temizlik	8	10
Tema 7: Tedavi Sonucundan Beklentiler	18	33
Fiziksel İyilik Hali	13	17
Duygusal İyilik Hali	12	14
Sosyal İyilik Hali	2	2

3.2.2.1. Tema 1: Hizmete Erişim

Bu tema, hastaların sağlık kuruluşunu seçiminden itibaren herhangi bir sorunla karşılaşmadan sağlık kuruluşuna ve onlar tarafından sunulan tüm hizmetlere erişebilmesi; tıbbi gereklere uygun ve kaliteli hizmetin sunulması; hizmet sunumunun nitelikli sağlık personeli tarafından yapılması ile birlikte, çalışanlarla hastalar arasında bilgi alışverişi yapılması ve tedavi sürecinde tüm sağlık çalışanları tarafından takiplerinin yapılması beklentilerini kapsamaktadır. Tema altı kategoriden oluşmakta ve bu kapsamda değerlendirilmektedir (Şekil 8). Kategorilere ilişkin alıntılanan ifadeler Tablo 6’da tırnak içinde gösterilmektedir. Alıntıdan sonra hastanın görüşme kodu yer almaktadır.



Şekil 8: Hizmete Erişim Teması – Kategorileri

3.2.2.1.1. Yetkinlik

Yetkinlik kategorisinde hastalar, sağlık çalışanlarının bilgi, tutum ve becerilerini ortaya koymasını beklemektedir. Kategoride, sağlık çalışanlarının işlerinde yetkin ve yetenekli olmaları, teknolojiyi yararlı bir şekilde kullanmaları, hastalara zarar vermeden tüm işlemleri gerçekleştirmeleri, uygun tedavi yöntemleri kullanmaları ile birlikte doktorun tanı ve tedavide iyi/başarılı olması, ameliyatı sorunsuz bir şekilde gerçekleştirmesi yer almaktadır. Görüşmecilerden G6 doktorlardan yetkinlikleri ile ilişkili olarak “...*doktorun tanı ve tedavide iyi/başarılı olmasını...*” ve G7 ise hemşirelerden yetkinliklerine yönelik “...*hemşirelerin işlerinde iyi ve yetkin olmalarını beklerim.*” beklentileri olduğunu ifade etmektedir. Kategori altındaki diğer ifadeler Tablo 6’da yer almaktadır.

3.2.2.1.2. Tedavi Takibi

Hastalığın teşhisi, tedavinin belirlenmesi, tedavi süreci ve sonrasında hastaya belirlenen tanı ve tedavi planı doğrultusunda hastanın takip ve tedavi işlemlerinin gerçekleştirilmesidir. Tedavi takibi kategorisinde hastalar, sağlık çalışanlarının rutin kontrolleri dışında hastalık teşhisinin konulmasından itibaren sürekli olarak takiplerinin yapılmasını ve kontrol altında tutulmayı beklemektedirler. 19. görüşmeci (G19) tedavi takibi kategorisi ile ilişkili olarak “... *Düzenli olarak doktorun takibinde kalmayı ve*

gerekli kontrollerin yapılması beklerim.” şeklinde beklentisini dile getirmektedir. Görüşmecilerin bazılarının ifadeleri Tablo 6’da bulunmaktadır.

3.2.2.1.3. Hizmetten Yararlanma

Hizmetten yararlanma kategorisi, hastaların ihtiyaç duydukları teşhis ve tedavi hizmetini almak için sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetten faydalanma beklentisini kapsamaktadır. Kategoride hastalar, sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları anda, randevusuz, hızlı ve kolaylıkla erişebilmeyi, hızlı bir şekilde işlemlerinin gerçekleştirilmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Bu kategoride beklentilere yönelik G11 *“İhtiyacım olduğu herhangi bir anda hızlı bir şekilde müdahale edilmeyi ve hızlı bir şekilde sağlık çalışanlarına ulaşmayı isterim.”* ifadesinde bulunmaktadır. Tablo 6’da kategori ile ilişkili görüşmecilerin ifadeleri görülmektedir.

3.2.2.1.4. Prosedürler

Prosedürler, sağlık çalışanlarının teşhis ve tedavi amacıyla gelen hastalara uyguladıkları işlemlerin etkili, zamanında ve doğru biçimde yürütülmesi beklentilerini içermektedir. Prosedürler kategorisinde hastalar, sağlık kuruluşuna başvurdıklarında tedavi işlemlerinin aksamadan ve beklemeden gerçekleştirilmesini, sağlık çalışanlarından yapılacak tüm işlemlerin (teşhis, tedavi, tahlil vs.) hızlı gerçekleştirmesini, işlemler esnasında oradan oraya sürüklenmemeyi, sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkmasını beklemektedirler. Aynı zamanda refakatçilerle ilgili sorunlar oluşursa giderilmesini istemektedirler. Prosedürlere yönelik beklentilerini dile getiren G4 şu şekilde *“Sağlığım ile ilgili yapmam gereken işlemlerin hızlı bir şekilde yapılmasını isterim. Yatışım olmadan önce kan tahlilim ve diğer tetkiklerimin beni uğraştırmadan oradan oraya sürüklenmeden yapılmasını isterim. Bütün tedavim ile ilgili her şeyin hızlı ve zamanında gerçekleştirilmesini beklerim. Benim ihtiyaçlarımın hepsinin giderilmesini ve beni hiç ihmal etmemelerini isterim. ... Refakatçilerin kalması konusundaki sorunların çözülmesini beklerim. Damar yolu ilk başta açıldığı için kaldığım süre boyunca kendimin temizliği ve banyo konusunda sıkıntılar yaşayabilirim. Eğer ki sürekli kan alınmayacaksa ameliyat günü damar yolunun açılmasını isterim.”* durumu vurgulamaktadır. Prosedürler kategorisi altındaki bazı görüşmecilerin ifadelerine ilişkin alıntılar Tablo 6’da yer almaktadır.

3.2.2.1.5. Erişim Engeli

Erişim engeli kategorisi, hastaların sağlık hizmetine erişiminde yaşayabilecekleri sorunların giderilmesine yönelik beklentilerini içermektedir. Kategoride hastalar, sağlık kuruluşu konumu ve çevresindeki park alanının yeterliliği ve hizmete erişimin kolay olması hakkındaki beklentilerini dile getirmektedirler. Erişim engeli kategorisi altındaki beklentilerle ilişkin olarak G4 “*Ulaşımın kolay olmasını isterim ve her hangi bir zorlukla karşılaşmayı istemem.*” ifadesinde bulunurken, G6 “*Hastanenin yeterli park alanının olmasını beklerim.*” şeklinde ifadede bulunmaktadır. Görüşmecilerin bazılarının ifadeleri Tablo 6’da bulunmaktadır.

3.2.2.1.6. Koordinasyon/Konsültasyon

Sağlık çalışanlarının hastanın hastalığı hakkında olumlu bir sonuç elde etmesi için iş birliği içinde çalışmasını ve birbirleri ile fikir alışverişinde bulunmasını kapsamaktadır. Koordinasyon/Konsültasyon kategorisinde hastalar, çalışanları birbirleri ile iş birliği içerisinde ekip olarak çalışmasını, vardiya değişiminde hastanın hastalığı hakkında bilgilerin doğru şekilde aktarılması ve gerekli görülmesi halinde başka uzmanlardan bilgi alınması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Üçüncü görüşmeci (G3) “*Sadece bir doktorun değil, ekip olarak servisteki doktorların birlikte çalışmasını ...*” ve ikinci görüşmeci (G2) ise “*konu hakkında bilgi sahibi değilse başka bir doktora sormasını veya beni yönlendirmesini ...*” yönelik beklentilerini bu kategori altında dile getirmektedir. Kategoriye ilişkin Tablo 6’da bazı görüşmecilerin ifadelerine yer verilmektedir.

Tablo 7: Hizmete Erişim Kategorilerine İlişkin İfadeler

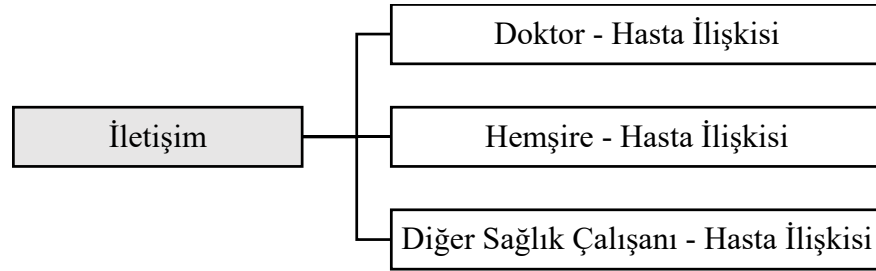
KATEGORİ	İFADELER (VERİLERDEN ALINTI)
Yetkinlik	“Doktorların hepsi bilgilidir. Ama ben, bir tane uzmana gittiğim zaman oraya asistanını koymasın. Ben bunu istemiyorum. Asistan olduğu zamanda yanında hocası bulunsun. Bana yeterli bilgiyi verebilecek donanıma sahip bir doktorun olmasını isterim.” (G2). “Doktorun işinde iyi olmasını isterim. Gerektiğinde diğer hastalıklarım hakkında diğer doktorlardan bilgi almasını da isterim. Hastalığım hakkında gerektiği kadar ilaç yazmasını beklerim.” (G5). “Doktorların işlerinde iyi olmasını isterim. Doktorlar teknolojinin gelişmesi ile birlikte teknolojiyi en güzel, verimli ve yararlı bir şekilde kullanmalıdır. Böylelikle daha faydalı sonuçlar ortaya çıkacağını düşünmekteyim.” (G10). “Tahlil tetkik gerekli olan her işlemi bana zarar vermeden yapsınlar, incitmesinler.” (G11). “Hemşirelerin işlerinde yetkin ve becerikli olmasını isterim. Canımı fazla acıtmassınlar.” (G13).

Tedavi Takibi	“...benimle ilgili her şeyi takip etsin sonuçta kullandığım ilaçlar var ve bunları kullanmazsam beni hastalık kötü yapıyor. Tansiyonum kolesterolüm sürekli olarak ölçülsün. ... Tedavi sürecinde doktorların bizi takip etmelerini durumumuzu kontrol altında tutmalarını isterim. Yapılacak egzersizlerde doktorlar başımızda dursun ve bizi kontrol etsin.” (G7). “... tedavim sürecinde takip etmesini ve kontrolü altında olmayı isterim.” (G17). “Doktorumun beni uzun süreli bir şekilde takibimi yapmasını ve sürekli kontrol altında tutmasını isterim.” (G18).
Hizmetten Yararlanma	“... randevu sisteminin esnek olmasını isterim. Ya da direkt doktorun yanına girebileyim.” (G3). “Sağlık çalışanlarına istediğim ve ihtiyacım olan her an ulaşmayı isterim.” (G9). “Sağlık kurumuna ve doktorlara erişim konusunda hiçbir sıkıntı yaşamamayı isterim.” (G15). “Doktorlarla randevu olmadan görüşebilmeyi çok isterdim. Ama maalesef sistem üzerinden randevu almadan buraya gelemiyoruz. ... Bir sorununuz sıkıntımız ihtiyacımız olduğunda hemen ulaşabilelim. Ağrılarımız olduğunda hızlıca cevap verip onları gidersin.” (G19).
Prosedürler	“... yapılan tetkiklerin ve tahlillerin uygun zamanda ve gerekli tedbirler alınarak yapılmasını tercih ederim. İşlemler bu süreçte uzayabilir ama mümkün olduğunca hızlı olunmasını isterim. Çünkü hastanede virüs ortamında fazla kalmak istemiyorum. Başka doktorlara görünmem gerekirse gün içerisinde onlara da görünmeyi işlemlerimin bitmesini isterim.” (G10). “Doktorların beni hemen ameliyat etmesini beklerim. Bana hemen müdahale edilsin. Beni bekletmesinler isterim.” (G17). “Hastanede tedavim esnasında kolaylıkla ve hızlı işlemlerimin yapılmasını, tahlil ve sonuçlarının aynı gün içerisinde fazla sıra beklemeden yapılmasını beklerim.” (G18).
Erişim Engeli	“Hastanenin toplu taşıma ile iyi ulaşılabilirlik sağlanmasını ve yeterli park alanının olmasını isterim. Çünkü oradan oraya araçla sürüklenmeyi ve aracı park edecek yerin aranmasını istemem. Kolaylık sağlansın bu konuda.” (G5). “Erişim konusunda hastane park alanlarının düzenlenmesi ...” (G18).
Koordinasyon/ Konsültasyon	“... bir de vardiya değişimde hemşirenin arkadaşına her şeyi anlatmasını, benim hakkımdaki bilgilerin doğru bir şekilde anlatılmasını, bana ona göre davranılmasını isterim.” (G2). “... hastalığım hakkındaki bilgilerin diğer doktorlarla paylaşmasını isterim.” (G5).

3.2.2.2. Tema 2: İletişim

İletişim teması, hastaların sağlık durumu, teşhisi ve tedavi süreçleri hakkında sağlık çalışanları ile arasında gerçekleşen bilgi alışverişinden beklentilerini ortaya koymaktadır. Bu tema Şekil 9’da görüldüğü gibi, hastaların doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile arasındaki iletişim beklentilerini ele alan üç kategoriden oluşmaktadır. Temada hastalar, sağlık çalışanlarının güler yüzlü, saygılı, cana yakın davranmasını, açık ve anlaşılır şekilde konuşmasını, sorunlarını dikkatlice dinlemesini, kendileri ile sohbet etmesini istediklerini ifade etmişlerdir. Alıntılanan ifadeler Tablo 7’de yer almakta ve

ifadeler tırnak içinde gösterilmektedir. Alıntıdan sonra hastanın görüşme kodu yer almaktadır.



Şekil 9: İletişim Teması – Kategorileri

3.2.2.2.1. Doktor – Hasta İletişimi

Doktorlar, hastaların sağlık hizmeti alımı esnasında en çok karşılaştığı sağlık çalışanlarıdır. Bu sebeple hastalar sağlık kuruluşuna geldiği andan itibaren doktorlarla iletişime geçmekte ve beklentiler içine girmektedirler. Bu kategoride hastalar, doktorları tarafından etkin dinlenilmeyi, karşılıklı iletişime açık olmasını, teşhis ve tedavi sürecinde etkili anlatım gerçekleştirilmesini beklemekle birlikte, saygı duyulmayı, nezaket ve güler yüz gibi kendilerine olumlu davranışlar gösterilmesini, doktorun güven vermesini, hassasiyetle yaklaşmasını, beklemektedirler. Fakat doktorun kaba saba konuşmasını, küçümseyici ve umursamaz tavır takınmasını ve başından göndermeye çalışma davranışında bulunmasını beklememektedirler. Doktor – hasta iletişimi kategorisi altındaki görüşmecilerin beklentileri en fazla kodlanan kategoridir. Görüşmeciler yukarıdaki doktor – hasta iletişimine yönelik beklentilerini dile getirmekte ve bunların önemini vurgu yapmaktadır. Buna göre görüşmecilerden bazılarına yönelik ifadeler “Benimle iyi iletişim kursun, güler yüzlü ve anlayışlı olsun, bana karşı nezaket göstermekle birlikte, saygılı davranсын bana tepeden bakmasın küçük görmesin beni rencide etmesin. (G18)”, “Doktorun beni dinlemesini isterim. Benim anlayacağım şekilde benimle konuşmasını isterim. Doktorun saygılı ve bana hassasiyetle davranmasını beklerim. (G5)” ve “... ilişkilerinin iyi olmasını, bizi dinlemesini, bizimle ilgilenmesini ve güler yüzlü olmasını beklerim. (G8)” üzerine yoğunluk bulunmaktadır. Bazı görüşmecilerin ifadeleri ise Tablo 7’de alıntılanmaktadır.

3.2.2.2.2. Hemşire – Hasta İletişimi

Hemşire – hasta iletişimi kategorisi, tedavi sürecinde hastalara etkili bir tedavi sunulabilmesi, sorunlarına karşı yardımcı olunabilmesi amacıyla hemşirelerin hastalar ile arasındaki ilişkilerin güçlendirilmesini ve hastaların duygularına tercüme olunmasını kapsamaktadır. Kategoride hastalar hemşirelerin kendileri ile etkili iletişim gerçekleştirmesini, işlemlerini yaparken sohbet etmelerini, can kulağıyla dinlemesini ve sakin bir şekilde konuşmasını beklemektedirler. Hastalar hemşirelerin güler yüzlü, cana yakın, sempatik, iyimser, naif, kibar, saygılı ve sabırlı olmasına ilişkin olumlu davranışlar göstermesi beklemekte, ancak hemşirelerin yüzünün asık olmasını, kaba davranmasını, ofyalıp puflamasını ve ters davranmasını beklememektedirler. Kategorideki beklentilere yönelik olarak görüşmecilerden bazıları “*Benim şikayetlerimi sıkılmadan dinleyebilsin. Benimle empati kurabilsin. (G2)*”, “*...benimle sakince konuşmalarını, dikkatlice beni dinlemelerini isterim. (G15)*”, “*Kaba davranmasınlar, güler yüzlü ve sempatik olsunlar. (G12)*” ve “*Şikayetimiz olduğunda rahatlıkla söyleyebilelim, oflayıp puflamadan işlerini layıkıyla yerine getirsinler. Bize karşı her zaman saygılı davransınlar. (G13)*” şeklinde ifadelerle beklentilerini dile getirmektedir. Kategori altındaki bazı görüşmecilerin ifadelerine ilişkin alıntılar Tablo 7’de yer almaktadır.

3.2.2.2.3. Diğer Sağlık Çalışanı – Hasta İletişimi

Diğer sağlık çalışanları, doktor ve hemşire dışında kalan, hasta ile genellikle hizmetin yönetimi aşamasında karşılaşan çalışanlardır. Hastanın diğer sağlık çalışanları ile kuracağı etkili iletişim, sağlık kuruluşunda yaşayabileceği olumsuzlukları en aza indirebilir ve tedavinin etkinliğinin artırılmasına yardımcı olabilir. Bu kategoride, hastalar diğer sağlık çalışanları iletişiminden; anlayışlı, saygılı, güler yüzlü, kibar vb. davranışlar göstermesini beklemektedirler. Kategoriyeye ilişkin olarak yedinci görüşmeci (G7) “*Diğer yardımcı personelde bize saygılı davransın, bizi hor görmesin.*” ve birinci görüşmeci (G1) “*Daha sıcak olmasını beklerim.*” şeklinde ifadede bulunmaktadır. Tablo 7’de kategori ile ilişkili olarak görüşmecilerin ifadelerinin alıntıları bulunmaktadır.

Tablo 8: İletişim Kategorilerine İlişkin İfadeler

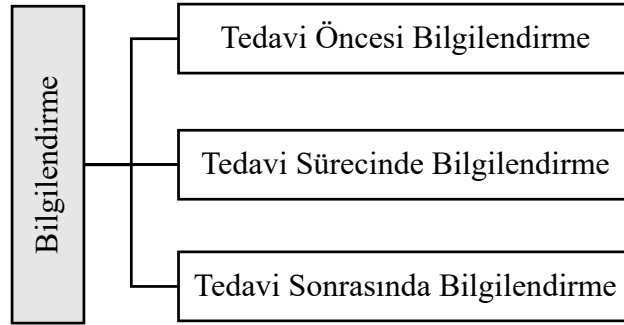
KATEGORİ	İFADELER (VERİLERDEN ALINTI)
Doktor – Hasta İlişkisi	“Açık konuşsun, beni can kulağıyla dinlesin, benim konuşmam için beni cesaretlendirsın, yalnızca doktorun ağzına bakmayalım. ... abi kardeş gibi görünmeyen bir bağ sıcaklık oluşsun aramızda, yalnız hissetmeyelim. Bize güven versinler.” (G12). “Soru sorduğumuz zaman veya derdimizi anlattığımız zaman fevkalade bir şekilde bizi dinlesinler ve cevap versinler. Hiçbir şeyi baştan savma yapmasınlar.” (G13). “Bana zaman ayırsın sohbet etsin, bana hassasiyetle yaklaşsın, güler yüzlü olsun. Fakat üstten bakan küçümseyici konuşmasın ve öyle bir tavır takınmasın, ona karşı olan saygımı güvenimi yerle bir etmesin.” (G19). “Benimle muhabbet etsin, beni güzelce dinlesin. İçimi ferahlatsın, stresliyim zaten bana bu iyi gelir. ... Doktor bana ilgili davran ve sıcak davransın.” (G1). “İletişimi benim için çok önemli, çünkü bir güler yüzlü olmasını isterim. Merhaba doktor bey nasılsınız dediğim zaman, merhaba deyip bana sıcak karşılamasını benimle el sıkışmasını isterim. Nasılsınız demesini, sempatik yaklaşmasını isterim. ... Birazda saygılı davranmasını isterim ... Egoist olmasınlar anlayışlı olsunlar.” (G2). “Bize karşı saygılı ve hassasiyetle davranmasını. Nezaket göstermesini, güler yüzlü olmasını isterim.” (G14).

Hemşire – Hasta İlişkisi	“... Yani ben aslında daha güler yüzlü olmasını isterim. Çünkü karşıdaki insan hasta. Burada kimse keyfi yatmıyor. Dolayısıyla süre geçiyor bu şekilde. Geldiğinde amca günaydın, abi günaydın. Nasılsın iyi misin daha canlı bir şekilde olmasını isterim aslında. Özellikle hemşirelerin, bu çok önemli aslında. Buraya girdiğinde günaydın nasılsınız içten bir şekilde söylemesi ne kadar güzel bir şey. Tansiyonu ölçmeye geldim değil. Abi günaydın, çünkü biz onların artık babası, dedesi yaşıyoruz neredeyse. Öyle bir tavır takınmaları çok hoş olur. İnsanın gönlüne alırlar. Günaydın ben yine geldim. Tansiyonunuzu bakacağım, şekerinizi bakacağım, kendinizi nasıl hissediyorsunuz var mı bir sıkıntınız demesi ne kadar güzel bir şey olur...” (G14). “...işlerini yaparken güler yüzlü, bize karşı ılımlı yaklaşımlarını isterim. Bir robot gibi işini yapıp çıkmasını suratı asık olmasını. İş yoğunluklarından dolayı yorgun olabilir, zamanı olmaya bilir ama bir gülümseme küçük bir sevgi saygı çerçevesinde hal hatır sorma selamlama içimize huzur verebilir. Asık suratlı olursa ondan çekinebiliriz ister istemez. Yaptığı her işlem bize batmaya başlar ve o gelmesin isteriz artık. Ama neşeli hayat dolu insanlara karşı sempatik birisi gelse çok mutlu oluruz moralimiz bile düzelir. O yüzden hemşirelerin sohbetinin olmasını bize karşı ılımlı yaklaşmasını, ihtiyaçlarımızı en azından derdimizi dinlemesini isterim. Bizi can kulağıyla dinlemeli ve bizimle sakin bir şekilde konuşmalı, bize güven vermeli. İşlerinde iyi olmalarından çok ben hemşirelerin insancıl olmasını daha çok tercih ederim...” (G18). “... ben 80 lerde hastanelerde yattım. Çok hat huttu hemşireler. Böyle davranışlarının olmamasını, bize karşı naif ve kibar olmalarını isterim. Bize karşı her zaman saygılı davranmaları gerekmektedir. Her konuda ilgi göstermelidir.” (G10). “İletişim ve ilgilerinin iyi olmasını beklerim. Zaten çok fazla konuşma şansın olmaz. İşlerini yapıp giderler. Soru sorunca cevabını versinler, yani öyle höt höt iş yapmasınlar, kaba davranmasınlar bize karşı. ... daha sıcakkanlı yaklaşırsın. Sen nasıl sıcakkanlı yaklaşıyorsan onların da öyle yaklaşması gerekir. Hemşirenin sabırlı olması gerekiyor.” (G16).
Diğer Sağlık Çalışanı – Hasta İlişkisi	“İlk gittiğimde personel tarafından iyi bir şekilde karşılanmayı isterim. İlk başta doktorun yanına gidemediğimiz için, sekreterin anlayışlı ve bilgili olmasını beklerim. Bir şey sorduğum zaman cevap vermesini çok isterim. Bazen diyorlar ki şunu yap bunu yap, kapıda takip et. ben doktorun o an müsait olup olmadığını bilmiyorum mesela. Tutupta bana işte orada kapıda bekle, randevu veya kontrol sırasında göre doktorun yanına gir falan demesini istemiyorum. Bana bir şey söylesin ben ona göre ne yapacağımı bileyim yani. Biraz kontrollü ve bilinçli yapılmasını isterim bazı şeylerin.” (G2). “Doktorlar, hemşireler ve diğer hizmet görevlileri de dahil hepsinin insancıl, insan gibi davranmalarını isterim. Bize karşı yüzük asık olup, ters davranışlar gösterebilirler istemiyorum.” (G3). “Sağlık çalışanlarının ilgili olmasını isterim. Bize karşı kibar davranılsın. ... bize karşı hem saygılı olsunlar hem de iyi niyetli davranılsınlar.” (G4).

3.2.2.3. Tema 3: Bilgilendirme

Hastalar, sağlık çalışanlarının hastalık teşhisi, ameliyat veya tedavi süreci ve sonrası hakkında kendilerine veya yakınlarına bilgilendirilmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Bilgilendirme teması tedavi öncesi, süreci ve sonrasında bilgilendirme olmak üzere üç

kategoriden oluşmakta ve bu kapsamda değerlendirilmektedir (Şekil 10). Kategorilere ilişkin alıntılanan ifadeler Tablo 8’de tırnak içinde gösterilmektedir. Alıntıdan sonra hastanın görüşme kodu yer almaktadır.



Şekil 10: Bilgilendirme Teması – Kategorileri

3.2.2.3.1. Tedavi Öncesi Bilgilendirme

Hastalar, hastalığının teşhisini, hastalığı ile ilişkili gelişmelerin neler olduğunu ve sağlık hizmetinden nasıl yararlanabileceği hakkında açık ve anlaşılır bir biçimde bilgilendirilmeyi beklemektedirler. Ayrıca hastalar, soru sordukları zaman değil soru sorulmadan hastalık hakkında bilgi almayı, tedavinin uygulanması veya uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecekleri risklerin neler olduğunu bilmeyi istemektedirler. Bu doğrultuda öneriler verilmesini ve yakınlarına bilgilendirme yapılmasını tercih etmektedirler. Görüşmecilerden G8 “*Eskiden doktora soramazdık benim hastalığım nedir diye. Ama ben merak ediyorum ne olduğunu. Bu yüzden doktorlardan hastalığım veya sağlık durumum hakkında bilgi vermelerini, sorularıma cevap vermelerini isterim.*” tedavi öncesi bilgilendirme kategorine yönelik beklentilerden söz etmektedir. Kategoriyeye ilişkin olarak bazı görüşmecilerin diğer ifadeleri Tablo 8’de yer almaktadır.

3.2.2.3.2. Tedavi Sürecinde Bilgilendirme

Hastaların klinik servise yatışından itibaren tedavisi sürecinde gerçekleştirilen işlemler hakkındaki bilgilendirilme beklentisini içermektedir. Hastalar, planlanan bakım, tedavi ve yapılacak tüm işlemlerin soru sorulmadan, net ve eksiksiz bir biçimde, anlayabilecekleri biçimde bilgi verilmesini beklemektedirler. Yani tedavinin her aşaması hastaya çalışan tarafından detaylıca anlatılmalıdır. Hastalar, uygulamalar hakkında refakatçilerinin bilgilendirilmesi ile birlikte sağlık kuruluşundan ne zaman ayrılacaklarını bilmeyi istemektedirler. Bu kategori altında bazı görüşmecilerin ifadeleri Talo 8’de

bulunmaktadır. Bunlardan birinin ifadesi şu şekildedir: “...*Hemşirelerinde doktorlar gibi yaptıkları her işlemi anlatmalarını isterim. Yalnızca benim soru sormamı beklemesinler, ben sormadan söylesinler her şeyi...*” (G12).

3.2.2.3.3. Tedavi Sonrasında Bilgilendirme

Hastalar, taburculuk işlemi sonrasında yaşam kalitesini yeniden kazanmak için neler yapması gerektiği konusunda bilgilendirilmeyi beklemektedirler. Hasta yapacağı egzersizlerin neler olacağını, neleri yemesi gerektiğini nelerden kaçınması gerektiğini bilmeyi istemekte ve sağlığını geri kazanmak için yönlendirilmeler yapılmasını beklemektedir. Bu doğrultuda ikinci görüşmeci (G2) “*Sonrasında iyileşebilecek miyim? Tedavi bittikten sonra neler kullanacağım, hangi egzersizleri yapacağım, bu konular hakkında bilgiler verilebilir. Bilgilendirilmek çok önemli benim için, kafamı rahatlamama yardımcı olur.*” beklenti ifadelerinde bulunmaktadır. Bazı görüşmecilerin kategoriye yönelik ifadeleri ise Tablo 8’de görülmektedir.

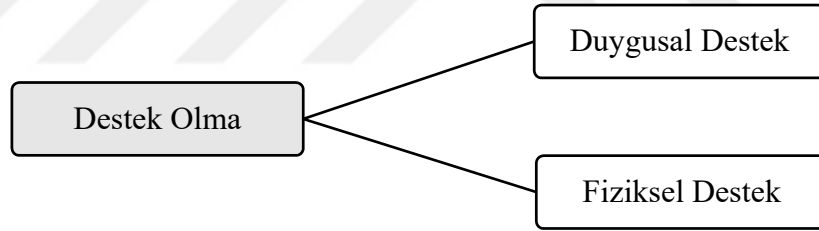
Tablo 9: Bilgilendirme Kategorilerine İlişkin İfadeler

KATEGORİ	İFADELER (VERİLERDEN ALINTI)
Tedavi Öncesi Bilgilendirme	“Doktorların öncelikle hastalık durumum hakkında açık bir şekilde benim anlayacağım kıvamda bilgi vermesini isterim.” (G18). “Doktorlar her şeyi detaylıca bahsetmeli, yalnızca sorduğumuz zaman cevap vermemeli.” (G12). “... ameliyatın neden olması gerektiğini, bana güven vermesini ve sağlığım hakkında gerekli bilgilendirmelerin yapılmasını beklerim.” (G4). “Beni hastalık ve süreç hakkında bilgilendirsin ameliyat böyle olacak, ameliyat olmazsan şunlar gerçekleşir riskli olur vs.” (G10).
Tedavi Sürecinde Bilgilendirme	“... ilaçlarımı nasıl içeceğimi bana anlatsın, bize söylesin nasıl oturup kalkacağımı, uzana bilecek miyim? Nasıl iyileşeceğim falan onları” (G1). “Tedavim sürecinde veya sonrasında neler yaşayabileceğimi anlatsın bana. Tedaviyi nasıl uygulayacağını bana anlatmasını isterim. Yapılacak tedavinin her aşamasını bana detaylı bir şekilde anlatsın. Ben onu kendi içimde özümseyeyim. Ben bu süreci soru işaretleri ile geçirmeyeyim. ... Bana eksiksiz bir şekilde hangi ilaçları verileceğini, bu ilaçların ne işe yaradığını hakkında bilgilendirmesini isterim. Bir refakatçi yanımda verilecekse, refakatçiye bilgi verilmesini isterim. Sürekli benim bilincim açık olmayabilir veyahut o an ağrım sancım olabilir. Refakatçinin o esnada neler yapabileceğini, kendisine nasıl ulaşabileceğimiz hakkında bize bilgi vermesini isterim.” (G2). “Hemşireler tarafından testler hakkındaki uygulamaların net ve eksiksiz bir şekilde açıklanmasını, sorularına cevap verilmesini, ... hastaneden ne zaman ayrılacağımı bilmeyi” (G6).

Tedavi Sonrasında Bilgilendirme	“Sonra taburcu olurken neler yapmam gerektiğini, egzersizlerin neler olacağını söylemesini isterim. Zaten kızıma anlatacaklardır ama bende duymak isterim. Çünkü onları yapacak olan benim. Hastada benim yani benim bilmem daha öncelikli daha önemli. Neler yemem gerektiğini, nelerden kaçınmam gerektiğinin belirtilmesini beklerim tuzlu tuzsuz.” (G1). “Tedavi bakım sürecinde doktorların bana iyi gelecek yönlendirmeler yapmalılar. Yapmam gereken egzersiz veya yapmamam gerekenler varsa bana anlatılsın isterim. Köy işlerinde çalıştığım için kendimi nasıl kontrol etmem ve nasıl yaşamam gerektiğini söylesinler. Diyet yapılacaksa eğer neler yiyeceği yemeyeceğim ifade edilsin.” (G11).
--	---

3.2.2.4. Tema 4: Destek Olma

Destek olma teması, sağlık kuruluşundan hizmet alımını gerçekleştiren hastalar veya yakınlarına sağlık çalışanları tarafından yardımcı olunmasını kapsamaktadır. Destek olma, hastaların tüm duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarının talep edilmeden karşılanmasıdır. Bu destek sağlık çalışanları tarafından sorgulanmadan gerçekleştirilmelidir. Tema Şekil 11’de görüldüğü gibi, fiziksel ve duygusal olmak üzere iki kategoriden oluşmaktadır. Alıntılanan ifadeler Tablo 9’da yer almakta ve ifadeler tırnak içinde gösterilmektedir. Alıntıdan sonra hastanın görüşme kodu yer almaktadır.



Şekil 11: Destek Olma Teması – Kategorileri

3.2.2.4.1. Duygusal Destek

Duygusal destek kategorisi, hasta ve yakınlarının korku, üzüntü, kaygı gibi duygusal sıkıntılarla baş etmede zorlanması ve duygularının içinden çıkamayacak duruma gelmesi halinde sağlık çalışanları veya uzmanlar tarafından destek olunması veya güçlendirilmesidir. Bu temada, hastalar yalnızlık, ümitsizlik duygularına kapıldığında, morallerini kaybettikleri hallerde ve duygusal çöküş yaşamaya başladıklarında sağlık çalışanlarından destek almayı beklemektedirler. Hastalar, çalışanlar tarafından korku, kaygı ve endişelerinin giderilmesini ve ciddiye alınılmayı istemektedirler. Bununla birlikte hastalar, motive edilmeyi, içlerinin rahatlatılmasını, huzur ve umut verilmesini, manevi destek veya rehberlik edecek danışmanlık hizmeti verilmesini beklemektedirler.

Kategoriye ilişkin bazı görüşmecilerin ifadeleri şu şekildedir: “Benim içimi rahatlat, huzur versin. (G10)”, “Doktorun yanıma gelip, bu süreç böyle geçecek rahat ol sıkıntı yapma. Biz günlerce ameliyat yapıyoruz bir sıkıntı olmuyor demesi çok hoşuma gider doğrusu. (G14)”, “Her zaman değerli olduğumu hissettirsin. ...Kaygılarımı gidersin, yanımda olduğunu hissedebileyim. (G18)” ve “...içimizi ferahlat, çaremize derman olamaz belki ama manevi bir rahatlık verebilir. Dertlerimize ortak olabilir, halimizi anlayabilir. Yanımızda olduğunu hissettirebilir. (G19)”. Bazı hastaların ise kategoriye ilişkin ifadelerinin yer aldığı alıntılar Tablo 9’dadır.

3.2.2.4.2. Fiziksel Destek

Fiziksel destek kategorisi, hastaların sağlık çalışanları tarafından telkinler verilerek rahatlaması, iyileşme sürecinde destek olması, egzersiz gibi uygulamaları yapmayı teşvik etmesidir. 17. ve 18. görüşmeciler (G17-G18) çalışanlar tarafından kendilerine “... yardımcı olunması isterim.” şeklinde ifade bulunmaktadır. Görüşmecilerin kategoriye yönelik ifadeleri Tablo 9’da bulunmaktadır.

Tablo 10: Destek Olma Kategorilerine İlişkin İfadeler

KATEGORİ	İFADELER (VERİLERDEN ALINTI)
Duygusal Destek	“... bizi bu süreçte yalnız bırakmasınlar. ... Kaygılarımı gidersinler. ... fazla duygusalım, bazen gözlerim yaşarır. Ağlama duygusu gelir bir şey olduğu zaman. Çok duygusal yapıya sahibim. O yüzden içimi ferahlatınlar, manevi açıdan destek almayı.” (G11). “Doktor samimi olmak zorunda değil ama motive etmek zorunda. ... duygusal olarak motivasyon ve destek verilmemekte. Sıfır yani. Şu an bizi hasta olarak görüyorlar. Bundan sonraki süreçte bu durum değişir mi bilemem tabi. Bizi duygusal olarak rahatlatacak bize rehberlik edecek danışmanlıkların olması gerekiyor.” (G15). “Bu süreçte beklerken insan duygusal olarak bir çöküş yaşıyor. Bir gariplik çöküyor. Keşke gelip bizimle konuşsa korkularımızı endişelerimizi giderseler. Bizi rahatlatırsalar. Çünkü insan dururken her şeyi aklına takıyor ve bazı şeyleri düşünmekten kendini alıkoyamıyor.” (G17). “Öncelikle içimi rahatlatınlar ve su serpsinler, korkularımı yenmemde yardımcı olsunlar ve bana manevi olarak destek versinler. Her şeyin yolunda gideceğine dair beni motive etsinler. Ve güven bağı oluşturulsun aramızda.” (G4).
Fiziksel Destek	“İşte kızım beni bekleyecek ama ben yine de hemşirenin bana destek olmasını istiyorum.” (G1). “Yanımda refakatçim olmadığı zaman bana destek olacak bir personelin olmasını isterim.” (G2).

3.2.2.5. Tema 5: Hasta Onurunu Koruma

Hasta onurunu koruma teması, hastanın hizmet alımı sürecinde sağlık durumunun gerektiği olanaklardan eksiksiz şekilde faydalanması, sağlık durumu hakkındaki değerlendirmelerin gizlilik içerisinde gerçekleştirilmesi ve rızası doğrultusunda tedavinin sürdürülmesini kapsamaktadır. Tema Şekil 12’deki gibi üç kategoriden oluşmakta ve bu kapsamda değerlendirilmektedir. Kategorilere ilişkin alıntılanan ifadeler Tablo 10’da tırnak içinde gösterilmektedir. Alıntıdan sonra hastanın görüşme kodu yer almaktadır.



Şekil 12: Hasta Onurunu Koruma Teması – Kategorileri

3.2.2.5.1. Tıbbi Özen

Sağlık çalışanları tarafından hizmet sunumu esnasında hastaya gerekli özenin gösterilmesi, koruyup gözetilmesidir. Tıbbi özen kategorisinde hastalar, sağlık çalışanları tarafından önemsenilmeyi, canının yanmamasını, ağrı, acı gibi ıstıraplarının dindirilmesini, herhangi bir rahatsızlığa karşı önlemler alınmasını, zarar verecek şeylerden uzak tutulmasını, ihtiyaçlarının karşılanmasını, sağlıklarını kavuşmada yardımcı olunmasını ve hastalıklarına uygun diyet yemeklerinin verilmesini beklemektedirler. Bazı görüşmeciler kategoriye yönelik “*Herhangi bir sorun yaşarsam hemen müdahale etsinler. (G11)*”, “*... işlemler esnasında bir sorunla karşılaşmamayı isterim.(G15)*” ve “*Ağrılarımın giderilmesini isterim. (G18)*” gibi ifadelerle vurgu yapmaktadırlar. Tablo 10’da kategoriye ilişkin bazı görüşmecilerin ifade alıntıları yer almaktadır.

3.2.2.5.2. Hasta Özerkliği Verilmesi

Sağlık çalışanları tarafından hizmetin gerçekleştirilmesi esnasında uygulanacak tedavi ve müdahaleler hakkında bilgileri hastanın hür iradesine sunulmasıdır. Kategori kapsamında hastalar yapılacak sağlık çalışanlarının verdiği kararlara kendilerinin de dahil edilmesini,

fikirlerinin önemsenmesini, kararlarına saygı duyulmasını ve kararları doğrultusunda tedavinin sürdürülmesini beklemektedirler. 13. görüşmeci (G13) “... kararları bize sunsunlar ve bizim düşüncelerimizi önemsesinler. Yani çoğu şeyde bizim rızamızı alsınlar. Bizimle tartışsın ve karşılıklı görüşmeler yapılsın.” ve 18. görüşmeci (G18) “Kararlarıma saygı duysun, bana öneriler sunsun ben değerlendirebileyim onları. Son karar yine bana kalsın.” kategoriye ilişkin ifadelerde bulunmaktadır. Kategori altında yer alan bazı görüşmecilerin ifadeleri Tablo 10’da bulunmaktadır.

3.2.2.5.3. Mahremiyet

Bu kategoride, sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanları tarafından hastanın hizmet alımı sürecinde mahremiyetinin korunmasını kapsamaktadır. Bazı görüşmecilerin mahremiyet kategorisine ilişkin ifadelerine yönelik alıntılar Tablo 10’da görülmektedir.

Tablo 11: Hasta Onurunu Koruma Kategorilerine İlişkin İfadeler

KATEGORİ	İFADELER (VERİLERDEN ALINTI)
Tıbbi Özen	“Sorumlarımı gidermeye yönelik çaba göstereyim (Acı, ağrı gibi) ... Sırf işini yapmak için yapmasın önemseyerek ilgi göstererek işini yapsın. ... O sürecin çok iyi geçmesini isterim, ağrılarım dindirilsin, kan almada veya iğne vs, vurdukları zaman çok fazla canım yanmasın.” (G2). “... ihtiyaçlarımı karşılamasını, ağrılarımın yatıştırılmasını isterim. ... sağlık çalışanları da sürekli önlemler almalı.” (G14). “Verilecek olan egzersiz veya diyeti kendi sağlığım açısından yerine getirmeyi ve beni iyileştirecek benim sağlığımı kavuşmamda yardımcı olacak işlemlerin yapılması isterim. Beni olumsuz bir şekilde etkileyecek bana zarar verecek şeylerden uzak tutulmasını beklerim. Sonuçta can bu.” (G19). “Ameliyat esnasında herhangi bir sıkıntı çıksın istemiyorum. O yüzden her işlemin detaylıca yapılmasını isterim. Kullandığım ilaçların zamanında verilmesini, tedavi sürecinde hastalığıma uygun yemeklerin verilmesini isterim.” (G7).
Hasta Özerkliği Verilmesi	“Verilen veya alınacak kararlar bana danışılmalı ve onama sunulmalı. Kararlarım doğrultusunda tedavim gerçekleştirilsin.” (G8). “... eğer çok komplike bir rahatsızlığım varsa doktorların kendi aralarında ve benimle istişare yapmasını beklerim.” (G7). “Bizim iznimiz dahilinde odaya girsinler ve temizlik vs. işlemleri yapıp gitsinler.” (G4). “Hasta olduğunuz için kızarlar diye de bir şey soramıyorsunuz kimseye. İşin arka yüzünde her şey konuşuluyor karar veriliyor en son hastanın haberi oluyor olabilir ama öyle olmasın bizi de işleme dahil etsinler kararlarımızı alsınlar.” (G15).

Mahremiyet	“2 kişilik odalarda, Kadın hasta olur oğlu bakar, kocası bakar. Erkek hasta olunca kadın gelemiyor yanına, mecbur olunca geliyor yapacak bir şey yok. Birbirimize saygı duyacağız yardım edeceğiz. Ben babamın ameliyatında babamı beklerken, 15 yaşında bir çocuk ameliyat olmuştu hep annesi bakmak zorunda kaldı onun babası öğretmendi. Kadın hep bizim yanımızda kaldı. Yapamadığı yerde biz yardım ettik kadına. Bu yüzden mahrem çok önemli mahremimize saygı gösterilsin.” (G13). “Hastanede tek kişilik oda da kalmayı tercih ederdim. Burada mümkün değil çünkü burası devlet hastanesi. Herkesin mahremiyeti var sonuçta. Herkesin bir özeli vardır, başkasının yanında konuşamayacağı bir şey olabilir, odada rahat olmak isteyebilir.” (G16). “Çok fazla değil temizlik yapmaya geldiklerinde “müsait misiniz?” diye sorsunlar. Dan dun dalmasınlar odaya mahremimize saygı gösterilsin.” (G4).
-------------------	---

3.2.2.6. Tema 6: Otelcilik Hizmetleri

Otelcilik hizmetleri teması, hastaların sağlık kuruluşunun iç ve dış ortamlarının konforlu, hijyenik, ergonomik olması ve güvenlik hizmetleri ile ilgili destek hizmetlerinden beklentilerini kapsamaktadır. Bu tema temizlik, güvenlik ve konfor olmak üzere üç kategoriden oluşmakta (Şekil 13) ve değerlendirilmektedir. Alıntılanan ifadeler Tablo 11’de yer almakta ve ifadeler tırnak içinde gösterilmektedir. Alıntıdan sonra hastanın görüşme kodu yer almaktadır.



Şekil 13: Otelcilik Hizmetleri Teması – Kategorileri

3.2.2.6.1. Konfor

Konfor kategorisi, sağlık kuruluşunun iç ve dış mekânının hastaların beklentilerine uygun şekilde düzenlenmesini kapsamaktadır. Bu kategoride hastalar, yeterli düzeyde oturma ve dinlenme alanlarının oluşturulmasını, yeterli şekilde aydınlatmaların sağlanmasını, bunaltıcı ve kasvetli ortamın olmamasını, zaman geçirecekleri alanların konforlu ve ferah olmasını, bulundukları odaların kendilerini özel hissettirmesini beklemektedirler. Konfor kategorisine altında bazı görüşmeciler “... *hastane ferah, koltukları rahat ama orada beklerken oyalanmaya ya da vakit geçirmeye yönelik televizyonun olmasını veya kısık sesli müziğin olmasını isterim...* (G2)”, “...*dinlenme alanlarının konforlu, rahat ve*

ihtiyaçların yeterli şekilde karşılanmasını isterim. Refakatçilerinde ihtiyaçlarını karşılayacak şartların sunulmasını isterim.(G4).” ve “Sağlık kurumunun çevresinin insanı bunaltmamasını isterim. Oraya gittiğimde içimin ferahlamasını isterim. (G7)” şeklinde beklenti ifadelerinde bulunmaktadır. Tablo 11’de diğer görüşmecilerin ifadeleri yer almaktadır.

3.2.2.6.2. Güvenlik

Güvenlik kategorisi, bina güvenliğine yönelik tedbirlerin alınması, hasta ve yakınlarının can ve mal güvenliğinin sağlanması ve koruyucu önlemlerin alınmasıdır. Kategoriyeye göre hastalar, salgın hastalık nedeniyle bina giriş çıkışlardaki güvenlik tedbirlerinin artırılmasını, salgının bulaş riskini azaltacak önlemlerin alınmasını ve güvenlik personelinin daha dikkatli olmasını beklemektedirler. Görüşmecilerden G17 *“Hastalıklara veya bizim mikrop kapmamamız için önlemler alınmalıdır.”* ve G16 *“Güvenliklerin servislerde dolaşması, giren çıkanı kontrol altına alması gerekmektedir. Misal sürekli uyarılar yapılsın.”* güvenlik kategorisinden beklentilerini dile getirmektedirler. Bazı görüşmecilerin kategoriye ilişkin ifadeleri ise Tablo 11’de bulunmaktadır.

3.2.2.6.3. Temizlik

Sağlık kuruluşunda hastalar ve çalışanlar için sağlıklı bir ortamın sağlanması ve ortamdan kaynaklanabilecek enfeksiyonların dezenfekte edilmesidir. Temizlik kategorisinde hastalar başta odaları olmak üzere her yerin düzenli olarak temizlenmesini ve eksikliklerin giderilmesini beklemektedirler. Dokuzuncu görüşmeci (G9) kategoriye ilişkin beklentisini *“Ortamın temiz olmasını tercih ederim. Aynı odada birden fazla kişi kalırsak eğer etrafın temizliği yanıımızdaki temizliğine bağlı kalabilir. Odaların düzenli olarak dezenfekte edilmesini ve sağlığımızın korunmasını beklerim.”* ifade etmektedir. Temizlik kategorisinden beklentilere yönelik görüşmecilerin ifadeleri Tablo 11’de görülmektedir.

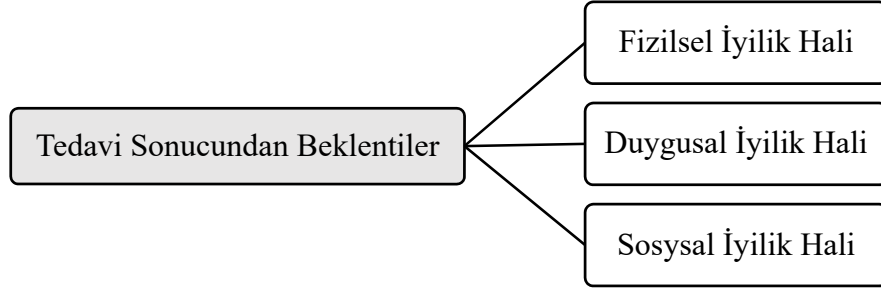
Tablo 12: Otelcilik Hizmetleri Kategorilerine İlişkin İfadeler

KATEGORİ	İFADELER (VERİLERDEN ALINTI)
Konfor	“... ortamın ferah olmasını, aydınlığının yeterli olmasını, oturma alanlarının konforlu olmasını, refakatçiler için dinle alanının olmasını beklerim.” (G10). “Hastanenin konfor olarak daha donanımlı olmasını isterdim. Bazı ufak tefek sıkıntılar olacak tabi. Ne bileyim uzun süreli hasta olarak yatacağımız için, televizyonların daha iyi çekmesini isterdim mesela. Diğer kanalları falan seyretmek isterim. Zaman geçirmek istiyorsun. Özel odalar fazla yok hastanede tek kişilik odalar yapabilirsin. Dolaplar bir mesela ayrı değil. Değiştirilebilir bu durum.” (G12). “Daha rahat ve konforlu bir şekilde hizmet almayı isterim kendimi özel hissetmeyi isterim.” (G17). “Hastane ortamının refah olmasını, aydınlanmasının sağlanmasını, bunaltıcı ve kasvetli ortamının olmamasını istemekle birlikte, koltuk ve oturakların konforlu olmasını ve dinlenme veya bekleme için ideal konumlarda olmasını isterim. Öyle ayakaltında olmasınlar. Bekleme odasında olcaksa da bekleme ekranına veya doktor odasını görür vaziyette olmasını isterim. ... insanların dışarıda beklemesi için oturma alanları veya çardak gibi alanların olmasını isterim.” (G18).
Güvenlik	“Bizim herhangi bir hastalığa bulaşmamızı engellemek amacıyla, tüm sağlık çalışanları tarafından önlemlerin alınmasını isterim. Servislerde önlemler olabilir belki ama dışarıdan birçok insan geliyor kimde ne olduğunu bilemeyiz. Bu konuda yönetimin gerekli önlemleri alması gerekir.” (G11). “... en önemlisi hastalık veya mikrop bulaşmasına karşı önlemlerin alınmasını isterim.” (G13). “Hastalıklara karşı önlemler alınmalıdır, güvenlik önlemleri ile servis giriş çıkışlar kontrol edilmelidir. Elini kolunu sallayarak kimse girmesin. Testler dezenfekte işlemler daimi olarak gerçekleştirilsin isterim.” (G15).
Temizlik	“... temizliğin düzenli olarak pandemi şartları nedeniyle uygun bir şekilde yapılmasını.” (G10). “... odamızın temiz, pırıl pırıl ve ferah olmasını yeğlerim. Sürekli olarak dezenfekte edilsin.” (G13). “Odalar ve hastanenin her tarafı düzenli olarak temizlensin ve dezenfekte edilsin sürekli olarak.” (G15). “Temizlik hizmetlerinin düzenli bir şekilde gerçekleştirilmesini, her tarafın dezenfekte edilmesini, mesela oda da eksik veya olması gereken bir şey eksikse biz söylemeden temin edilmesi veya değiştirilmesini isterim.” (G16).

3.2.2.7. Tema 7: Tedavi Sonucundan Beklentiler

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında daima göz önünde bulundurulanan, en temel insan hakkı sağlıklı yaşama hakkıdır. Bu hak, hastaların bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşamasını kapsamaktadır ve Devlet herkese bu şartları sağlamakla yükümlüdür. Hastalar sağlık kuruluşlarından bu haklar çerçevesinde sağlık hizmetini almakta ve tedavi sonucundan beklentileri oluşmaktadır. Bu tema, hastaların tedavi sonunda fiziksel, duygusal/ruhsal ve sosyal yönden nasıl olmayı beklediklerini ait üç kategoriden oluşmakta (Şekil 14) ve değerlendirilmektedir. Kategorilere ilişkin

alıntılanan ifadeler Tablo 12’de tırnak içinde gösterilmektedir. Alıntıdan sonra hastanın görüşme kodu yer almaktadır.



Şekil 14: Tedavi Sonucundan Beklentiler Teması – Kategorileri

3.2.2.7.1. Fiziksel İyilik Hali

Hastaların temel ihtiyaçlarını tam olarak yerine getirebilmesi gibi sağlıklı olmanın fiziksel yönlerini kapsamaktadır. Kategoride hastalar, fiziksel olarak aktif olmayı, dinç olmayı, yeterli yaşam kalitesine sahip olmayı ve kimseye muhtaç kalmadan yaşamını sürdürmeyi beklemektedirler. Kategoride yer alan görüşmeci ifadelerinden 18. görüşmecinin (G18) ifadesi “*Kollayacağız kendimizi. Yaş geçti artık. Eskisi gibi gençlik yok şimdi. Ameliyat olduktan sonra insan yarım oluyor artık. Fiziksel gücünden düşüyor ister istemez. Eskisi gibi işe sarılamam. Doktorlar tarafından verilecek olan egzersiz ve diyetleri uygulayacağız. Fiziksel ve ruhsal olarak iyi hissetmekle birlikte, yeterli bir yaşam kalitesine ulaşmayı beklerim. Kendi kendimi yetebileyim en azından. Kendimizi dikkat edeceğiz.*” şeklindedir. Kategoriyeye ilişkin bazı görüşmeci ifadeleri Tablo 12’de yer almaktadır.

3.2.2.7.2. Duygusal İyilik Hali

Hastaların duygularının farkında olması, duygularını kontrol edebilmesi, değişen koşullarla başa çıkabilmesi ve uyum sağlamasıdır. Duygusal iyilik hali kategorisinde hastalar, duygusal ve irade olarak güçlü olmayı, korkuları yenecek güce sahip olmayı beklemektedirler. Bu doğrultuda görüşmecilerin ifadeleri “... *motivasyonumun ve moralimin yüksek olmasını isterim. (G5)*” ve “*Moralimin yüksek olmasını isterim. Duygusal olarak kendimi karmaşık hissediyorum. (G12)*” şeklindedir. Kategori altındaki diğer ifadeler Tablo 12’de bulunmaktadır.

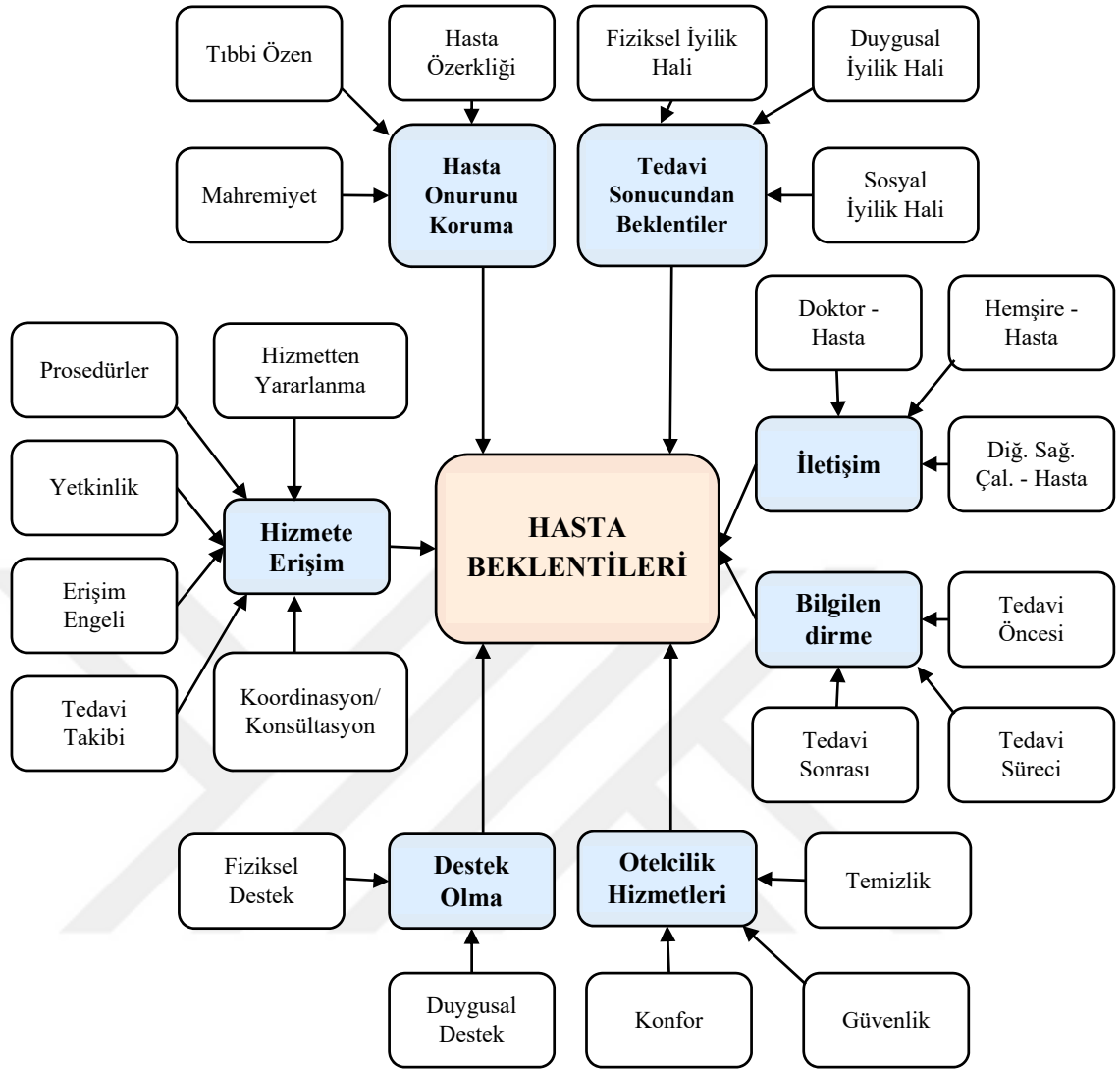
3.2.2.7.3. Sosyal İyilik Hali

Sosyal iyilik hali kategorisi, hastaların sevilme, ait olma ve sosyal ilişkiler kurabilmesi gibi özellikleri ve toplumun bir üyesi olarak fonksiyonları yerine getirme yeteneğini içermektedir. Sosyal iyilik hali kategorisi ile ilişkili görüşmecilerin ifadeleri Tablo 12’de görülmektedir.

Tablo 13: Tedavi Sonucundan Beklentiler Kategorilerine İlişkin İfadeler

KATEGORİ	İFADELER (VERİLERDEN ALINTI)
Fiziksel İyilik Hali	“Ameliyattan sonra çok iyi olmayı isterim. Eskisinden daha iyi hissetmeyi, tamam yaşıma yetmiş iş bitmiş ama sonuçta durumumun daha iyi olmasını isterim. Sonuçta halsiz yorgun oluyordum, iş yapamıyordum, ağrılarım oluyordu. Şimdi en azından kimseye muhtaç olmadan kendi işimi görür durumda olmak istiyorum.” (G1). “... fiziksel olarak iyi olmayı ve rahatsızlığımın giderilmesini, yeterli yaşam kalitesine sahip olmayı beklerim.” (G6). “... uygun bir diyet programının hazırlanmasını isterim. Ve vücudumun direncini kazanabilmesi için egzersiz programının verimli bir şekilde hazırlanması tercih ederim. Yani hayatımdaki engellerin ortadan kaldırılması önemli benim için.” (G9). “... yeterli yaşam kalitesine sahip olmayı, kalp sorunu ile bir daha karşılaşmamayı isterim.” (G17).
Duygusal İyilik Hali	“Moralimin yerinde olmasını isterim. İrade olarak güçlü olmayı isterim.” (G10). “Korkularımı yenecek güce sahip olmayı beklerim.” (G11). “Duygusal olarak moralli olmayı yıpranmamayı isterim. Ruhsal olarak iyi olmayı isterim.” (G13). “Ruhsal olarak iyi hissetmeyi ...” (G18).
Sosyal İyilik Hali	“Çocuklarla olsun, arkadaşlarla takılmak olsun ben bunları eksik yaşıyordum. Hemen yorulma, nefes darlığı oluyordu inşallah ameliyattan sonra bunları yaşamayacağım.” (G4). “İyi olmayı isterim. Ailemizin çoluk çocuğumuzun başına gitmek istiyoruz.” (G13).

Analiz sonucunda, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri yedi tema ve 23 kategoriden oluşmaktadır. Tema ve kategoriler Şekil 15’te görülmektedir.



Şekil 15: Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Beklentileri

Hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin neler olduğunu belirledikten sonra *hastalar bu beklentileri kimlerden beklemektedirler?* sorusunun cevabı aranmaktadır. Yukarıda değinilen yedi beklenti teması (*hizmete erişim, iletişim, bilgilendirme, destek olma, hasta onurunu koruma, otelcilik hizmetleri ve tedavi sonucundan beklentiler*) hastalar tarafından sağlık kuruluşundan, doktorlardan, hemşirelerden ve tedavi-bakım sürecinden olmak üzere dört grupta ilişkilendirilmektedir (Tablo 13).

Tablo 13'e göre, hastaların sağlık kuruluşundan beklentileri yoğunluklarına göre; otelcilik hizmetleri, hizmete erişim, hasta onurunu koruma, iletişim ve destek olma şeklinde sıralanmaktadır. Doktorlardan beklentiler; iletişim, hizmete erişim, destek olma, bilgilendirme ve hasta onurunu koruma temalarını içermektedir. Hemşirelerden

beklentiler ise hastaların doktorlardan beklentilerinde olduğu gibi, iletişim, hizmete erişim, bilgilendirme, destek olma ve hasta onurunu korumadır. Tedavi sonucundan beklentiler, hasta onurunu koruma, bilgilendirme, destek olma ve hizmete erişim temaları hastaların tedavi – bakım sürecinden beklentilerini oluşturmaktadır.

Tablo 14: Hastalar Kimlerden Ne Beklemektedir?

	Sağlık Kuruluşundan Beklentiler	Doktorlardan Beklentiler	Hemşirelerden Beklentiler	Tedavi - Bakım Sürecinden Beklentiler	Toplam
Hizmete erişim	32	53	38	6	129
İletişim	13	67	39	-	119
Bilgilendirme	-	30	32	8	70
Destek olma	2	35	20	6	63
Hasta onurunu koruma	17	17	16	10	60
Otelcilik hizmetleri	53	-	-	-	53
Tedavi sonucundan beklentiler	-	-	-	33	33

BÖLÜM 4: TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, kardiyoloji kliniğinden hizmet alacak hastaların sağlık hizmetlerinde kimlerden ne beklediklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla önce literatür taraması yapılmış, bu doğrultuda sorular hazırlanarak hastalarla görüşülmüş ve görüşmeler detaylıca irdelenmiştir. Araştırmanın bu bölümünde, görüşmelerden elde edilen bulgular tek tek ele alınmakta ve ardından araştırma sorusuna cevap aranmaktadır. Bulgular literatürdeki sonuçlar ile karşılaştırılacak ve tartışılacaktır. Son olarak sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

4.1. Tartışma

Hizmete Erişim

Görüşmelerden elde edilen bulgular neticesinde en önemli temanın “Hizmete Erişim” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Erişim, gerekli hizmetlerin kullanılabilir olmasının yanı sıra bakım noktasında hizmetlerin nasıl sağlandığı açısından da ele alınmaktadır (Kar, 2019: 36). Hizmete erişim, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin hem ulaşılabilir olmasını hem de alınacak tedaviyi kapsamaktadır. (Wagstaff & Doorslaer, 2000: 1812). Fakat sağlık hizmetlerine erişim kavramı literatürdeki birçok yazar tarafından farklı şekilde tanımlanmış ve boyutlandırılmıştır (Bashshur, Shannon & Metzner, 1971; Donabedian, 1973; Aday & Andersen, 1974; Salkever, 1976; Penchansky & Thomas, 1981; Dutton, 1986; Margolis et al., 1995; Haddad & Mohindra, 2002; Shengelia, Murray & Adams, 2003; Peters et al. 2008; Levesque, Harris & Russell, 2013; Gözlü & Tatlıdil, 2015). Tez kapsamında, kronik hasta ve hastalıkları göz önünde bulundurarak erişim kavramını tekrardan ele alan Levesque ve arkadaşlarının (2013) geliştirdiği kavramsal çerçeve dikkate alınmıştır. Çalışmada, hizmete erişim kavramının kapsamlılığı ve dinamikliği açıklanmakta ve erişim; sağlık sistemleri, kuruluşlar ve hizmet sunucularla ilgili faktörlerin birey, hane halkı, topluluk ve nüfus düzeyindeki faktörlerle birlikte çok düzeyli bir perspektiften ele alınmaktadır. Hizmete erişim, sağlık hizmeti ihtiyaçlarını belirleme, sağlık hizmeti arama, sağlık hizmetlerine ulaşma, elde etme veya kullanma ve hizmetlere olan ihtiyacın fiilen yerine getirilmesini sağlama fırsatı olarak tanımlanmaktadır (Levesque, Harris & Russell, 2013: 8). Aynı çalışmada hizmete erişim beş boyutta sınıflandırılmaktadır. Bunlar; ulaşılabilirlik, kabul edilebilirlik, erişebilirlik

ve konaklama, finansman gücü ve uygunluktur. Hizmete erişim sağlamak için boyutlarla etkileşime giren bireylerin yetenekleri de kavramsallaştırılmaktadır (Levesque, Harris & Russell, 2013: 8). Bu doğrultuda hizmete erişim teması adlandırılmıştır. Tema; yetkinlik, tedavi takibi, hizmetten yararlanma, prosedürler, erişim engeli ve koordinasyon/konsültasyon olmak üzere altı kategoriden oluşmaktadır.

Yetkinlik, hizmete erişim teması altında en çok tekrarlanan kategoridir. Bu kategoride hastalar, sağlık çalışanlarının yaptıkları iş ve işlemlerde yetkin ve yeterli olmasını beklemektedir. Literatürde benzer çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin, Aoun ve meslektaşlarının (2019) Lübnanlı hastaların iyi doktoru nasıl algıladıklarını ve kendilerini tedavi eden doktorlar da öncelikli olarak tercih edecekleri yetkinliklerin neler olduğunu ortaya çıkarmaya amaçladıkları çalışmalarında, hastalar doktorun tıp uzmanı rolünü tercih etmekte ve bunu yetkinlikler listesinin en üstüne koymaktadırlar. Hastaların % 56,8'i, hekimin klinik yeterlilik ve uzmanlık unsurunu öncelik olarak belirlemektedir. Çalışmada en çok tercih edilen ikinci yetkinlik ise profesyonellik olarak saptanmıştır. Amarat (2017)'ın hasta (klinik ve poliklinik) ve potansiyel hasta temelli hastane itibarının öncüllerini belirlemek amacıyla hazırlamış olduğu tezde, en fazla vurgulanan doktor ve diğer çalışan yeterliliğine yapıldığı bulunmuştur. Gündoğdu & Görener (2017) tarafından yapılan çalışmada hastalar kan alma sürecine ilişkin deneyimli, uygulamayı pratik olarak gerçekleştirebilen (damarı kolay bulabilen vb.) personel beklentisi içindedirler.

Yetkinlik, sağlık çalışanları için gerekli olan en önemli ölçüttür (Boylan & Westra, 1998). Doktorun etkili olmasının özellikleri arasında klinik beceriler, hasta hekim karşılaşmasının kişilerarası yönleri ve profesyonellik – kısaca yetkinlik yer almaktadır (Baig, Violato & Crutcher, 2010; McGaghie, 1980). Torres, Vasquez-Parraga & Barra (2009) çalışmalarında sağlık çalışanlarının hastalara karşı dürüst, yardımsever ve yetkin davranmaları gerektiğini vurgulamakta ve onların yeterliliğinin hasta güveninin önemli bir göstergesi olduğunu ifade etmektedirler. Ayrıca hastalar tedavilerinde yalnızca kendilerine karşı iyimser davranış gösteren doktorları tercih etmek yerine onların yeterli veya yetkin olmasını istemektedir (Akbolat vd., 2019). Tıbbi uzmanlık (yetkinlik), CanMEDS (The Canadian Medical Education Directives for Specialist) çiçek diyagramının merkezinde yer almakta ve diğer tüm yetkinlik çerçeveleri, iyi bir doktorun hastayı sorgulama, inceleme, teşhis ve tedavi etmede mükemmel olması gerektiği konusunda hemfikirdir (Dath et al., 2015; Swing et al, 2009; Council, 2009). Bu sebeple

sağlık hizmeti bakımının güvenli olması, etik olarak uygulanması, olumlu klinik sonuçların elde edilmesi, ve hastaların beklentilerinin karşılanması için sağlık çalışanlarının bilgi, beceri, yetenek ve yargıyı harmanlamaları, sürekli yenilenen teknoloji ve bilgiye hakim olmaları, kompleks çalışma ortamına uyum sağlamaları ve farklı şartlar altında görevlerini gerçekleştirmeleri yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir (Schrimmer et al., 2019; Karahan & Sultan, 2018; Kajander-Unkuri et al., 2014).

Hastanın takip ve tedavi işlemlerinin gerçekleştirildiği tedavi takibi, hastalar tarafından dile getirilen hizmete erişim beklentisi alt boyutlarından biridir. Literatürde tedavi takibi ile çalışmalar mevcuttur. Örneğin, Santa Maria Üniversite Hastanesinde yapılan çalışmada hastalar, hızlı yanıt almayı, uygun tedavinin sunulmasını, tedavi sonrası takiplerinin yapılmasını ve iyi bir danışma hizmetinin verilmesini beklendiklerini vurgulamışlardır (Radharamanan & Godoy, 1996). Kırıkkale ilindeki bireylerin aile hekimliğinde verilen eğitimler hakkındaki bilgi düzeyi, beklenti ve memnuniyetlerinin ölçüldüğü çalışmada bireyler, çocuk ve bebek aşılarının, kronik sağlık sorunlarının ve aile hekimliğinin sevk ettiği hastasını geri bildirimle takip etmesi ile ilgili beklentileri olduğu ifade edilmektedir (Gürfidan, 2014). Burçoğlu Karaca (2014) tarafından hazırlanan tez çalışmasında hastalar, evrak işlerinin görevli personelin takibinde olması gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca çeşitli çalışmalarda bireylerin, hemşireler tarafından takiplerinin yapılmasını (Girmay et al.,2018), durumlarının takip edilmesini (kontrol), hastaneden ayrıldıktan sonra hemşirelerin ihtiyaçlarını karşılama çabasında olmasını (Thomas et al., 2017), doktorun hastalığını sürekli takip etmesini, tedavimin devamı için bir sonraki randevuyu ayarlamasını (Dormohammadi, Asghari & Rashidian, 2010; Arthur & Clifford, 2004) ve doktorun 24-48 saat içinde telefon ile arama yapmasını (Halpert et al., 2010) bekledikleri saptanmıştır. Buna göre, hastalar sağlık kuruluşuna geldikleri andan itibaren sağlık çalışanları tarafından takip edilmeyi ve onların kontrolleri altında kalmayı beklemektedirler. Böylelikle hastalar kendilerini güvende hissedebilir, sağlık çalışanları tarafından verilen tavsiyelere uyabilir, komplikasyon geliştiği anda bilgi edinebilirler, tedavi sürecindeki uyumları artabilir ve daha hızlı iyileşebilirler.

Hizmetten yararlanma kategorisi, sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetlerden hastaların ihtiyaçları doğrultusunda faydalanmasını ve ihtiyaçlarını giderme isteğinde bulunmasını ele almaktadır. Literatürde Bowling ve arkadaşlarının (2012) hasta beklentileri ile ilişkin literatürdeki mevcut modelleri ve tanımları incelemek; kardiyo

ve aile hekimi hastalarının beklentilerini keşfetmek ve her iki yaklaşım tarafından da bilgilendirilen bir beklenti anketi geliştirmek ve test etmek amacıyla hazırlanan projede, doktor-hasta etkileşimi, konsültasyonun belirli süreçleri, sonuçlar ve zaman ve mekânla ilgili konularla ilgili birçok farklı beklenti ortaya çıkarılmıştır. Çalışmada hastalar, doktora zamanında görünmeyi, kısa süre beklemeyi işlemlerinin gecikmemesini, belirli bir doktora görünmeyi, uygun tıbbi testlerin yapılmasını, doğru teşhis almayı, görüşmenin belirli veya yeterli süre içinde gerçekleşmesini ve iyi bir sonuç almayı beklemektedirler. Benzer bir çalışmada ise, fizik muayene olmayı bekleyen hastalar, muayenenin kapsamlı ve doktorun düşünceli (mahremiyete saygı gibi) olmasını beklemektedirler. Yapılan test sonuçlarının doğru olmasını, muayene ve test sonuçlarına uygun bir tanı konulması beklenmektedir. Ayrıca doktorun kendilerine yeterli zaman ayırmasını istemektedirler (Kenten et al., 2010). Browall ve meslektaşlarının (2013) onkoloji bakımındaki hastalar için sağlık bakımı ortamındaki hangi faktörlerin önemli olduğunu belirlemek amacıyla hazırladıkları çalışmada, hastalar iyi tedavi edilmeyi, kendilerine özen gösterildiğini hissetmeyi, rahat olmayı ve hastanede geçirdiklerini zamanın etkili ve iyi yapılandırılmış olmasını deneyimlemeyi istemektedirler. Aynı zamanda literatürde, hastalar hemşireye ihtiyaç duyduklarında ulaşılabilir olmasını (Şahin, Dal & Vural, 2014), hemşirelerin çağrılarına hızlıca yanıt vermesini (Thomas et al., 2017; Girmay et al., 2018), doktorun yeterli zaman ayırmasını, doktora randevu almanın kolay olmasını ve çalışma saatlerinin kısıtlı olmamasını (Lionis et al., 2017; Albada & Triemstra, 2009) beklemektedirler. Ayrıca Ali Jadoo ve meslektaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada da hastalar, acil durumlarda, sevk işleminden kısa bir süre sonra bir uzmana danışabilmenin sağlanmasını ve sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık kurumlarına telefonla her zaman kolayca erişilebilmeyi beklediklerini ifade etmektedirler. Buna göre hastalar ihtiyaç duydukları hizmeti istedikleri anda, hızlı bir şekilde, randevusuz, kolaylıkla ve iletişim araçları ile erişebilmeyi ve hizmetten en uygun teşhis, tedavi ve sonuca ulaşarak yararlanmayı beklemektedirler.

Prosedürler, hastaların ihtiyaç halinde başvurdukları sağlık kuruluşunda yapılan işlemlerin sürecine ilişkin beklentilerini konu edinmektedir. Sağlık kurumundaki sağlık ve idari çalışanlar belirli prosedürler çerçevesinde görevlerini yerine getirmektedirler (Çıraklı & Gözlü, 2019). Hastanın ihtiyacı olan hizmeti hekimden alabilmesi için sağlık kuruluşu ortamında birçok bürokratik işlemi yerine getirmesi gerekmektedir

(Cirhinlioğlu, 2010). Tekin (2007)'in yaptığı çalışmaya göre, sağlık kuruluşuna başvuran hastaların büyük çoğunluğunun bürokratik işlemler ve kuyrukta beklemekten rahatsız oldukları belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastalar, kalabalık ve gürültülü ortamlardan, gereksiz tahlil istenmesi ve tetkikler için ileri tarihlere randevu verilmesinden huzursuz olmaktadır (Tekin, 2007). Bostan (2007)'in hastaların hastanelerden ayaktan ve yatarak sağlık hizmeti alma sürecinde ortaya çıkan hasta hakları ihlallerini konu aldığı çalışmasında; ayaktan tedavi hizmeti için hasta kabul, evrak ve randevu işlemleri, tıbbi tetkik işlemleri hak ihlaline neden olurken, yatarak tedavi hizmetlerinde ise hasta yatırma ve evrak işlemleri, hasta taburcu ve evrak işlemleri hak ihlaline sebep olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların kan alma sürecine ilişkin beklentileri tespit edildiği çalışmada, hastalar laboratuvarında sıra beklememeyi, hızlı işlem yapılmasını ve sonucun istenen sürede elde edilmesini bekledikleri ileri sürülmektedir (Gündoğdu & Görener, 2017). Gürlek (2005) çalışmasında hasta yakınlarının, resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürler ve tanı işlemleri için beklemeden kaynaklı sorunlar sebebiyle zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı zamanda hastalar, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık kurumlarının verimli çalışmasını, 15 dakikadan fazla bekleme odasında bekletilmemeyi (Ali Jadoo et al., 2013), zamanında tedavi olmayı, nereye gideceği hakkında bilgi almayı (Berhane & Enquselassie, 2016), acil durumlarda hekimin hızlı hizmet verebilmesini (Dormohammadi, Asghari & Rashidian, 2010), ziyareti planlarken gün ve saat tercihlerinin göz önünde bulundurulmasını (Albada & Triemstra, 2009) ve muayene ve tetkik sonuçlarının kısa sürede çıkmasını (Zeyrekli Yaş, 2009) bekledikleri vurgulanmıştır. Buna göre, hastalar sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen tüm süreçlerin ihtiyaçları doğrultusunda hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesini beklemektedirler.

Erişim engeli, hastaların hizmete erişim esnasında yaşadığı fiziksel engeli/coğrafi ulaşılabilirlik ve çevresel koşulları (otopark, peyzaj gibi) konu almaktadır. Hizmete ulaşabilmek için alınan yol her birey açısından farklılık göstermekte ve kat edilen mesafeler eşit bile olsa bireyler mesafeyi eşit biçimde algılamamaktadır. Bu yüzden dikkate alınması gereken bir unsurdur (Çelik, 2016). Örneğin, Türkiye'deki 81 ilin değerlendirildiği sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller üzerine yapılan çalışmada, sağlık hizmetleri erişimine etki eden en önemli boyutlar; sağlık hizmetleri altyapısı, demografik özellikler ve ulaşım imkânları olduğu tespit edilmiştir (Gözlü & Tatlıdil, 2015). Avrupa ülkelerinde sağlık ihtiyaçları ekonomik nedenler ve bireysel

özellikler nedeniyle karşılanmadığı gibi, sağlık kuruluşunun konumu, hizmet sunucularına ulaşımındaki zorluk, bekleme süresi gibi unsurlar sebebiyle de karşılanmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Chaupain-Guillot & Guillot, 2015). Ayrıca, bireylerin sağlık kuruluşunu seçiminde birçok faktör olabilmektedir. Bunlar, ulaşım kolaylığı, sağlık kuruluşunun eve veya iş yerine yakın olması, eş dost tavsiyesi gibi faktörlerdir (Oermann & Templin, 2000). Benzer şekilde, hastaların hastane seçiminde sağlık kuruluşunun yakınlığı (Dubey & Sharma, 2013; Tengilimoğlu, 2001; Akinci et al., 2004; Dijs-Elsinga et al., 2010; Ünal, 2016; Durmuş, 2017), ulaşım kolaylığı (Ghosh, 2015; Malik & Sharma, 2017; Ünal, 2016; Durmuş, 2017), sağlık kuruluşunun fiziki koşulları (bina yapısı, temizliği, asansör, yeterli otopark vb.) (Albada & Triemstra, 2009; Tengilimoğlu, 2001) önemli yer tutmaktadır. Buna göre, sağlık kuruluşları kolaylıkla ulaşılabilir yerlerde bulunmalıdır. Sağlık kuruluşları, ulaşım güzergâhlarına yakın olmalı veya yerel yönetimlerle anlaşarak ulaşım imkânı verilmelidir. Böylelikle daha erişilebilir bir hale getirilebilir ve olumlu yönde etkileyebilir. Aynı zamanda, sevk edilen hastalara ulaşım olanağı sağlanarak hizmete erişimde yardımcı olunabilir. Bununla birlikte, sağlık kuruluşu çevresinin peyzaj düzenlemelerinin (otopark, çardak vs.) hastaların ihtiyaçlarını karşılayacak tarzda düzenlenmesi gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının birbirleri ile işbirliği içerisinde olması ve hastalığa ilişkin konulacak teşhis veya uygulanacak tedavi konusunda aralarında fikir alışverişinde bulunmaları koordinasyon/konsültasyon kategorisi altında incelenmektedir. Bireyin bakım için, istek ve ihtiyaçlarına uygun hale getirilmesi, bakımı ile sağlık hizmetleri arasında eş güdümün sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Mot & Willemé, 2012). Hemşirelik bakımı ile hastanın memnuniyet düzeyinin incelendiği çalışmada, hastaların hemşire ve hekimin hasta bakımını sürdürmesi ve koordine etmesi beklentileri (Reck, 2010) olmakla birlikte hastanın bakım hizmeti ile ilgilenen hemşire ile diğer sağlık çalışanları arasında ekip çalışmasının olması ve bakım uyumunun sağlanması (Laschinger et al., 2005; Reck, 2010; Thomas et al., 2017) vurgulanmaktadır. Özgöbek (2019) çalışmasında, koordinasyonun bakım ve tedavi hizmeti veren çalışanların birbirleri ile aralarında olması gerektiği belirtmektedir. Yani eş güdüm, profesyoneller ve bakım veren arasındaki ekip çalışmasının uyumlu olmasıdır. Buna göre, hastaya bütüncül bir yaklaşımla hizmetin sunulması ve bundan dolayı hizmet sunumunda ekip iş birliğinin uyum içerisinde ve

sürekli olması gerekmektedir. Böylelikle, bakım ve tedavi hizmeti veren çalışanlar süreçlere dâhil olabilirler.

İletişim

İletişim, bulgular neticesinde ortaya çıkan önemli ikinci temadır. Bu tema da, hastalığın tanı, teşhis, tedavi ve taburculuk sürecinde rol alan tüm sağlık çalışanları ile hasta arasındaki etkileşiminden neler bekledikleri üzerinde durulmaktadır. Hastaların beklentileri, sağlık çalışanlarının güler yüzlü, saygılı, cana yakın davranması, açık ve anlaşılır şekilde konuşması, sorunlarını dikkatlice dinlemesi gibi iletişim ifadelerinden oluşmaktadır.

İletişim, günlük hayatta en çok kullanılan haliyle, karşılıklı sözlü ya da sözsüz bilgi aktarımı olarak tanımlanmaktadır (Zıllıoğlu, 1993: 17). Aslında bilgi aktarımından ziyade bilginin değişimi veya paylaşılması olarak ifade edilebilir. Yani iletişim, yalnızca beklenti, görüş, duygu ve düşüncelerin aktarılması değil, etkileşimi geliştirme sürecidir (Cordella, 2004: 1). İlk etkileşim, ileride kurulacak olan ilişkinin temelini oluşturmaktadır (Macdonald, 2004: 1).

Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgisi bulunan kişi veya grupların amaçlarına yönelik olarak kurdukları sağlık merkezli iletişimidir (Hoşgör, 2014: 50). Yani hastanın, tüm sağlık çalışanları veya bireylerle, temelinde sağlık ile ilgili bilgiyi barındıran, hastanın sağlık durumu, teşhis ya da tedavi sürecindeki bilgi alışverişinin yapıldığı süreçtir (Akbolat & Ünal, 2018: 3). Sağlık iletişimi, sağlık ve sağlığı ilgilendiren konularda bireylerin, kurumların, toplumların bilinçlendirilmesi, farkındalık yaratılması, bilgi ihtiyacının giderilmesi; doğru bilgilerin verilmesi; sağlık bilincinin oluşturulması; sağlık okuryazarlığının oluşturulması/yükseltilmesi; hasta ya da birey olarak sağlık hakkının tanınması ve bu konuda bilinç oluşturulması ve sağlıklı çevrede yaşam hakkının korunması için iletişim strateji ve yöntemlerin kullanılmasını kapsamaktadır (Torun, 2017: 17).

Sağlık kuruluşlarında iletişim, hastalığın teşhis ve tedavi edilmesi sürecinin merkezinde yer almaktadır. Hastaların başvuru nedenlerinin belirlenmesi, ne tür problemlerinin olduğu, beklenen ve istenen sağlık davranışlarının neler olduğu, uygulanacak tedavilerin bireylerin kültür ve inançlarına uygun olup olmadığının ortaya çıkarılması için etkili iletişim gerekmektedir (Akbolat & Ünal, 2018: 2; Çıraklı & Gözlü, 2019: 51). Çünkü

sağlık çalışanları tarafından kurulacak etkili iletişim, hasta beklentilerinin karşılanması ve memnuniyetin oluşmasında kısa vadede etki gösterirken, hastanın tedaviye uyum sağlaması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gibi sağlık hizmeti çıktılarına uzun vadede etkilemektedir (Torun, 2017: 18; Desmond & Copeland, 2010:2). Bu kapsamda tema, doktor – hasta, hemşire – hasta ve diğer sağlık çalışanları – hasta iletişimi olmak üzere üç kategoride ele alınmaktadır.

Doktor – hasta iletişimi kategorisi, hastaların doktorla yüz yüze geldiği andan itibaren sağlık kuruluşundan ayrılınca kadarki sürede doktorla nasıl bir etkileşim içinde olmayı beklediğini konu edinmektedir. Doktorlar sağlık hizmetlerinin temel yapı taşı oluşturmaktadır (Akbolat & Ünal, 2018: 4) Doktorun hasta ile kuracağı etkileşim tıbbi uygulamaların temel dayanağıdır ve tedavinin başarı ile sonuçlanması için bu etkileşimin gücü ve yönü önemlidir (Çıraklı & Gözlü, 2019: 46). Sağlık hizmet sunucuları için etkili iletişim denildiğinde ilk akla gelen hastaya karşı olumlu davranış, ilişkide gerekli hassasiyeti göstermek ve empati kurmaktır. Fakat sağlık hizmetlerinde iletişim yalnızca bu kapsamda ele alınamayacak kadar karmaşık ve önemlidir (Bulduklu, 2015: 31). Hastalar hizmeti değerlendirirken doktorun yetkinliğinden ziyade, dinlemesi, duyarlı olması, yeterli zaman ayırması, nezaket, güler yüz ve saygı göstermesine önem vermektedir (Sarp, 2017: 193). Örneğin, aile hekimliği hastalarının beklentilerini incelemek amacıyla yapılan keşfedici çalışmada hastalar, doktorların bir gülümseme ve tokalaşma ile karşılaşmasını, kendisiyle göz temasını kurmasını, saygılı davranmasını, olumlu vücut dilinin yanı sıra konuşmasını, sohbet etmesini veya arkadaşça şakalaşmasını beklemektedir. Fakat hastalar, doktor tarafından ciddiye alınmamayı, görmezden gelinmemeyi, bir kişi gibi muamele görmemeyi beklemekle birlikte, doktorun ilgisiz davranmasını ve profesyonel görünmemesini istemektedir (Kenten et al., 2010). Benzer şekilde, hastalar, 'kişisel' veya 'kişilerarası' süreklilik sağlayarak, doktor tarafından karşılanmayı ve o doktor tarafından bilinmeyi veya tanınmayı isteme eğilimindedir (Freeman & Hjortdahl, 1997; Freeman, Olesen & Hjortdahl, 2003). Yani hastalar doktorun empatik/sempatik olmasını, açıkça iletişim kurmasını ve onlara saygı duymasını beklemektedir. Oklay Bozkaya (2008)'nın hazırlamış olduğu çalışmada hastalar, doktordan ilişki ve katılım (kaygıların ifadesi, birey olarak ilgi görme, görüşlerinin dikkate alınması) ve iletişim (hekimden ilgi, sempati, yardım ve içtenlik görme, ilaç isteği) beklentisinde bulunmaktadır. Little ve meslektaşları (2001) tarafından hasta

merkezli muayene için hastanın tercihlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da hastalar iletişim, ortaklık ve sağlığı geliştirme ile hasta merkezli bir yaklaşımı şiddetle istemektedir. Doktorlar, hasta merkezlilik için güçlü bir tercihe sahip olan hastalara karşı duyarlı olmalıdır. Ayrıca literatürde hastalar, doktorun dikkatlice dinlemesini (Lionis et al., 2017; Şahin, Dal & Vural, 2014 ; Halpert et al., 2010; Saleem, Khalid & Qidwai, 2009), açık ve anlaşılır bir dille konuşmasını (Berhane & Enquselassie, 2016; Saleem, Khalid & Qidwai, 2009), iletişime dahil etmesini (Şahin, Dal & Vural, 2014 ; Halpert et al., 2010; Saleem, Khalid & Qidwai, 2009), anlayışlı, saygılı, kibar, güler yüzlü olmasını ve nezaket göstermesini (Şahin, Dal & Vural, 2014; Gündoğdu & Görener, 2017; Dormohammadi, Asghari & Rashidian, 2010; Lionis et al., 2017; Berhane & Enquselassie, 2016; Bowling et al., 2012) beklemektedirler. Buna göre, hastanın doktor ile iyi ve etkili bir iletişim gerçekleştirebilmesi hastanın beklentilerinin karşılanmasına ve hastanın etkili bir tedavi hizmeti almasına olumlu katkı sağlayabilir.

Hemşire – hasta iletişimi kategorisi, hastaların bakım sürecinde hemşirelerle etkili iletişim gerçekleştirme ve hemşirelerden olumlu davranışlar görmesine yönelik beklentilerini ele almaktadır. Hemşireler, özellikle yataklı tedavi kurumlarında hastaların tedavisi süresince en fazla etkileşim içerisinde olan sağlık çalışanlarıdır (Sarp, 2017: 193). Hemşireler, hastaların sağlık ve iyilik hallerinin korunması ve geliştirilmesi, hastalık durumunun ortadan kaldırılması gibi görevleri nedeniyle hastalarla etkileşim halinde olmalı (Yalçın & Aştı, 2011: 54), empati kurabilmeli, güler yüz, nezaket ve saygılı davranışlar göstermeli, hastaların sorunlarını yardımcı olabilmelidir (Akbolat & Ünal, 2018: 4; Sarp, 2017: 193). Özsoy, Özgür & Durmaz Akyol (2007)'un hasta beklentileri ve hemşirelik bakımından memnuniyet ile ilgili ulusal literatürü gözden geçirdiği çalışmasında, incelenen çalışmaların çoğunda, hastaların hemşirelik bakımına ilişkin beklentilerinin neşe, ilgi, anlayış, nezaket ve yardımseverlik olduğu bulunmuştur. Hemşirelik bakımına ilişkin bu beklentiler % 30 ile % 98 arasında değişmektedir. Bir diğer çalışmada iletişim, bilgilendirme, yardımcı olma, isteklerin karşılanması gibi beklenti ifadelerinden oluşan hastaların hasta kabulüne ve tedaviye ilişkin beklentileri yüksektir (Akgöz, 2009). Kadınların Jinekolojik muayene esnasında hemşirelerden beklentilerinin ele alındığı çalışmada, hastalar hemşirelerin olumlu iletişim tekniklerini kullanmasını (güler yüzlü, anlayışlı, hoşgörülü, saygılı, kibar vs.) ve hastaya karşı dürüst ve güvenilir olması gerektiğini vurgulamaktadır (Özmen, 2012). Aynı zamanda,

hastaların hemşirelerden güler yüzlü, saygılı, iyimser olmaları, sıcak davranmaları, anlayış göstermeleri, özenli davranmaları, sert ve kaba davranmamalarını bekledikleri ifade edilmektedir (Girmay et al.,2018; Thomas et al., 2017; Aygöl & Ulupınar, 2012; Pınar &Pınar, 2009; Erbil vd., 2008; Demirtaş, 2004). Buna göre, hemşireler, hastalarla etkili ve yapıcı bir etkileşim gerçekleştirerek onların beklentilerini karşılayabilirler. Bunun için hemşireler iyi bir dinleyici, hastalara karşı saygılı, yardım sever, güler yüzlü, samimi ve hastaların duygularının tercümanı olmalıdır. Böylelikle hastaların gerçek duyguları öğrenilebilir, endişeleri giderilebilir, güvenleri kazanılabilir ve moralleri yükseltilebilir.

Diğer sağlık çalışanları – hasta iletişimi kategorisinde, doktor ve hemşire dışında kalan, genellikle hizmetin yönetim sürecinde görev yapan ve hastalarla daha az ilişkide bulunan sağlık çalışanlarından beklentilerinin neler olduğu üzerinde durulmaktadır. Diğer sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetler hastalar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Tatarlı, 2007: 56). Çünkü hastalar, hizmet alımı esnasında doktorların talep ettiği tahlil ve tetkiklerin yaptırılması, tedavinin uygulanması, bakım hizmetinin alınması aşamalarında diğer çalışanlarla etkileşim içerisine girmektedir (Ünal, 2016: 9). Alınan hizmetin her hangi bir aşamasında diğer çalışanlarla yaşanan sorunlar hastanın davranışını olumsuz yönde etkileyebilir (Torun, 2017: 19). Dolayısıyla, diğer çalışanların hasta ile kuracağı etkili iletişim önemli rol oynamaktadır. Hastaya nezaket, şefkat, saygı, ilgi ve anlayış gösterilmesi, hastanın rahatlamasına, tedaviye uyum ve katılım göstermesine olanak sağlar (Akbolat & Ünal, 2018: 6; Desmond & Copeland, 2010: 2; Çakıl, 2007: 142). Büber ve Başer (2012) tarafından yapılan çalışmada hastalar, diğer sağlık çalışanları (sekreter, sağlık teknisyeni, danışma görevlisi ve güvenlik görevlileri) ile ilgili olarak nezaket göstermesi, bilgilendirme yapması, yönlendirme davranışlarında bulunmasına yönelik ifadelere vurgu yapmaktadırlar. Ayrıca hastalar, tam olarak dinlenilmesini, yardımcı olunulmasını ve tam olarak anlaşılmayı beklerler (Berhane & Enquessellie, 2016; Karagöz, 2020). Buna göre, hekim ve hemşireler gibi diğer sağlık çalışanlarının hastalarla gireceği etkili iletişim onların davranışlarının yönünün belirlenmesinde önemli bir paya sahiptir. Bu yüzden hastaların sağlık kuruluşuna geldiği andan itibaren karşılaşacağı her davranış hasta üzerinde olumlu bir etki oluşturabilir.

Bilgilendirme

Hastalar sağlık kuruluşuna başvurdukları andan itibaren tanı, teşhis ve tedavi hizmetleri süresince yaşadıkları belirsizlikler nedeniyle sıkıntılı süreçler geirmektelerler. Hastalar, rahatsızlıkları ile ilgili ne tür tedavi uygulanacağını, tedavinin olası etkilerini, bakım hizmetinin nasıl gerekleēeceğini, tedavi sonrası iyileēme sürecinde önerilen ilaçların olası etkilerinin neler olacağını merak etmekte ve bu konularda bilgilendirme ihtiyacı duymaktadırlar. Bu doğrultuda hasta veya yakınının beklentilerini karşılayacak düzeyde bilgilendirme önem arz etmedir. Örneğin, Oklay Bozkaya (2008)'nın hastaların aile hekimlerinden beklentilerini değerlendirdiği çalışmasında hastalar, medikal konular ve bilgilenme (sevk isteği; test, tedavi, korunma ve duygusal sorunları hakkında bilgi/açıklama) ve ortaklık – karşılıklı anlayış oluşturma (kendisini anlamasını, durumuyla ilgili açıklama yapmasını ve anlamasına yardımcı olmasını isteme) başlığı altında beklentilerini dile getirmişlerdir. Diğer bir çalışmada hastaların gerekleēecek ameliyat öncesi ameliyatın nasıl olacağı, ameliyatın süresi, günü ve saati, ameliyat öncesi bakım gereksinimleri ve herhangi bir ağrı duyup duymayacağı konusunda bilgi sahibi olmayı bekledikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada doktor ve hemşireler tarafından, tedavi ve değeriklikler, hasta hakları ve diyet hakkında bilgi istedikleri belirlenmiştir (Toksall, 2005). Bölükbaş ve Türköz (2002) tarafından yatan hastaların hemşirelerden beklentilerinin incelendiği çalışmada, hastalar ilaç kullanımı, hastalığı, taburcu olduktan sonra evde bakım ve işlemler hakkında bilgilendirilmeyi beklemektedirler. Bostan (2005)'ın çalışmasında, hastaların bilgi almaya yönelik beklentileri yüksek bulunmuştur. Çalışmaya göre, hastalar uygulanacak tıbbi tetkikler ve hastalıkları hakkında bilgilendirilmeyi ve personeli tanınmayı istemektedirler. Literatürde kadınların jinekolojik muayene öncesi ve muayene esnasında kendilerine işlemler hakkında bilgi verilmesini bekledikleri saptanmıştır (Özmen, 2012; Pınar & Pınar, 2009; Erbil vd., 2008; Demirtaş, 2004). Ayrıca, Özmen (2012) alışmasında hastaların, doktorun verdiği tedavi, ilaçların kullanımı, yapılacak tahlil ve tetkikler hakkında açıklayıcı bilgi vermelerini beklediklerini bulmuştur. Benzer şekilde hastalar, hemşireler tarafından ilaçları ve tedavileri hakkında bilgilendirilmeyi beklemektedir (Özsoy, Özgür & Durmaz Akyol, 2007). Literatürde yer alan diğer çalışmalara göre hastalar, doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından sağlık durumu; yapılan/yapılacak işlemler ve onların riskleri ve yararları; sağlık sorununa neyin sebep olduğu, bunları nasıl yönetebileceği; tedavi

esnasındaki testler, operasyonlar, ilaçlar ve uygulamalar; taburcu olurken kullanacağı ilaçlar, malzemeler ve yapacağı egzersizler hakkında açık ve basit bir dille, net ve eksiksiz bir şekilde hem kendilerinin hem de yakınlarının bilgilendirilmesini beklemektedirler (Girmay et al., 2018; Chen et al., 2018; Thomas et al., 2017; Berhane & Enquselassie, 2016; Strzelecka, Nowak-Starz, & Karakiewicz 2015; Şahin, Dal & Vural, 2014; Ali Jadoo et al., 2013; Bowling et al., 2012; Halpert et al., 2010; Dormohammadi, Asghari & Rashidian, 2010; Saleem, Khalid & Qidwai, 2009). Buna göre, hastalar sağlık durumunun, kendi bulgularının temel özelliklerini doğru bir biçimde kendilerine aktarılmasına ihtiyaç duymaktadırlar. İlaçlar hakkında doğru bilgilere sahip olmayı, tedavinin nasıl uygulanması gerektiğinin öğretilmesi ve anlatılması beklenmektedir. Hasta ve hasta yakınlarına yapılacak olan bilgilendirmede sade, anlaşılır ve teknik ifade içermeyen bir dil kullanılmalıdır. Aksi takdirde hasta veya yakını doktorun söylediklerini anlamakta zorlanabilir ve bu sebepten dolayı doktora soru sormaktan çekinebilir. Aynı zamanda sağlık çalışanları hastaya açıklama yaparken hastanın psikolojik durumunu, sosyo – kültürel özelliklerini göz ardı etmemelidir. Hastaya doğru bir şekilde bilgilendirme yapılması hastanın tedaviye güvenini ve uyumunu sağlayabilir.

Destek Olma

Sağlık çalışanları tarafından hizmet alımı sürecinde hasta ve yakınlarına psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak yardımcı olunmasını ve onların güçlendirilmesini kapsayan destek olma teması, duygusal ve fiziksel destek olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Hastalar tedavi sürecinde korku, kızgınlık, umutsuzluk, depresyon, kontrol kaybı gibi duygusal değişimler içine girerler ve hastanın gösterdiği bu tepkiler iyileşme sürecini etkiler (Tekin, 2007: 59). Bu sebeple, sağlık çalışanları hasta ile empati, sempati içerisinde olmalı ve hastaların endişelerine karşı onları cesaretlendirmelidir (Klaw, Huebsch & Humphreys, 2000: 536). Çünkü eş, aile, arkadaş ve sağlık çalışanları tarafından verilen duygusal destek, hastaların yalnızlık duygularını azaltır, sevilme ve değer gördüğü duygusunu artırır, hastalıkla baş etmede güç kazandırır ve hastalığın kontrolünün eline almasında etkili olur (Duyan, 2001). Doktor, hemşire veya diğer uzman personeli (psikiyatri, psikolog vs.) tarafından hastaların korku, üzüntü, kaygı gibi psikolojik olarak çöküntü yaşamaları durumunda yardımcı olunması ve morallerinin yükseltilmesine yönelik beklentilerinin karşılanması önem arz etmektedir. Aynı zamanda sağlık çalışanları tarafından hastalara fiziksel açıdan da destek olunması da

gerekmektedir. Örneğin, Tip 1 ve 2 diyabet hastaları ve yakınlarının kendilerine sağlanan sağlık hizmeti ile ilgili beklentilerini anlamak amacıyla hazırlanan çalışmada, hastaların sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşu hakkındaki temel beklentilerinden birini, destek alınma oluşturmaktadır (Escudero-Carretero et al., 2007). Yaşlıların beklenti ve deneyimleri üzerinde yapılan bir çalışmada, birçok yaşlı birey kendileri için bakıcı tarafından destek beklemekte ve bu bakım hizmetinin doktor tarafından tanınması gerektiğini düşünmektedirler (Manthorpe et al, 2007). Ip, Chien ve Chan (2003) tarafında Hong Konglu Çinli hamile kadınların belirli doğum beklentilerini keşfetmek amacıyla hazırlanan çalışmadaki dört boyutlu ölçekteki iki boyutun destek (hemşirelik desteği, partner desteği) ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, doğum eğitime katılmayan hamile kadınların doğum esnasında eşlerinden ve sağlık çalışanından destek beklentileri yüksek bulunmuştur. Aile hekimine başvuran hastaların beklentilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, hastaların üçte birinden azının kaygı, duygusal sorun ve psikolojik destek için yardıma ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir (Tähepöld, van den Brink-Muinen & Maarooos, 2006). Dawn ve meslektaşları (2003), 1966 ile 2002 yılları arasında hastaların beklentilerine ilişkin literatürü incelemiş ve en sık ele alınan beklenti alanlarının; tıbbi bilgi, ilaç/reçete, danışmanlık / psikolojik destek, tanısal testler, sevk, fizik muayene, sağlık tavsiyesi, tedavi sonucu, terapötik dinleme ve bekleme süresi olduğunu bulmuştur. Hastalarda karşılanmamış beklentilerin yaygınlığını ve etkisini değerlendiren çalışmada ise beklentiler bilgi, destek, tıbbi teşhis ve tedavi kategorilerinden oluşmaktadır (Jackson & Kroenke, 2001). Zebiene ve meslektaşlarının (2004) çalışmasında da beklentiler duygusal destek, anlama ve açıklama, bilgi ve tanı-tedaviden oluşmaktadır. Aynı çalışmada, anlama ve açıklama, duygusal destek beklentilerinin memnuniyet üzerinde güçlü bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Adolesan anoreksiya nervoza hastalarının ve ebeveynlerinin beklentilerini incelemek amacıyla *"Tedaviye başladığınızda, neye yardım edilmesini bekliyordunuz?"* sorusuna verilen yanıtların içerik analizi sonuçlarına göre; kilo artışı; depresyon; benlik saygısı; bilişsel çarpıtmalar; yeme davranışları; normal, sağlıklı bir yaşam; yardım ve destek ve herhangi bir yardım istemiyorum gibi kategoriler oluşturulmuştur (Paulson-Karlsson, Nevonen & Engström, 2006). Aynı zamanda literatürdeki diğer çalışmalarda ise hastalar fiziksel ve duygusal destek (Gjesdal, Dysvik, & Furnes, 2018), manevi destek ve yardım (Strzelecka, Nowak-Starz, & Karakiewicz 2015), umut ve destek (Halpert et al., 2010), bakıma ilişkin

destek (Şahin, Dal & Vural, 2014), fiziksel destek (Özlü vd., 2015), destek ve güvence (Ruiz-Moral, De Torres & Jaramillo-Martin, 2007) beklemektedirler. Buna göre, hastaların duygusal ve fiziksel destek beklentilerinin karşılanması onların yalnızlık, değersizlik, terkedilmişlik gibi olumsuz duygulardan kurtulmasında, moral ve motivasyonlarının artırılmasında, psikolojik olarak güçlenmelerinde, iyileşme süreçlerinin hızlanmasında, tedaviye uyumlarının artırılmasında ve fiziksel güçlenmelerinde fayda sağlayabilir.

Hasta Onurunu Koruma

Hastalar hizmet alımı sürecinde sağlık çalışanları tarafından insani değerlerine önem verilmesini beklemektedirler. Sağlık sistemi veya kuruluşları bunu sağlamak için hastayı hizmet sunumunun merkezine yerleştirmelidir. Böylelikle hastanın gerek duyduğu tüm ihtiyaçlarını değerlerine uygun bir şekilde, saygı göstererek, onu önemseyerek, uygun bir ortamda karşılamış olur. Bu doğrultuda hasta onurunu koruma beklentisi teması üç kategoride ele alınmaktadır. Bunlar; tıbbi özen, hasta özerkliği verilmesi ve mahremiyet beklentisidir.

Tıbbi özen kategorisinde hastalar, sağlık çalışanları tarafından mevcut durumlarının korunmasını, durumlarının daha kötüye gitmesinin engellemesini, varsa ağrılarının azaltılmaya yönelik girişimlerde bulunmasını ve kendilerine gerekli özenin gösterilmesini beklemektedirler. Literatürde tıbbi özeni vurgulayan çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin, Burçoğlu Karaca tarafından (2014) hazırlanan tez çalışmasında hastalar, tedavi süresince gerekli tıbbi özenin gösterilmesini, tedavinin tıbbi kurallara uygun olmasını, muayene esnasında gerekli düzenin gösterilmesini ve iyi muamele görmeyi beklemektedirler. Bostan (2005)'ın çalışmasında, tıbbi hizmetler konusundaki beklentileri olduğu belirlenmiştir. Buna göre hastalar, tedavi sürecinde verilen tıbbi hizmetlerin, tıbbi kurallara uygun bir şekilde, gereken özenin gösterilerek, tıbbi gerekliliklerin yerini getirilmesini beklemektedirler. Aynı zamanda hastalar, hemşireler tarafından dikkat edilmeyi ve ağrılarının hafifletilmesini beklemektedirler (Özsoy, Özgür & Durmaz Akyol, 2007). Hastaların %26'sı tedavi sürecinde, hemşirelerin yardım etmesini ve yönlendirme yapmasını beklemektedir (Özmen, 2012). Gündoğdu & Görener (2017) çalışmalarında hastaların kan alma sürecine ilişkin olarak beklentilerinin; kolunda işlem izi kalmaması ve fazla acı hissetmeme olduğu ifade edilmektedir. Leach ve

meslektaşları (2013) tarafından osteopatik uygulamalardaki hastaların beklentilerinin incelendiği çalışmada hastalar, semptomlarına ilişkin olarak kendilerinin nasıl yönetmesi konusunda tavsiye almayı ve evde yapması gereken aktivite veya egzersizlerin verilmesini beklemektedirler. Birinci basamakta sırt ağrısı konsültasyonu ile ilgili hastalar, konsültasyon esnasında doktoru tarafından kapsamlı fiziksel muayene yapılmasını, gerekli testler veya araştırmalar yaptırmasını, ağrılarını dinderecek ilaçların verilmesini ve sırt ağrısı için gerekli önemin verilmesini beklemektedirler (Georgy, Carr & Breen, 2013b). Ayrıca sırt ağrısı olan hastalar, ağrının nedeninin net bir şekilde teşhis edilmesini, sorunlarının nedeninin detaylıca anlatılmasını, fizik muayenenin özenli bir şekilde gerçekleştirilmesini beklemektedirler (Verbeek et al., 2004; Georgy, Carr & Breen, 2009). Diğer çalışmalarda ise hastalar, semptomlarında azalma olmasını (Bowling et al., 2012), doğru teşhis ve detaylı incelemenin yapılmasını (Kenten et al., 2010; Little et al., 2001), hastalık riskinin nasıl azaltılacağı ve sağlığına nasıl kazanacağına ilişkin önerilerin verilmesini (Moore, 2008; Little et al., 2001) beklemektedirler. Bu durumda sağlık çalışanları hastaya zamanında müdahalede bulunmalı, tedavi sonucunda oluşan rahatsızlıkları engellemeli, hastayı tedavinin gerekliliğine göre yönlendirmeli, işlerini özenle yerine getirmelidir.

Hasta özerkliği verilmesi kategorisinde hastalar, kendilerine uygulanacak tedavi ve bakım hakkında bilgilendirme yapılmasını, görüşlerinin alınmasını ve bu sürecin kendi rızaları çerçevesinde yürütülmesini beklemektedirler. Literatürde benzer beklentilere sahip çalışmalara rastlanmaktadır. Bostan (2005) hazırlamış olduğu tez çalışmasında, hastaların kendiyile ilgili kararlara katılma ve tercih kullanma konusundaki beklentileri olduğunu belirlemiştir. Bunlar; tıbbi araştırmalarda hastanın rızasının aranması, tedaviyi reddetme, hastalığın tedavi yönetimini tercih etme gibi beklentilerden oluşmaktadır. Burçoğlu Karaca (2014) tarafından hazırlanan çalışmada da beklentilerle ilgili benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Hekimin yeterliliğinin değerlendirildiği çalışmada, hastaların endişelerinin açıklanması ve hastayı konsültasyona ve karar alma sürecine dahil edilmesi konusuna vurgu yapılmaktadır (Wouda et al., 2011). Lionis ve meslektaşlarının (2017) çalışmasında, hastalar konsültasyon esnasında doktor ile tartışmak istediklerini ve tedavi planları hakkında karar verme sürecine dahil olmak istediklerini belirtmişlerdir. Çalışmada, kararlara katılma ile ilgili kronik hastalığı olan ile olmayan hastalar arasında farklılık gözlenmemiştir. Georgy, Carr & Breen (2013b) çalışmalarında hastalar doktor

ile sorun ve olası nedenler hakkında inançlarını, yönetimle ilgili fikirlerini tartışmayı ve karar verme sürecine dahil olmayı beklemektedirler. Hastanede hastaların onurunun korunmasına katkıda bulunan faktörlere ilişkin hastaların görüşlerinin ve bunların gerçekleşip gerçekleşmediğine ilişkin algılarının araştırıldığı çalışmada, hastalar hastane ortamında bir miktar özerklik kaybını kabul etseler de, bakımlarıyla ilgili bazı seçimler yapma fırsatı istemektedirler. Aynı çalışmada hastaların seçim/tercih, bakım kontrolü/katılımı ve özerklik konusunda beklentileri olduğu belirlenmiştir (Matiti & Trorey, 2008). Aynı zamanda, hastalar bakımı reddetme isteklerine, tercihlerine ve özerkliklerine saygı gösterilmesini (Şahin, Dal & Vural, 2014; Quirk et al., 2008; Houle et al., 2007; Schattner, Rudin & Jellin, 2004), tedavi kararlarına dahil olmayı (Bowling, Rowe & McKee, 2013; Leach et al., 2013; Bowling et al., 2012; Saleem, Khalid & Qidwai, 2009; Moore, 2008), soru sormak ve konuşmak için zaman verilmesini, teşvik edilmesini (Vedsted & Heje, 2008; Leckie, Bull & Vrij, 2006; Vieder et al., 2002) beklemektedirler. Janssen ve meslektaşları (2007) hastaların tedavi ve karar sürecine aktif katılım göstererek (ortak karar verme), hekimlerin önerilerini anlamının yanı sıra çeşitli uygun tedavi seçenekleri arasında karar verme fırsatlarına sahip olmalarını ileri sürmektedir. Bu doğrultuda, özerkliği verilen hastalar kendilerini daha güvende hissederler ve tedavilerine uyum gösterirler.

Mahremiyet kategorisinde hastalar, sağlık durumları ve kişisel bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmamasını, gizliliğin korunmasını ve her türlü tıbbi müdahalede mahremiyetlerine saygı gösterilmesini beklemektedirler. Örneğin, Öztürk ve meslektaşlarının (2018) hastaların mahremiyet algılarını inceledikleri çalışmada, hastayı riske atacak gecikmelerden kaçınmak, muayene, tetkik ve tedavi süreçlerinde mahremiyete özen göstermenin önemine vurgu yapmaktadırlar. Gündoğdu ve Görener (2017) çalışmalarında, hastalar kan alma işlemi esnasında her hasta için ayrı bir bölme veya sistemin olmasını, yeterli görsel ve işitsel gizlilik sağlayacak bir ortamda bulunmayı istemektedirler. Fiziksel muayene esnasında soyunmaları gerekirse sağlık çalışanları tarafından mahremiyetlerinin korunmasını, bunun için düşünceli davranmalarını ve minimum rahatsızlık hissedecekleri şekilde işlemlerin gerçekleşmesini beklemektedirler. Aynı çalışmada, bir kadın hasta, erkek bir doktorun herhangi bir muayenesinde bir kadın hemşirenin hazır bulunmasını beklemektedir (Kenten et al., 2010). Aile hekimliğine başvuran hastalar, mahremiyet, güvenlik ve gizlilik sağlanmasının gözden kaçmaması ve

bu konuda hassasiyetin gösterilmesi gerektiğini beklemektedirler (Gürfidan, 2014). Matiti ve Trorey (2008) çalışmalarında hastaların mahremiyet ve gizlilik açısından beklentileri olduğunu saptamıştır. Bunlar; işlem yapılırken yatağın etrafına perdeler çekilmesi, hastalıkla ilgili konuları özel olarak tartışmayı, hastanın mümkün olduğunda tek kişilik odaları kullanması gibi mahremiyetle ilgili; başka bir kişiye bilgilerin verilmemesi, bilgi verilmesinin hastanın rızası ile olması gerektiği gibi gizlilik ile ilgili ifadeleri içermektedir. Bakım hizmeti alan hastalar, mahremiyetlerinin korunmasının, vücut temizliği yapılırken bakım veren ile bakım alan arasında önemli olmadığını ancak üçüncü kişiler söz konusu olduğunda gizliliğin sağlanması ve mahremiyetin önemsenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Özgöbek, 2019). Ayrıca hastalar, istenilen bilgilerin gizli tutulacağından emin olmayı (Leach et al, 2013; Douglas, Noble & Newman, 1999), mahremiyetin dikkat edilmesini (Şahin, Dal & Vural, 2014; Dormohammadi, Asghari & Rashidian, 2010) ve hemşireler tarafından mahremiyetlerinin sağlanmasını (Thomas et al., 2017; Girmay et al., 2018) beklemektedirler. Bu sebeple sağlık çalışanlarının hastaların mahremiyetine, dosyalarının güvenliği ve gizliliğine önem vermesi ve bunu sorumluluk bilinci ile gerçekleştirmeleri gerekmektedir.

Otelcilik Hizmetleri

Sağlık kuruluşları tıbbi, hasta bakımı, idari, mali, teknik, otelcilik, eğitim, araştırma ve geliştirme, sosyal ve koruyucu hekimlik fonksiyonlarından oluşmaktadır. Fonksiyonlardan biri olan tıbbi fonksiyon (teşhis, tedavi, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik, ameliyathane) sağlık kuruluşunun asli fonksiyonudur. Tıbbi fonksiyonun kesintisiz bir şekilde faaliyeti sürdürebilmesi için iyi bir yönetim ve güçlü bir destek hizmetinin sağlanması gerekmektedir. Destek hizmetlerinin büyük bir bölümü hastanelerdeki idari ve mali hizmetler müdürlüğüne bağlı şekilde faaliyetlerini yürütmektedir. Bu bölümlerden biri ise ev idaresi hizmetleridir. Ev idaresi hizmetleri, sağlık kuruluşunun sahip olduğu kaynaklardan, mevcut olanaklarla, hedeflenen standartlar doğrultusunda, temiz, sağlıklı, güvenli, düzenli, güzel bir çevre oluşturmakla görevlidir. Aynı zamanda hastalar ve personel için temiz ve hoş bir atmosfer sağlamaktadır (Beyatlı, 2017; Tengilimoğlu, 2014). Ev idaresi hizmetlerinin otelcilik fonksiyonu ile birlikte kullanılması sebebiyle çalışmamız kapsamındaki beklenti kodları otelcilik hizmetleri olarak adlandırılmıştır.

Otelcilik hizmetleri teması, hastaların sağlık kuruluşunun ortamından; konfor, rahatlık, hijyen, estetik, ergonomik ve güvenlik açısından beklentilerinin neler olduğunu içermektedir. Tema üç alt boyutta ele alınmaktadır. Bunlar; konfor, güvenlik ve temizliktir.

Konfor kategorisi, hastaların sağlık kuruluşunun iç ve dış dizaynına ilişkin olarak geniş, aydınlık, ferah, rahat, ısı, gürültü olmak üzere iklimsel, işitsel ve görsel açısından beklentilerini ele almaktadır. Örneğin, Bowling ve meslektaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada hastaların bekleme salonlarına yönelik beklentileri; ferah olması, arkadaş canlısı olması, uygun sıcaklığa sahip olmasını (ne çok soğuk nede çok sıcak olmaması), rahat koltuk olması, düzenli ve temiz olması, hastanın katılabileceği aktiviteler (örneğin okuma malzemeler, çocuk oyuncakları) olmasıdır. Konsültasyon odalarına ilişkin beklentileri ise; temiz, düzenli, işlevsel, rahat, sakin ve mutlu hissedecekleri bir alan olmasıdır. Hastalar bekleme salonlarının kalabalık, dağınık, kirli, çok sıcak, çığlık atan çocuklarla ve aktivitelerden yoksun asık suratlı insanlarla dolu olmasını beklememektedirler. Aynı zamanda hastalar konsültasyon odasının kirli, kokulu, hijyenik olmamasını veya dağınık olmasını beklememektedirler. Gündoğdu ve Görener (2017) çalışmalarında hastaların kan alma işlemi esnasında hastanın kan alma koltuğunun rahat ve fonksiyonel olmasını beklediğini ifade etmektedirler. Şahin, Dal ve Vural (2014) ise çalışmalarında hastaların bulundukları ortamın uygunluğunun (ısı, ışık, havalandırma, gürültü vb.), uyumaları ve dinlenmeleri için uygun ortamın (ışıkların azaltılması, gürültünün azaltılması) sağlanmasını beklediklerini bulmuşlardır. Tropik bölgelerdeki sağlık hizmet alanlarının iklimlendirme konforu açısından değerlendirildiği çalışmada hastalar bölgede önerilenden daha sıcak bir alanın olmasını istemektedirler (Sattayakorn, Ichinose & Sasaki, 2017). Başaran (2016) çalışmasında, hastanede bekleme yerlerinin mevcudiyetinin, yataklı odaların ve bekleme alanlarının fiziki şartlarının hastalar için önemli olduğunu belirtmektedir. Buna göre, bekleme alanları, servis odaları ve konsültasyon odalarının hasta ve yakınları için samimi bir hastane atmosferi oluşturacak şekilde konforlu, aydınlık, iklimlendirmesi uygun, ferah ve şık tasarımlı olmasına özen gösterilmelidir. Hizmet alacak olanların hastalar olduğu unutulmamalı ve alanların hastayı kısa sürelide olsa rahat hissettirecek şekilde dizaynı yapılmalıdır.

Güvenlik kategorisi hastaların, kendileri ve yakınları için can ve mal güvenliklerinin sağlanmasını, kaza, yaralanma veya hastalık bulaşına karşı tedbirlerin alınmasına yönelik

beklentilerini kapsamaktadır. Özgöbek (2019) çalışmasında hastaların güvenliklerinin sağlanmasını, mahremiyetlerine önem verilmesini ve bireylerin düşme, kaybolma, ev kazaları (elektrik çarpması, kesici delici aletleri kullanma, temizlik malzemesi yeme vb.) gibi riskli şeylerden korunmasına vurgu yapmıştır. Başaran (2016) ise hastaların hastanenin güvenilirliği ve tıbbi donanımına karşı güven duymak istediklerini belirtmiştir. Whyte ve Goodacre (2016) yapmış oldukları çalışmada hastalar hastanede evden daha güvende ve rahat hissetmeyi beklediklerini ifade etmişlerdir. Diğer bir çalışmada ise hastalar, kan alma işlemi öncesinde kanı alacak personelin, doğru kişiden doğru numuneyi aldığından emin olabilmesi için, hastanın kimlik doğrulamasının yapılması, doğru test sonuçları için hastanın kan alınmadan önce kan alımı için uygunluğunun sorgulanması ve laboratuvarlarda kan analizlerinin daha doğru çıkması için kan numunesi verilirken dikkat edilmesi gereken noktalara önem verilmesini beklemektedirler (Gündoğdu & Görener, 2017). Ayrıca sağlık kuruluşlarında güvenlik sistemlerinin olması ve hastaların güvenliğinin sağlanması beklenmektedir (Burçoğlu Karaca, 2014; Şantaş, Kurşun & Kar, 2016). Bu doğrultuda sağlık kuruluşlarında güvenlik hizmetlerine önem verilmeli ve hastalar her hangi bir olumsuzluğa karşı korunmalıdır.

Temizlik kategorisi, hastaların hastane yüzlerinde ve alanlarında gözle görülen veya görülmeyen kir, mikrop veya enfeksiyona karşı dezenfekte edilmesine yönelik beklentilerini konu edinmektedir. Literatürde benzer çalışmalara rastlanılmaktadır. Hastaların temizlik algısını etkileyen temel faktörlerin neler olduğunu belirlemek ve bu faktörleri önem durumuna göre sıralamak amacıyla hazırlanan çalışmada, temizlik algısını etkileyen temaların; çevrenin görünümü, fiziksel temizlik ve personel davranışı olduğu belirlenmiştir (Whitehead, May, & Agahi, 2007). Türkiye'deki kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasındaki hizmet kalitesi farklılıklarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada, “tuvalet ve odanın temizliği ve hijyeni ” beklentisi yüksek bulunmuştur (Taner & Antony, 2006). Kenten ve meslektaşlarının (2010) çalışmasında ise hastalar, bekleme odasının genel alanının oturma ve okuma materyalleri ile donatılmış, temiz ve düzenli olmasını ve konsültasyon odasının temiz, düzenli ve işlevsel ve uygun içeriğe sahip olmasını beklemektedirler. Diğer bir çalışmada ise hastalar, klinik ortamının hijyenik ve profesyonel görünümlü olmasını, bekleme alanının rahat ve dinlendirici olmasını beklemektedir (Leach et al., 2013). Büber ve Başer (2012) çalışmalarında hastalar, hastane ve odalarının fiziksel şartlar üzerinde durmakta ve önem vermektedirler. Bu

doğrultuda hastalar, hastane fiziksel çevresi ve bekleme alanlarının ısı, ışık, ferahlık ve en önemlisi temizlik açısından elverişli olmasını beklemektedirler. Hastanenin fiziksel ortamına ilişkin bulunması gereken özelliklerin önem derecelerinin sorulduğu çalışmada, bireylerin öncelik olarak temiz olmasına önem verdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Karahan vd., 2016). Özgöbek (2019)'in çalışmasında hastalar bakımlarında temizliğe dikkat edilmesini gerektiğini vurgulamışlardır. Ayrıca hastalar, hijyenik ortam (genel temizlik, steril eldivenle işlem yapılması vb.) sağlanmasını (Gündoğdu & Görener, 2017) ve temizlik hizmetlerinden eksiksiz yararlanmasını beklemektedirler (Burçoğlu Karaca, 2014). Buna göre, sağlık kuruluşları bekleme salonlarını, muayene ve servis odalarını düzenli bir biçimde temizleyerek steril hale getirmeli, hasta ve çalışanlar için uygun bir hijyenik ortam sağlanmalıdır.

Tedavi Sonucundan Beklentiler

Sonuç beklentileri, belirli bir davranışın ardından belirli sonuçların gelmesinin ne kadar muhtemel olduğuna dair öznel tahminleri içermektedir. Yani bir eylemin belirli bir sonuca ulaşma üzerindeki etkisine ilişkin kişisel inançlardır (Lippke, 2017). Aynı zamanda sonuç beklentileri bireyin davranışının fiziksel, duygusal (kendi kendini değerlendiren) ve sosyal sonuçlarına dair beklentileriyle ilişkilidir (Fasbender, 2019). Sonuç beklentileri ile tedavi sonucunun birlikte ele alınması bireyin sağlık davranışını veya sağlıklı olma isteğini tahmin etmede yardımcı olmaktadır (Wilcox, Castro & King, 2006). Çünkü bireyin sonuç beklentileri, sonuç deneyimleri ile ilişkili ve sübjektiftir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 1948) tarafından tanımlanan sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal (duygusal) ve sosyal yönden tam bir iyilik haldir. Tanım hem bütüncül (holistik) hem de sağlığın birbiriyle ilişkili üç temel bileşenini (fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali) ortaya koymaktadır (Amzat & Razum, 2014). İyilik hali, sağlıklı olma davranışlarının en uygun seviyede olmasıdır. Bu davranışlar, bireyin sahip olduğu kişisel amaçlar ve anlamlı yaşam hedefine ulaşma çabası; beden, akıl ve ruhun bütünleşmesi; sosyal, kişisel ve ekolojik olarak tüm alanlarda fonksiyonel bir hayat sürmesidir (Myers, Sweeney & Witmer, 2000). Miller ve Foster (2010)'ın hazırladıkları çalışmada iyilik hali, bir seçim, süreç ve yaşam biçimi olarak ele alınmaktadır. Aynı zamanda iyilik halinin, öznel ve göreceli olduğu, çok boyutlu ve bütüncül bir yapı gösterdiği belirlenmiştir. Bu kapsamda hastaların fiziksel, duygusal ve

sosyal yönden nasıl bir iyilik hali beklentisi içerisine girdikleri “tedavi sonucundan beklentiler” teması altında incelenmektedir.

Orta yaşlı ve yaşlı bireylerin fiziksel aktivite yapmaları ile ilgili sonuç beklentilerini (fiziksel, duygusal ve sonuç) ortaya koymak amacıyla hazırlanan çalışmada, üç sonuç beklentisi ile bireylerin yaşı ve sağlık durumlarıyla arasında farklı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre, yaşlı bireyler daha çok sosyal beklenti içerisinde iken, biraz daha genç olanlar yüksek fiziksel beklenti içerisindedirler. Fakat yaş grubu ile duygusal beklentiler arasında bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca sağlık durumu ile fiziksel sonuç beklentisi arasında ilişki güçlü iken, sağlık durumu ile sosyal ve duygusal beklenti arasındaki ilişkinin gücü düşüktür. Ek olarak bireylerin engellilik durumları ile fiziksel sonuç beklentisi arasında ilişki var iken, sosyal ve duygusal beklenti arasında ilişki belirlenmemiştir (Wójcicki, White & McAuley, 2009). Powell ve meslektaşları (2012) tarafından tedavi sonuçlarının psikolojik faktörler çerçevesinde değerlendirildiği çalışmada, ameliyat öncesi iyimserlik beklentisi olan bireylerin ameliyattan dört ay sonra düşük ağrı yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Fadyl ve McPherson (2008) çalışmalarında hasta beklentilerinin (yaralanmanın iyileşmesi ve işe dönüşle ilgili) ve yaralanma algılarının işe dönüş sonucuyla nasıl ilişkili olduğuna ilişkin literatürü gözden geçirmişlerdir. Çalışmaya göre, genel olarak beklentilerin ve yaralanma algılarının işe dönüş sonucunu ne kadar etkilediği hakkında çok az şey bilindiği ve sorunun daha fazla araştırmayı gerektirdiğini vurgulanmıştır. Diğer bir çalışmada ise, hastaların ameliyat öncesi hastalık inançları ile kalp hastalığının kısa süreceği, fiziksel fonksiyonlarının iyi olacağı ve ciddi sonuçlarla karşılaşmayacağı ilişkili olmasına rağmen, psikolojik iyilik halinin hastalık inançları ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Juergens et al., 2010). Hagger ve Orbell (2003) meta-analitik incelemelerinde psikolojik iyi oluşun ve sosyal fonksiyonun çeşitli hastalık inançlarıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Literatürdeki diğer çalışmalarda ise hastalar, fiziksel olarak iyi olmayı, duygusal olarak iyi hissetmeyi, bakımdaki muayeneden hoşnut kalmayı, bakımdaki hizmetin performansı/verimliliğinden hoşnut kalmayı (Qin & Prybutok, 2013), gelecekte hastanede kalmamayı, fiziksel direnci yeniden kazanmayı, bağımlı olmadan yaşamayı, mevcut yaşamı sürdürebilmek için hareketliliği sağlamayı (Rittger et al., 2018) ve yeterli yaşam kalitesine sahip olmayı (Rittger et al., 2018; Holmes et al., 2016) beklemektedirler. Buna göre, hastaların olumsuz sonuç beklentilerini azaltacak ve olumlu

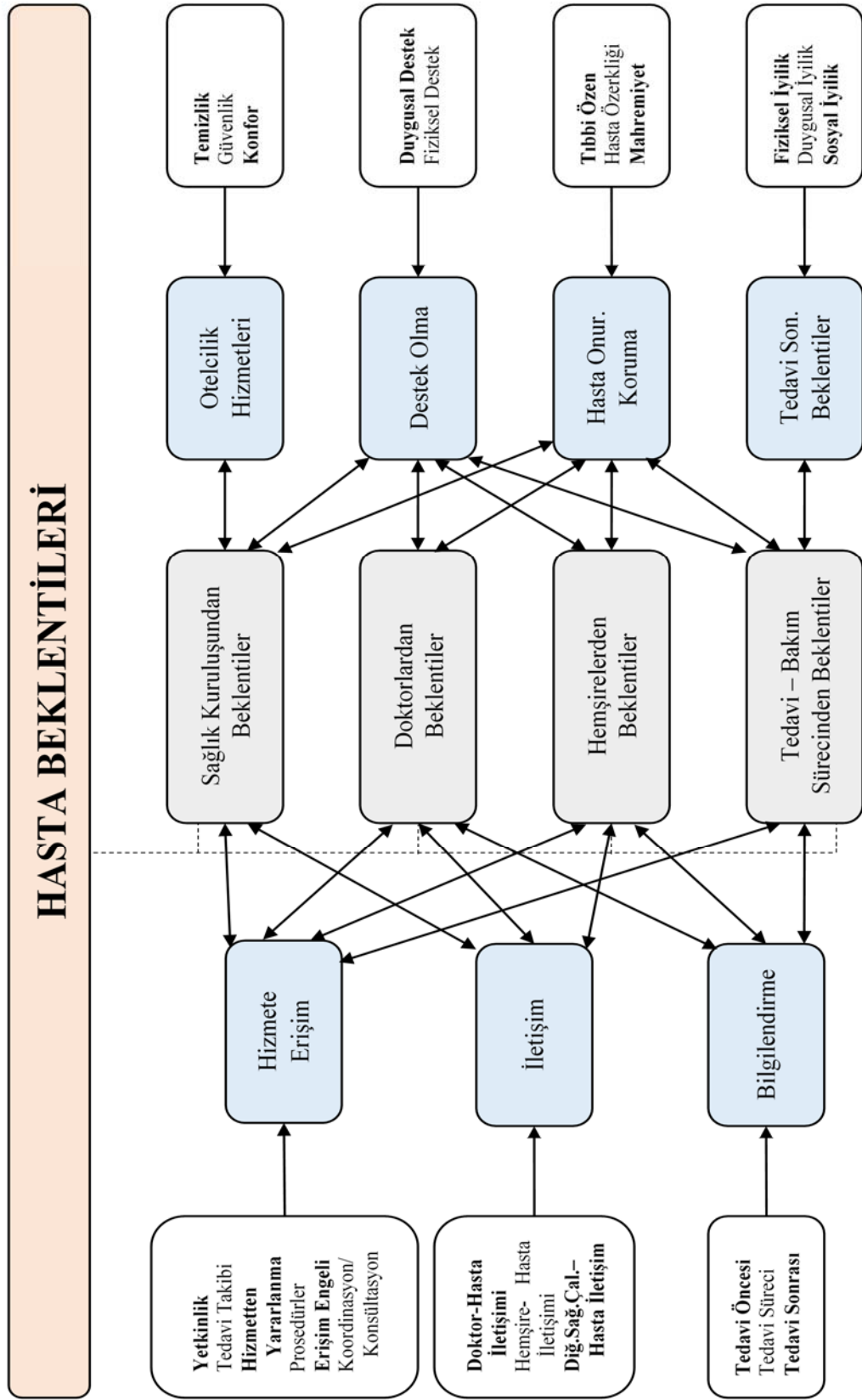
iyilik hallerini artıracak kalp cerrahi öncesinde ve tedavi sürecinde eğitim verilmeli ve desteklenmelidir. Bu durum hastaların ameliyat sonrası kendilerini daha iyi hissetmelerine, iyileşme sürecine karşı pozitif bakış açısı geliştirmelerine, yaşam kalitelerinin artmasına ve hastanın sürece ilişkin olumlu bir deneyim göstermesine yardımcı olabilir.

Kardiyovasküler hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin neler olduğu ve bu beklentileri kimlerden beklendiğini ilişkin oluşturulan model Şekil 16’ da yer almaktadır. Çalışma sonucunda oluşturulan bu model ile hastaların sağlığa ve sağlık hizmetlerine ilişkin beklentilerinin literatüre dayalı modeli arasında uyumluluk görülmektedir. Her iki modelde hasta beklentilerine ilişkin temalar uyumludur, fakat bazı kategorilerde farklılık gözlenmektedir. Literatüre dayalı modelde hizmete erişim teması içerisinde yer alan *maliyet* kategorisi çalışmada elde edilen kategoriler arasında yer almamaktadır. Bunun sebebi bireylerin sağlık hizmetini genel sağlık sigortası kapsamında alması olabilir. Genel sağlık sigortası (GSS) kapsamındaki birey sayısı yıllara göre artış göstermektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu 2009 verilerine göre sosyal sigorta kapsamında 58.591.604 birey bulunurken 2021 Ocak verilerinde bu sayı 72.286.664’e ulaşmaktadır (SGK, 2021). GSS bireylerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortadır. Sigorta kapsamındaki bireylerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, oluşabilecek hastalık risklerine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanması sağlanmaktadır. Bu durum bireylerin sigorta kapsamında sağlık hizmeti almasını olanak tanımaktadır.

Literatüre dayalı modelde bulunmayan fakat çalışmada elde edilen kategoriler ise *sosyal iyilik hali* ve *diğer sağlık çalışanı – hasta iletişimi*dir. Sosyal iyilik hali kategorisi tedavi sonucundan beklentiler teması altında ve diğer sağlık çalışanı – hasta iletişimi iletişim teması altında yer almaktadır. Sosyal iyilik hali beklentisinde olan hastalar, tedavi sonucunda yaşam kalitelerine bir an önce kavuşarak sosyal ilişkiler kurabilmeyi, toplum tarafından bir hasta olarak değil sağlıklı bir birey olarak hayatlarını sürdürmeyi beklemektedirler. Diğer sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iletişimden beklentisi olan hastalar ise, doktor ve hemşire dışındaki sağlık çalışanları ile etkili iletişim gerçekleştirmeyi, kendilerine karşı anlayış, saygı ve güler yüz gösterilmesini beklemektedirler. Çünkü yatarak tedavi hizmeti alacak hastalar sağlık kuruluşuna

girdikleri andan itibaren başta sekreterler olmak üzere, güvenlik, temizlik personeli, yardımcı personel gibi hekim ve hemşire dışındaki personelle iletişim kurmaktadırlar. Aynı zamanda bireylerin hastalık dönemleri yalnızca fiziksel sorunları değil psikolojik ve sosyal sorunları da kapsamaktadır. Bunun için bireylerin kaygılarını azaltmak ve ihtiyaç duydukları desteği iletişim kurularak sağlanması onları olumlu bir şekilde etkileyebilir. Aksi takdirde, bireyin kültürünün iyi anlaşılabilmesi/tanınabilmesi, iletişim bozukluklarına, kültürel çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa, ırkçılığa, kalıplaşmış yargılamalara neden olurken, bakımın niteliğini ve bireyin sağlığını da olumsuz etkileyebilir. Sonuç olarak, hastalar hizmetin alımı sürecinde karşılaştığı personelle kuracağı iletişimden taburcu olduktan sonraki sosyal yaşamını ele alan uzun süreli beklentilerini dile getirmektedirler. Bu durum bireylerin sosyal bir canlı olduğunu ve çevresiyle ilişki içerisinde yaşamayı sürdürdüğünü göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen model ile literatüre dayalı model arasındaki bir diğer farklılık ise hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini kimlerden beklediğine ilişkindir. Buna göre, hastaların literatürdeki modele ek olarak sağlık kuruluşundan beklentilerine *iletişim* teması eklenmiştir. Bunun sebebi hastaların sağlık kuruluşuna geldiklerinde diğer sağlık çalışanları ile gerçekleştirmek istediği iletişimdir. Diğer bir ekleme ise hastaların hemşirelerden beklentilerine yöneliktir. Hastalar literatürdeki modelden farklı olarak hemşirelerden *destek olmasını* beklemektedirler. Buna göre hastaların hizmet alımı sürecinde korku, üzüntü gibi duygusal sorunlarla baş edememesi ve kendilerini çaresiz hissetmelerinden dolayı duygusal açıdan destek almayı beklemektedirler.



Şekil 16: Çalışma Sonucunda Elde Edilen Model

4.2. Sonuç ve Öneriler

Hastalar temelde sağlıklarına kavuşmayı bekleseler bile, beklentileri farklılık göstermektedir. Hasta beklentileri son yıllarda kapsamlı bir alanda incelenmekte ve incelenmeye de devam etmektedir. Çünkü hastaların sağlık hizmetinden beklentileri, tedavi alımı, bakım süreci ve sonucu üzerinde önemli etkiye sahiptir. Bundan dolayı tezin kavramsal çerçeve kısmında, hasta beklentileri kavramı, beklenti yaklaşımları ve hasta beklentisi çalışmaları ele alınmıştır. Literatürde hasta beklentileri, sağlık hizmetlerinde geniş ve çok boyutlu şekilde ele alınmakta, standartlaştırılmış bir değerlendirme aracı bulunmamakta ve hasta tedavileri üzerindeki sonuçları incelenmektedir. Bu değerlendirme ile birlikte kapsamlı bir modelin ana hatları çizilmeye çalışılmıştır. Model, dört boyut (sağlık kuruluşlarından, doktorlardan, hemşirelerden, tedavi - bakım sürecinden beklentiler) ve hasta beklentileri ile ilişkili kavramlardan oluşmaktadır. Aynı zamanda her bir boyut için farklı beklentiler değerlendirilmeye alınmaktadır. İnceleme ile birlikte hasta beklentilerinin kapsamlı veya entegre şekilde anlaşılması ve değerlendirilmesi, sağlık sonuçlarının veya hasta davranışlarının iyileştirilmesindeki kavramların beklentiler doğrultusunda nasıl şekillendiğinin belirlenmesi gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır. Bu durum hasta beklentilerinin farklı yönleri ile beklentileri etkileyen faktörlerin karşılıklı ilişkilerinin araştırılmasına yardımcı olabilir.

Kavramsal çerçeve kısmında ele alınan hasta beklentilerinin karmaşık, dinamik, çok boyutlu olduğu ve hastaya göre çeşitlilik (bilişsel, duygusal vs.) gösterdiği belirlenmiştir. Hasta veya yakınlarının sağlık kuruluşunun sınırlarına girdiği andan itibaren; yönetsel süreçlerden tedavi hizmetine, sağlık çalışanının davranışından bakım sürecine ve taburculuk işlemlerinden iyileşme sürecine kadar hem genel hem de bireysel beklentileri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki araştırmalarda nitel bir yaklaşımın benimsenmesi ile hastaların beklentilere ilişkin farklı bakış açıları belirlenebilir ve kapsamlı biçimde değerlendirilebilir, fakat nicel bir yöntemin uygulanması beklentilerin ortaya çıkarılmasını sınırlandırabilir. Bundan dolayı bu çalışmanın araştırma kısmını hasta beklentilerine ilişkin keşfedici bir çalışma oluşturmaktadır. Çalışmada “*kardiyovasküler hastalarının sağlık hizmetlerinden beklentileri nelerdir?*” ve “*Hastalar bu beklentileri kimlerden beklemektedirler?*” sorularının cevabı aranmış ve 19 hasta ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Toplanan verilerin analizi sonucunda hasta beklentileri yedi tema, 23 kategori ve dört boyut altında sınıflandırılmıştır.

Buna göre; hastalar sağlık kuruluşuna başvurdıkları andan itibaren, tıbbi prosedürlerinin hızlı bir şekilde yerine getirilmesini ve sağlık çalışanlarının güven verici bir yaklaşım göstermelerini beklemektedirler. Tedavi ve bakım sürecinde sağlık çalışanları tarafından hasta odaklı iletişimin kurulmasını, anlaşılır bir şekilde bilgilendirme yapılmasını ve kendilerine duygusal desteğin sağlanmasını istemektedirler. Konforlu ve rahat bir ortamda tıbbi özen gösterilerek yapılan işlemlerde doktor ve hemşirenin yetkin olmasını umarak tedavi takip ve kontrollerinin gerçekleştirilmesini vurgulamaktadırlar. Tedavi sonucunda ise fiziksel ve duygusal iyilik hallerinin sürdürülmesi veya güçlendirilmesi ile birlikte yaşam kalitelerinin artmasını beklemektedirler.

Çalışmanın sonucunda oluşturulan hasta beklentileri modeli ile literatür taramasında elde edilen model arasında uyumluluk vardır. Her iki modelde yer alan temalar benzerdir, fakat kategorilerde farklılık bulunmaktadır. Buna göre, literatüre dayalı geliştirilen modelde yer alan maliyet kategorisi çalışmamızın bulgularında saptanmamıştır. Ayrıca çalışmanın bulgularında belirlenen literatürdeki modelde olmayan iki kategori saptanmıştır. Bunlar, sosyal iyilik hali ve diğer sağlık çalışanı – hasta iletişimidir. Bir diğer farklılık ise hastaların kimden ne beklediklerine ilişkindir ve literatürdeki modele ek olarak belirlenmiştir. Bu durum kardiyovasküler hastaların, sağlık kuruluşundan iletişim ve hemşirelerden destek olmalarını beklemesinden kaynaklanmaktadır.

Sonuç olarak, bu beklentiler hastaların düşünme şekillerini yansıtmakta ve küçük gibi görünen şeylerin aslında hastalar üzerinde ne kadar önemli bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Yöneticilere yönelik öneriler;

- Hastaların acil durumlar haricinde de ihtiyaç duydukları anda sağlık hizmetine randevusuz, hızlı ve kolaylıkla erişebilmenin kontrol edilmesi
- Hastaların sağlık çalışanlarına mesai saatleri dışında telefon, kısa mesaj veya e-posta aracılığı ile danışma imkanı olması
- Yapılacak tüm işlemlerin (teşhis, tedavi, tahlil vs.) hızlı gerçekleştirilmesi ve sonuçların hızlı çıkıp çıkmadığının kontrol edilmesi
- Sağlık kuruluşunun iç ve dış çevresinin hastaların beklentilerini karşılayacak şekilde tasarlanması ve kasvetli ortamın olmaması, konforun sağlanması
- Salgının bulaş riskini azaltacak güvenlik tedbirlerinin artırılması

- Sağlık kuruluşundaki her alanın dezenfekte edilmesi, temizlenmesi ve eksikliklerin giderilmesi
- Hastalar için servislerde tek kişilik odaların sağlanması

Sağlık çalışanlarına yönelik öneriler;

- Hastanın rutin kontrolleri dışında sürekli olarak takiplerinin yapılması
- Sağlık çalışanlarının birbirleri ile işbirliği içerisinde çalışmasını teşvik edecek eğitimlerin gerçekleştirilmesi
- Sağlık çalışanlarının hastaları merkeze alarak hastalarla iyi ve etkili iletişim gerçekleştirmesi (güler yüz, saygı, açık ve anlaşılır şekilde konuşma vs.)
- Hastalara veya yakınlarına hastalığın teşhisi, ameliyat veya tedavi süreci ve sonrası hakkında bilgilendirmeye önem verilmesi
- Hastalığın yıpratıcı etkisi nedeniyle hastaların hizmet alımı sürecinde duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarının talep edilmeden karşılanması
- Hastalara tedavi – bakım sürecinde tıbbi özenin gösterilmesi, mahremiyetlerinin korunması ve hastaların tedavi kararlarına dahil edilmenin önemsenilmesi

Araştırmacılara yönelik öneriler;

- Çalışma konusunun farklı hastalık gruplarında nitel veya nicel olarak incelenmesi,
- Hasta beklentilerinin literatüre dayalı modeldeki ilişkili konular (memnuniyet, deneyim, sadakat, iletişim, tedavi-bakım, demografik değişkenler) arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Hasta beklentilerinin daha spesifik hale getirilerek (yalnızca doktordan beklentileri veya hemşirelerden beklentiler gibi) incelenmesi
- Çalışma konusuna ilişkin standart, geçerli ve güvenilir bir ölçeğin geliştirilmesi
- Hastanın tedavi öncesi beklentileri belirlenerek tedavi sonrasında hangi beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığının incelenmesi

KAYNAKÇA

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Akbolat, M., Amarat, M., Ünal Ö., & Sütlü E.S., (2019). Benevolence or Competence Which is More Important for Patient Loyalty?. *Journal of International Health Sciences and Management*, 5(9), 76-84.
- Akbolat, M., & Ünal, Ö. (2018). *Sağlık İletişimi. İçinde Akbolat, M., & Ungan M. C. (Ed.), Prof. Dr. Gültekin Yıldız Anı Kitabı, (1. Basım), Sakarya: Sakarya Üniversitesi Basımevi, Bölüm Sayfaları:1 -20 ISBN:978-605-2238-07-3.*
- Akgöz, N. (2009). *Nöroşirürji Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentileri ve Mevcut Uygulamalar. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.*
- Akinci, F., Esatoglu, A. E., Tengilimoglu, D., & Parsons, A. (2004). Hospital choice factors: a case study in Turkey. *Health Marketing Quarterly*, 22(1), 3-19.
- Aküzüm, C., & Özmen, F. (2013). Eğitim Denetmenlerinin Rollerini Gerçekleştirme Yeterlikleri Bir Meta-Sentez Çalışması. *Ekev Akademi Dergisi*, 17(56), 97-120.
- Albada, A., & Triemstra, M. (2009). Patients' priorities for ambulatory hospital care centres. A survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital. *Health Expectations*, 12(1), 92-105.
- Ali Jadoo, S. A., Jawdat, A., Mustafa, A. M., Al-Abed, A. & Maimaiti, N. (2013). Quote-expectation: Development of valid and reliable questionnaire. *World Applied Sciences Journal*, 21(1), 190-116.
- Amarat, M. (2017). *Hasta Temelli Kurumsal İtibarın Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya.*
- Amzat, J., & Razum, O. (2014). *Medical sociology in Africa*. Springer.
- Androniceanu, A. (2017). Hospital management based on the relationship between doctors and patients. *Administratie si Management Public*, (29), 41-53.
- Aoun, M., Sleilaty, G., Abou Jaoude, S., Chelala, D., & Moussa, R. (2019). How do Lebanese patients perceive the ideal doctor based on the CanMEDS competency framework?. *BMC Medical Education*, 19(1), 399. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1837-y>.
- APA Dictionary of Psychology, <https://dictionary.apa.org/expectancy>; <https://dictionary.apa.org/expectation>.

- Arastaman, G., Fidan, İ. Ö., & Fidan, T. (2018). Nitel araştırmada geçerlik ve güvenirlik: Kuramsal bir inceleme. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 37-75.
- Arthur, V., & Clifford, C. (2004). Rheumatology: the expectations and preferences of patients for their follow-up monitoring care: a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 234-242. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00873.x.
- Auer, C. J., Glombiewski, J. A., Doering, B. K., Winkler, A., Laferton, J. A., Broadbent, E., & Rief, W. (2016a). Patients' expectations predict surgery outcomes: a meta-analysis. *International journal of behavioral medicine*, 23(1), 49-62.
- Auer, C. J., Kube, T., Laferton, J. A., Salzmann, S., Shedden-Mora, M., Rief, W., & Moosdorf, R. (2016b). Welche Erwartungen sagen postoperative Depressivität und Ängstlichkeit bei herzchirurgischen Patienten am stärksten vorher?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 45, 93–108. doi: 10.1026/1616-3443/a000358
- Aydınlı, A., & Duran, E. T. (2017). Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 46-61.
- Aydınlı, A. (2015). *Doğum Öncesi Bakım Memnuniyeti ve Hasta Beklentileri Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik Güvenirlik Çalışması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Aygül, S., & Ulupınar, S. (2012). Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Hastaların Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 1-9.
- Baig, L., Violato, C., & Crutcher, R. (2010). A construct validity study of clinical competence: A multitrait multimethod matrix approach. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 30(1), 19–25. doi:10.1002/chp.20052 1.
- Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örneklem Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Bandura, A. (2005). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective, *Psychology*, 12(3), 313-333.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623-649.
- Bandura, A.(1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Bashshur, R. L., Shannon, G. W., & Metzner, C. A. (1971). Some ecological differentials in the use of medical services. *Health Services Research*, 6(1), 61-75.
- Başaran, A. (2016). *Sağlık hizmeti kullanıcılarının hastanelerle ilgili kurumsal imaj algılarını etkileyen faktörler üzerine bir araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Burdur.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *DEUHFED*, 9(1), 23-28.
- Becker, J.A. (2013). *Examining Relationships Between Hospital Inpatient Expectations and Satisfaction for Maximum Medicare Reimbursement*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Walden University, Minneapolis
- Ben Gassem, A.A.A. (2017). *Evaluating the Effects of Information Provision on Hypodontia Patients' Expectations of the Process and Outcome of Combined Orthodontic and Restorative Treatment*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). King's College London, UK.
- Berhane, A., & Enquselassie, F. (2016). Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1919-1928.
- Beyatlı, H. Z. (2017). *Hastane ve sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bjertnaes, O. A., Sjetne, I. S., & Iversen, H. H. (2012). Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf*, 21(1), 39-46.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: John Wiley.
- Bostan, S. (2007). Hastanelerde Sağlık Hizmeti Alma Sürecinde Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri. *Sağlık Hakkı*, 2(6), 16-19.
- Bostan, S., Acuner, T., & Yilmaz, G. (2007). Patient (customer) expectations in hospitals. *Health Policy*, 82(1), 62-70.
- Bostan, S. (2005). *Hastane İşletmelerinde Müşteri (Hasta) Beklentileri Araştırması*. (Yüksek Lisans Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30(1), 7-27.

- Bowling, A. & Rowe, G. (2014) Psychometric properties of the new Patients' Expectations Questionnaire. *Patient Experience Journal*. 1(1), 111-130. <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/16>.
- Bowling, A., Rowe, G., & McKee, M. (2013). Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(4), 143-149.
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., Howe, A. & Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment*, 16(30).
- Bowling, A., Rowe, G. & Howe, A. (2007). Patients expectations for health care protocol 29-0607.
- Boylan, C. R., & Westra, R. (1998). Meeting Joint Commission requirements for staff nurse competency. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(4), 44-48.
- Bölükbaş, N., & Türköz, Z. (2002). Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2),
- Browall, M., Koinberg, I., Falk, H., & Wijk, H. (2013). Patients' experience of important factors in the healthcare environment in oncology care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 20870. doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20870.
- Bryman, A. (2015). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bryman, A. (2003). *Quantity and quality in social research*. New York: Routledge.
- Bulduklu, Y. (2015). *Hastalarla İletişim*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Burçoğlu Karaca, Ş. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Büber, R., & Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.
- Byrd, M. E. (2006). Social exchange as a framework for client-nurse interaction during public health nursing maternal-child home visits. *Public Health Nursing*, 23(3), 271-276.
- Cabak, A. (2017). Expectations of the patients referred to physical and rehabilitation medicine doctors. *Acta Neuropsychol*, 17(1), 13-20.

- Chalamon, I., Chouk, I., & Heilbrunn, B. (2013). Does the patient really act like a supermarket shopper? Proposal of a typology of patients' expectations towards the healthcare system. *International Journal of Healthcare Management*, 6(3), 142-151.
- Chalmers, K. I. (1992). Giving and receiving: An empirically derived theory on health visiting practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1317– 1325.
- Chang, I-W. (2012). *Patient Expectations for Healthcare Experiences among the Taiwanese Population*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). University of Michigan, Michigan.
- Chaupain-Guillot, S., & Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781-796.
- Chen, Kai-Li, Chang, C. M., Chen, C. H., & Huang, M. C. (2018). Information Reception and Expectations Among Hospitalized Elderly Patients in Taiwan: A Pilot Study. *Journal of Nursing Research*, 26(3), 199-206.
- Chen, Y., Liu, J., Xiao, S., Liu, X., Tang, X., & Zhou, Y. (2014). Model construction of nursing service satisfaction in hospitalized tumor patients. *International journal of clinical and experimental medicine*, 7(10), 3621 – 3629.
- Choi, C. J., Hwang, S. W., & Kim, H. N. (2015). Changes in the degree of patient expectations for patient-centered care in a primary care setting. *Korean journal of family medicine*, 36(2), 103 – 112.
- Cirhinlioğlu, Z. (2010). *Sağlık sosyolojisi*. (2. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 184-192.
- Cormier, S., Lavigne, G. L., Choinière, M., & Rainville, P. (2016). Expectations predict chronic pain treatment outcomes. *Pain*, 157(2), 329-338.
- Cordella, M. (2004). *The Dynamic Consultation: A Discourse Analytical Study of Doctor-Patient Communication*. (1st Edition). John Benjamins Publishing Company.
- Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology*, (2nd Edition). Philadelphia: Brunner/Mazel, Taylor & Francis.
- Council, G. M. (2009). *Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education*. Manchester, UK: General Medical Council.
- Creswell, J.W. (2020). *Nitel Araştırma Yöntemleri Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. Demir, S.B. & Bütün, M. (Çev.), 5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Creswell, J. W. (2017). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*. Demir, S.B. (Çev.), 3. Baskı, Ankara: Eğiten Kitap.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., & Thomas, H. (1999). The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 3(3).
- Curran, J., Cassidy, C., Chiasson, D., MacPhee, S., & Bishop, A. (2017). Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. *International emergency nursing*, 32, 62-69.
- Çakıl, Ö. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çıraklı, Ü., & Gözlü, K. (2019). *Hekim – hasta, hasta – hastane ilişkileri*. İçinde Özer, Ö., & Şantaş, F., (Ed.). *Sosyolojik boyutlarıyla sağlık*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dasu, S., & Rao, J. (1999). Nature and determinants of customer expectations of service recovery in health care. *Quality Management in Health Care*, 7(4), 32-50.
- Dath D, Chan M-K, Anderson G, Burke A, Razack S, Lieff S, et al. (2015). *Leader*. İçinde Frank, J.R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.) *CanMEDS 2015 physician competency framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Dawn, A. G., Freedman, S. F., Lee, P. P., & Enyedi, L. B. (2003). Parents' expectations regarding their children's eye care: interview results. *American Journal of Ophthalmology*, 136(5), 797-804.
- Deledda, G., Moretti, F., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 297-306.
- Delgado, A., López-Fernández, L. A., de Dios Luna, J., Saletti-Cuesta, L., Gil, N., & Jiménez, M. (2011). The role of expectations in preferences of patients for a female or male general practitioner. *Patient education and counseling*, 82(1), 49-57.
- Demirtaş, B. (2004). Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların aldıkları hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumları ve beklentileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 34-47.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Introduction: The discipline and practice of qualitative research*. The Sage handbook of qualitative research. (4th Edition). Thousand Oaks CA: Sage.
- Desmond, J. & Copeland, L. (2010). *Günümüz Hastasıyla İletişim*. Yamaç, D., & E. Tekin (Çev.), Ankara: Eflatun.

- Dewi WN, Evans D, Bradley H, & Ullrich S. (2014). Person-centred care in the Indonesian health-care system. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 616–622.
- Dijs-Elsinga, J., Otten, W., Versluijs, M. M., Smeets, H. J., Kievit, J., Vree, R., ... & Marang-van de Mheen, P. J. (2010). Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Medical Decision Making*, 30(5), 544-555. DOI: 10.1177/0272989X09357474.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Donohue, R. K. (2003). Nurse practitioner–client interaction as resource exchange in a women's health clinic: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 717-725.
- Dormohammadi, T., Asghari, F., & Rashidian, A. (2010). What do patients expect from their physicians?. *Iranian Journal of Public Health*, 39(1), 70-77.
- Douglas, B. C., Noble, L. M., & Newman, S. P. (1999). Improving the accuracy of patients' expectations of the psychiatric out-patient consultation. *Psychiatric Bulletin*, 23(7), 425-427.
- Dubey, P., & Sharma, S. K. (2013). Factors affecting choice of hospital services in Bilaspur city. *Abhinav: International Monthly Refereed Journal of Research in Management and Technology*, 73(2), 97-104.
- Durmuş, A. (2017). *Algılanan Değerin Hasta Davranış ve Tavsiye Niyetine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Dutton, D. (1986). Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Social Science & Medicine*, 23(7), 721-735. 10.1016/0277-9536(86)90121-8.
- Duyan, D. (2001). HIV/AIDS'a İlişkin Damgalama ve Sosyal Destek, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 11(1), 3- 11.
- Dündar, C. (2017). Health-seeking behavior and medical facility choice in Samsun, Turkey. *Health Policy*, 121(9), 1015-1019.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2020). Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330805>.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2018a). *WHO global coordination mechanism on the prevention and control of noncommunicable diseases: final report: WHO GCM* (No. WHO/NMH/NMA/GCM/18.12). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2018b). *Noncommunicable diseases*. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim Tarihi: 04/02/2020).
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2018c). *World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds> (Erişim Tarihi: 04/02/2020).
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Geneva: World Health Organization
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2011). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva, Switzerland: World Health Organization,
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. ; WHO (2006). Constitution of the World Health Organization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Ebrahim, S., Malachowski, C., El Din, M. K., Mulla, S. M., Montoya, L., Bance, S., & Busse, J. W. (2015). Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(1), 240-255.
- Eisner, E.W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York: Macmillan.
- Emerson, R. M. (1976). Social exchange theory. *Annual Review of Sociology*, 2, 335– 363.
- Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam, Y., & Ergül, N. (2008). Jinekolojik muayene öncesinde türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-13.
- Erkoç, Y., & Yardım, N. (2011). *Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, yayın no: 809.
- Escudero-Carretero, M. J., Prieto-Rodríguez, M., Fernández-Fernández, I., & March-Cerdá, J. C. (2007). Expectations held by type 1 and 2 diabetes mellitus patients and their relatives: the importance of facilitating the health-care process. *Health Expectations*, 10(4), 337-349.
- Fadyl, J., & McPherson, K. (2008). Return to work after injury: a review of evidence regarding expectations and injury perceptions, and their influence on

outcome. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 362-374. DOI 10.1007/s10926-008-9153-0.

Fasbender U. (2019) *Outcome Expectancies*. İçinde Zeigler-Hill V., & Shackelford T. (Eds.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1802-1.

Flood, A. B., Lorence, D. P., Ding, J., McPherson, K., & Black, N. A. (1993). The role of expectations in patients' reports of post-operative outcomes and improvement following therapy. *Medical Care*, 31, 1043-1056.

Freeman, G. K., Olesen, F., & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice?. *Family Practice*, 20(6), 623-627.

Freeman, G., & Hjortdahl, P. (1997). What future for continuity of care in general practice?. *Bmj*, 314(7098), 1870.

Frymann, R. J. (2007). *The Expectations of Men Undergoing Surgery for Benign Prostatic Obstruction*. (Doctoral dissertation). University of Sheffield, UK.

Georgy, E. E., Carr, E. C., & Breen, A. C. (2013a). Met or matched expectations: what accounts for a successful back pain consultation in primary care?. *Health Expectations*, 16(2), 143-154.

Georgy, E. E., Carr, E. C., & Breen, A. C. (2013b). Back pain management in primary care: development and validity of the Patients' and Doctors' Expectations Questionnaire. *Quality in primary care*, 21(2), 113.

Georgy, E. E., Carr, E. C., & Breen, A. C. (2009). Back pain management in primary care: patients' and doctors' expectations. *Quality in Primary Care*, 17(6), 405-413.

Geray, H. (2006). *Toplumsal araştırmalarda nicel ve nitel yöntemlere giriş: İletişim alanından örneklerle*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Geurts, J. W., Willems, P. C., Lockwood, C., van Kleef, M., Kleijnen, J., & Dirksen, C. (2017). Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: A systematic review. *Health Expectations*, 20(6), 1201-1217.

Ghosh, M. (2015). An empirical study on hospital selection in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 28(1), 27-39. DOI 10.1108/IJHCQA-06-2013-0073.

Girmay, A., Marye, T., Haftu, M., Brhanu, T., & Gerense, H. (2018). Patients expectation strongly associated with patients perception to nursing care: hospital based cross sectional study. *BMC Research Notes*, 11(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3447-x>.

Gjesdal, K., Dysvik, E., & Furnes, B. (2018). Living with chronic pain: Patients' experiences with healthcare services in Norway. *Nursing Open*, 5(4), 517-526

- Glenngård, A. H., & Anell, A. (2017). Does increased standardisation in health care mean less responsiveness towards individual patients' expectations? A register-based study in Swedish primary care. *Sage open medicine*, 5, 1-8. DOI: doi.org/10.1177/2050312117704862
- Gökmen, E. (2017). İçerik Analizi ve Yıldız Falı Analizinin Kavram ve Unsurlarının İncelenmesi: Türk Siyasetinde Siyasal Dil Analizi Örneği. *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi E-Dergi*, 16(1), 172-212.
- Gözlü, M., & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.
- Güçlü, İ. (2019). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri teknik – yaklaşım – uygulama*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Güler, A., Halıcıoğlu, M.B. & Taşgın, S. (2015). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma*. (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gündoğdu, S., & Görener, A. (2017). Process improvement using quality function deployment in the healthcare sector. *Alphanumeric Journal*, 5(1), 127-146. DOI: 10.17093/alphanumeric.307149.
- Gürfidan, C. (2014). *Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Beklenti ve Memnuniyet (Kırklareli İl Merkezi Örneği)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gürlek, Ö. (2005). *Hasta yakınlarının acil servislerdeki sorunları ve hemşirelerden beklentileri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Haanstra, T. M., Tilbury, C., Kamper, S. J., Tordoir, R. L., Vlieland, T. P. V., Nelissen, R. G., ... & Ostelo, R. W. (2015). Can optimism, pessimism, hope, treatment credibility and treatment expectancy be distinguished in patients undergoing total hip and total knee arthroplasty?. *PloS one*, 10(7), e0133730. doi: 10.1371/journal.pone.0133730
- Haanstra, T. M., van den Berg, T., Ostelo, R. W., Poolman, R. W., Jansma, I. P., Cuijpers, P., & de Vet, H. C. (2012). Systematic review: do patient expectations influence treatment outcomes in total knee and total hip arthroplasty?. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1-14.
- Haddad, S., & Mohindra, K. (2002). *Access, opportunities and communities: Ingredients for health equity in the South*. Paper presented at the Public Health and International Justice Workshop. New York: Carnegie Council on Ethics and International Affairs
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations, *Psychology and Health*, 18(2), 141-184. DOI: 10.1080/088704403100081321.

- Halpert, A., Dalton, C. B., Palsson, O., Morris, C., Hu, Y., Bangdiwala, S., ... & Drossman, D. A. (2010). Irritable bowel syndrome patients' ideal expectations and recent experiences with healthcare providers: a national survey. *Digestive Diseases and Sciences*, 55(2), 375-383.
- Hammersley, M. (1998). *Reading Ethnographic Research: A Critical Guide* Longman. London & New York.
- Harrell, M. C., & Bradley, M. A. (2009). *Data collection methods: Semi-structured interviews and focus groups*. Rand National Defense Research Institute. Santa Monica, CA.
- Hoffmann, T. C., & Del Mar, C. (2015). Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA internal medicine*, 175(2), 274-286
- Holmes, S. D., Fornaresio, L. M., Miller, C. E., Shuman, D. J., & Ad, N. (2016). Development of the cardiac surgery patient expectations questionnaire (C-SPEQ). *Quality of Life Research*, 25(8), 2077-2086.
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hong, S. J. (2017). I Want an Omnipotent Doctor: North Korean Defectors' Unmet Expectations of South Korean Medical Providers. *Qualitative Report*, 22(10), 2612-2628.
- Hoşgör, D. G. (2014). *İletişim ve Sağlık İletişimi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Houle, C., Harwood, E., Watkins, A., & Baum, K. D. (2007). What women want from their physicians: A qualitative analysis. *Journal of Women's Health*, 16(4), 543-550.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Ip, W. Y., Chien, W. T., & Chan, C. L. (2003). Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 151-158.
- Jackson, J. L., & Kroenke, K. (2001). The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Annals of Internal Medicine*, 134(9_Part_2), 889-897.
- Janssen, C., Ommen, O., Neugebauer, E., Lefering, R., & Pfaff, H. (2007). How to improve satisfaction with hospital stay of severely injured patients. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 392(6), 747-760.

- Janzen, J. A., Silvius, J., Jacobs, S., Slaughter, S., Dalziel, W., & Drummond, N. (2006). What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Health Expectations*, 9(1), 37-48.
- Jaworski, M., Rzadkiewicz, M., Adamus, M., Chylinska, J., Lazarewicz, M., Haugan, G., & Włodarczyk, D. (2017). Primary care patients' expectations regarding medical appointments and their experiences during a visit: does age matter?. *Patient preference and adherence*, 11, 1221-1233.
- Juergens, M. C., Seekatz, B., Moosdorf, R. G., Petrie, K. J., & Rief, W. (2010). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 553-560.
- Kajander-Unkuri, S., Meretoja, R., Katajisto, J., Saarikoski, M., Salminen, L., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2014). Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse Education Today*, 34(5), 795-801.
- Kar, A. (2019). *Sağlığı etkileyen faktörler*. Özer, Ö., & Şantaş, F., (Ed.). *Sosyolojik boyutlarıyla sağlık*. 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karagöz, N. Hasta ve Sağlık Personeli İlişkileri. Erişim adresi: <http://www.naimkaragoz.dr.tr/tr/makale.aspx?hbr=1&kat=6> (Erişim Tarihi: 04/01/2021).
- Karahan, A., & Sultan, K. A. V. (2018). Hemşirelikte mesleki yetkinlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(2), 160-168.
- Karahan, A., Tarcan, G. Y., Yeşilaydın, G. T., & Tarcan, M. (2016). Hastane Tercihlerini Etkileyen Faktörler: Öğrenci Bakış Açısıyla Bir Değerlendirme. *SOBİDER Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(9), 298-313.
- Kenten, C., Bowling, A., Lambert, N., Howe, A., & Rowe, G. (2010). A study of patient expectations in a Norfolk general practice. *Health Expectations*, 13(3), 273-284.
- Kirsch, I. (1997). Response expectancy theory and application: A decennial review. *Applied and Preventive Psychology*, 6(2), 69-79.
- Kirsch, I., Kong, J., Sadler, P., Spaeth, R., Cook, A., Kaptchuk, T. J., & Gollub, R. (2014). Expectancy and conditioning in placebo analgesia: separate or connected processes?. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(1), 51-59.
- Klaw, E., Dearmin Huebsch, P., & Humphreys, K. (2000). Communication patterns in an on-line mutual help group for problem drinkers. *Journal of Community Psychology*, 28(5), 535-546.
- Kravitz, R. L. (2001). Measuring patients' expectations and requests. *Annals of Internal Medicine*, 134 (9_Part_2), 881-888.

- Kravitz, R. L. (1996). Patients' expectations for medical care: An expanded formulation based on review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 53(1), 3-27.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *American journal of occupational therapy*, 45(3), 214-222.
- Kube, T., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2018). Using different expectation mechanisms to optimize treatment of patients with medical conditions: a systematic review. *Psychosomatic medicine*, 80(6), 535-543.
- Ladeira, F., Mendonça, M., Caetano, A., Salavisa, M., Delgado, H., Correia, A. S., & Viana-Baptista, M. (2019). Effect of patients' expectations on clinical response to fampridine treatment. *Neurological Sciences*, 40(1), 175-180.
- Laferton, J. A., Kube, T., Salzmann, S., Auer, C. J., & Shedden-Mora, M. C. (2017). Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment. *Frontiers in psychology*, 8, 233. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00233.
- Laferton, J. A., Auer, C. J., Shedden-Mora, M. C., Moosdorf, R., & Rief, W. (2015). Factors associated with disability expectations in patients undergoing heart surgery. *International journal of behavioral medicine*, 22(1), 85-91.
- Laferton, J. A., Mora, M. S., Auer, C. J., Moosdorf, R., & Rief, W. (2013). Enhancing the efficacy of heart surgery by optimizing patients' preoperative expectations: study protocol of a randomized controlled trial. *American heart journal*, 165(1), 1-7.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., & Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.
- Langseth, M. S., Shepherd, E., Thomson, R., & Lord, S. (2012). Quality of decision making is related to decision outcome for patients with cardiac arrhythmia. *Patient education and counseling*, 87(1), 49-53.
- Laschinger, H. S., Hall, L. M., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220-230.
- Lather, P. (1993). Fertile obsession: Validity after poststructuralism. *The sociological quarterly*, 34(4), 673-693.
- Lau-Walker, M. (2004). Cardiac rehabilitation: the importance of patient expectations—a practitioner survey. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 177-184.
- Leach, C. J., Mandy, A., Hankins, M., Bottomley, L. M., Cross, V., Fawkes, C. A., ... & Moore, A. P. (2013). Patients' expectations of private osteopathic care in the UK:

- a national survey of patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(1), 122.
- Leckie, J., Bull, R., & Vrij, A. (2006). The development of a scale to discover outpatients' perceptions of the relative desirability of different elements of doctors' communication behaviours. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 69-77.
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of educational research*, 52(1), 31-60.
- Lee, Y. (2017). *An Exploratory Study on Effects of Patient-Doctor Communication Factors to Influence on Medical Outcome: Applying RIAS*. (Doctoral dissertation). Seoul National University, Seoul, South Korea.
- Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of family medicine and primary care*, 4(3), 324-327. DOI: 10.4103/2249-4863.161306
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18.
- Liamputtong, P. (Eds.). (2019). *Handbook of research methods in health social sciences*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4>.
- Liljander, V., & Strandvik, T. (1993). Different comparison standards as determinants of service quality. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 6(2), 118-132.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiyas, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., ... & Schäfer, W. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 17(1), 255. Doi: 10.1186/s12913-017-2189-0.
- Lippke S. (2017) *Outcome Expectation*. İçinde Zeigler-Hill V., & Shackelford T. (Eds.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1145-1.
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). *Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens*. In *Gesundheitspsychologie* (pp. 35-60). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Bmj*, 322(7284), 468. doi:10.1136/bmj.322.7284.468.

- Lucas, B., Cox, C., Perry, L., & Bridges, J. (2013). Pre-operative preparation of patients for total knee replacement: An action research study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17(2), 79-90.
- Luo, Q. (2017). *Introducing Positive Distraction in a Clinic Waiting Room*. (Master Thesis). Graduate School of Cornell University, NY.
- Macdonald, E. (Ed.). (2004). *Difficult conversations in medicine*. USA: Oxford University Press,.
- MacPherson, H., Newbronner, E., Chamberlain, R., & Hopton, A. (2015). Patients' experiences and expectations of chiropractic care: a national cross-sectional survey. *Chiropractic & manual therapies*, 23(1), 3. DOI 10.1186/s12998-014-0049-0.
- Maddux, J. E. (2007). "Expectations and health," in *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*", eds S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newmann, K. Wallston, J. Weinmann, et al. (Cambridge: Cambridge University Press), 87–92.
- Malik, J., & Sharma, V. C. (2017). Determinants of Patients' Choice of Healthcare Provider a Study of Selected Private Hospitals in Delhi-NCR. *NICE Journal of Business*, 12(1), 45-59.
- Malone, Y. (2002). Social cognitive theory and choice theory: A compatibility analysis. *International Journal of Reality Therapy*, 22(1), 10–13.
- Manthorpe, J., Clough, R., Cornes, M., Bright, L., Moriarty, J., Iliffe, S., & OPRSI (Older People Researching Social Issues). (2007). Four years on: the impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people. *Age and Ageing*, 36(5), 501-507.
- Margolis, P. A., Carey, T., Lannon, C. M., Earp, J. L., & Leininger, L. (1995). The rest of the access-to-care puzzle: addressing structural and personal barriers to health care for socially disadvantaged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149(5), 541-545. 10.1001/archpedi.1995.02170180071011.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Med*, 3(11), e442: 2011- 2030. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Matiti, M. R., & Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2709-2717.
- Maxwell, J. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-301.
- McAuley, E., Jerome, G. J., Elavsky, S., Marquez, D. X., & Ramsey, S. N. (2003). Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. *Preventive medicine*, 37(2), 110-118.

- McGaghie, W. C. (1980). The Evaluation of Competence. *Evaluation & the Health Professions*, 3(3), 289–320. DOI:10.1177/016327878000300303.
- Merriam, S.B. (2018). *Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber*. Turan, S. (Çev.), 3rd Edition, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Metcalf, C. J., & Moffett, J. A. K. (2005). Do patients' expectations of physiotherapy affect treatment outcome? Part 1: Baseline data. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 12(2), 55-62.
- Miçooğulları, A., Ayberk, B., & Akbaş, U. (2017). Hasta beklentilerini yönetme becerisi ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 4(2), 76-81.
- Miller, G., & Foster, L. T. (2010). *Critical synthesis of wellness literature*. Faculty of Human and Social Development, University of Victoria, Victoria, Canada.
- Mocherla, S., Raman, U., & Holden, B. (2012). Expressions of equity: imbalances in the patient-clinician interaction. *Indian journal of medical ethics*, 9(2), 87-93.
- Moideenkutty, U. (2005) Organizational Citizenship Behavior and Developmental Experiences: Do Role Definitions Moderate the Relationship. *The Journal of Behavioral and Applied Management*, 6(2), 88-108.
- Moore, M. (2008). What does patient-centred communication mean in Nepal?. *Medical Education*, 42(1), 18-26.
- Mot, E., & Willemé, P. (2012). Assessing Needs of Care in European Nations. *Brussels: ENEPRI Policy Brief*, (14). <https://www.files.ethz.ch/isn/165154/ENEPRI%20PB14%20 ANCIEN %20Assessing%20Needs%20of%20Care%20rev%20pw.pdf>
- Murphy, S. M., Rosenman, R., Yoder, J. K., & Friesner, D. L. (2011). Patients' perceptions and treatment effectiveness. *Applied Economics*, 43(24), 3275-3288.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 251-266.
- Newton, J. T., & Cunningham, S. J. (2013). Great expectations: what do patients expect and how can expectations be managed?. *Journal of orthodontics*, 40(2), 112-117.
- Odell, A., Bång, A., Andréll, P., Widell, C., Fryklund, H., Kallryd, A., ... & Grip, L. (2017). Patients expectations and fulfilment of expectations before and after treatment for suspected coronary artery disease assessed with a newly developed questionnaire in combination with established health-related quality of life questionnaires. *Open heart*, 4(1), e000529. doi:10.1136/openhrt-2016-000529.
- Oermann, M. H., & Templin, T. (2000). Important attributes of quality health care: Consumer perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 167-172.

- Ogden J. (2000). *Health psychology: A textbook*. Philadelphia: Open University Press.
- Ojasalo, J. (2001). Managing customer expectations in professional services. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(3), 200-212.
- Oklay Bozkaya, A. (2008). *Hasta beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta-hekim görüşmesinin sonuçları*. (Doctoral dissertation). Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- O'Malley, K. J., Roddey, T. S., Gartsman, G. M., & Cook, K. F. (2004). Outcome expectancies, functional outcomes, and expectancy fulfillment for patients with shoulder problems. *Medical Care*, 42(2), 139-146.
- Özgöbek, H. R. (2019). *Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özlü, Z. K., Yayla, A., Özer, N., Gümüş, K., Erdağı, S., & Kaya, Z. (2015). Cerrahi hastalarda düşme riski. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(3), 94-99.
- Özmen, E. & Ozan, E. (2018). Üsteliyici hasta. *Van Tıp dergisi*, 25(3), 430-436. DOI: 10.5505/vtd.2018.05658
- Özmen, N. (2012). *Jinekolojik Muayene Sırasında Kadınların Hemşirelik Yaklaşımlarına Yönelik Aldıkları Hizmetler ve Beklentileri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özsoy, S. A., Özgür, G., & Durmaz Akyol, A. (2007). Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *International Nursing Review*, 54(3), 249-255.
- Öztürk, H., Sayligil, O., Musmul, A., & Acar, N. E. (2018). The perception of privacy in the emergency department: Medical faculty hospital as a case in point. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 26-33.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, 32(3), 39-48.
- Patton, M. Q. (1985). *Quality in qualitative research: Methodological principles and recent developments*. Invited address to Division J of the American Educational Research Association, Chicago.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newburk Park, CA: Sage.
- Paulson-Karlsson, G., Nevonen, L., & Engström, I. (2006). Anorexia nervosa: treatment satisfaction. *Journal of Family Therapy*, 28(3), 293-306.
- Pei, X. (2018). *Patient satisfaction survey based on SERVQUAL scale in China*. (Doctoral dissertation). ISCTE Business School, Portugal.

- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, February (19), 127-140. 10.1097/00005650-198102000-00001.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.
- Pınar, G., & Pınar, T. (2009). Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7(3), 132-140.
- Pittet, V., Vaucher, C., Froehlich, F., Maillard, M. H., Michetti, P., & Swiss IBD Cohort Study Group. (2018). Patient-reported healthcare expectations in inflammatory bowel diseases. *PloS One*, 13(5), e0197351.
- Powell, R., Johnston, M., Smith, W. C., King, P. M., Chambers, W. A., Krukowski, Z., ... & Bruce, J. (2012). Psychological risk factors for chronic post-surgical pain after inguinal hernia repair surgery: a prospective cohort study. *European Journal of Pain*, 16(4), 600-610.
- Punch, K. F.(2014). *Sosyal araştırmalara giriş: nicel ve nitel yaklaşımlar*. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Qin, H., & Prybutok, V. R. (2013). A quantitative model for patient behavioral decisions in the urgent care industry. *Socio-Economic Planning Sciences*, 47(1), 50-64.
- Quirk, M., Mazor, K., Haley, H. L., Philbin, M., Fischer, M., Sullivan, K., & Hatem, D. (2008). How patients perceive a doctor's caring attitude. *Patient Education and Counseling*, 72(3), 359-366.
- Radharamanan, R., & Godoy, L. P. (1996). *Quality function deployment as applied to a health care system*. *Computers & Industrial Engineering*, 31(1-2), 443–446. DOI:10.1016/0360-8352(96)00171-4
- Ram, D., & Gowdappa, B. (2015). Trust and expectation on psychiatrist and its correlation with satisfaction and adherence in patients with mental illness. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 42(1), 13-17.
- Reck, D. L. (2013). Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care?. *Nursing administration quarterly*, 37(2), 109-115.
- Reck, D. H. (2010). *Patients' expectations and satisfaction with nursing care, and their nurses' awareness of their expectations*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). The Pennsylvania State University, USA.
- Richardson, L. A. (2001). Seeking and obtaining mental health services: What do parents expect?. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(5), 223-231.

- Rief, W., Shedden-Mora, M. C., Laferton, J. A., Auer, C., Petrie, K. J., Salzmann, S., ... & Moosdorf, R. (2017). Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: results of the randomized controlled PSY-HEART trial. *BMC medicine*, 15(4). doi: 10.1186/s12916-016-0767-3
- Rittger, H., Frosch, B., Vitali-Serdoz, L., & Waliszewski, M. (2018). Differences of patients' perceptions for elective diagnostic coronary angiography and percutaneous coronary intervention in stable coronary artery disease between elderly and younger patients. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1935-1943.
- Robbins, S. P., & Judge, T. (2017). *Örgütsel Davranış*. Erdem, İ.,(Çev.) (14. Basım). Ankara: Nobel Akademi.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L., & Chang, R. W. (1987). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *Marketing Health Services*, 7(4), 16.
- Rotter, J. B. (1982). *The development and applications of social learning theory*. New York: Praeger.
- Rotter, J. B., Chance, J. E., & Phares, E. J. (1972). *Applications of a social learning theory of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc. <http://dx.doi.org/10.1037/10788-000>
- Ruiz-Moral, R., De Torres, L. Á. P., & Jaramillo-Martin, I. (2007). The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 86-91.
- Rust, R. T., Zahorrik, A., J. & Keiningham, T. L. (1996). *Service Marketing*, New York: Harper Collins College Publishers.
- Ryan, M. P. (2005). Physical activity levels in young adult Hispanics and Whites: Social cognitive theory determinants. *Psychology and Health*, 20(6), 709-727.
- Saleem, T., Khalid, U., & Qidwai, W. (2009). Geriatric patients' expectations of their physicians: findings from a tertiary care hospital in Pakistan. *BMC Health Services Research*, 9(1), 205.
- Salkever, D. S. (1976). Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine* (1967), 10(9-10), 469-475. 10.1016/0037-7856(76)90114-1.
- Salzmann, S., Laferton, J., Auer, C., Shedden-Mora, M., Wambach, K., & Rief, W. (2018). Optimizing Patients' Expectations: Description of a Brief Preoperative

Intervention for Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Verhaltenstherapie*, 28(3), 157-165.

Sarp, N. (2017). *Sağlık kuruluşlarında kalite yönetimi*. İçinde Şeker, M., & Bulduklu, Y. (Ed.), *Sağlık kurumları yönetimi – I*, (1.baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Sattayakorn, S., Ichinose, M., & Sasaki, R. (2017). Clarifying thermal comfort of healthcare occupants in tropical region: A case of indoor environment in Thai hospitals. *Energy and buildings*, 149, 45-57.

Schaad, B., Bourquin, C., Bornet, F., Currat, T., Saraga, M., Panese, F., & Stiefel, F. (2015). Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: analysis of accounts collected in a complaints center. *Patient education and counseling*, 98(6), 771-776.

Schattner, A., Rudin, D., & Jellin, N. (2004). Good physicians from the perspective of their patients. *BMC Health Services Research*, 4(1), 1-6.

Schnoll, R., & Zimmerman, B. J. (2001). Self-regulation training enhances dietary self-efficacy and dietary fiber consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(9), 1006-1011.

Schrimmer, K., Williams, N., Mercado, S., Pitts, J., & Polancich, S. (2019). Workforce Competencies for Healthcare Quality Professionals: Leading Quality-Driven Healthcare. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 41(4), 259-265.

Sebo, P., Herrmann, F. R., Bovier, P., & Haller, D. M. (2015). What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices?. *BMC health services research*, 15(1), 328. DOI 10.1186/s12913-015-0985-y

Seggie, F. N. & Bayyurt, Y. (2017). *Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımlar*. (2. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.

Serrano, C. I., Shah, V., & Abramoff, M. D. (2018). Use of expectation disconfirmation theory to test patient satisfaction with asynchronous telemedicine for diabetic retinopathy detection. *International journal of telemedicine and applications*, 2018, 1- 14.

Shapiro, A. K. (1964). Etiological factors in placebo effect. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 187(10), 712-714. doi:10.1001/jama.1964.03060230040010.

Shengelia, B., Murray, C. J., & Adams, O. B. (2003). Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Edited by: Murray CJL, Evans DB. Geneva: World Health Organization, 221-234.

- Shore, L. M., Tetrick, L. E., Lynch, P., & Barksdale, K. (2006). Social and economic exchange: Construct development and validation. *Journal of applied social psychology*, 36(4), 837-867.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni, Erişim adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgi_eri (Erişim Tarihi: 15/04/2021).
- Spagnolo, P. A., Colloca, L., & Heilig, M. (2015). The role of expectation in the therapeutic outcomes of alcohol and drug addiction treatments. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3), 282-285.
- Strzelecka, K., Nowak-Starz, G., & Karakiewicz, B. (2015). Expectations of patients towards a primary care physician, related to the reason for the current visit, with particular emphasis on patients aged 65+. *Family Medicine & Primary Care Review*, (3), 215-218.
- Sütütemiz, N. (2015). *Hizmet Kalitesi Yönetimi ve GAP Modeli*. Altunışık, R. (Ed.). Hizmet Pazarlaması ve Stratejileri. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Swing, S. R., Clyman, S. G., Holmboe, E. S., & Williams, R. G. (2009). Advancing resident assessment in graduate medical education. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 278-286.
- Şahin, S. Y., Dal, Ü., & Vural, G. (2014). Yanıklı Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(1), 37-46.
- Şantaş, F., Kurşun, A., & Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 17-33.
- Şencan, I., Keskinçiliç, B., Ekinci, B., Öztemel, A., Sarıoğlu, G., Çobanoğlu, N., & Bolay Yavaşoğlu, G. (2015). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020)*. TC Türkiye halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın, (988), Ankara.
- Şener, D. K., & Karaca, A. (2017). Mutual expectations of mothers of hospitalized children and pediatric nurses who provided care: qualitative study. *Journal of pediatric nursing*, 34, e22-e28.
- Şenturan, Ş. (2014). *Örnek Olaylarla Örgütsel Davranış*. (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- SB, COVID-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40101/0/covid-19saglikkurumlarindacalismarehberiveenfeksiyonkontrolonlemleripdf.pdf> (Erişim Tarihi: 01/03/2021).

- SB. (2007). *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- SB. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- Tähepöld, H., van den Brink-Muinen, A., & Maaroos, H. I. (2006). Patient expectations from consultation with family physician. *Croatian Medical Journal*, 47(1), 148-154.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*. 19(2), 1-10. <https://doi.org/10.1108/13660750610664991>.
- Tatarlı, N. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.
- Tekin, A. (2007). *Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Tengilimoğlu, D. (2014). *Hastane Destek Hizmetleri Yönetimi*. İçinde Çelik, Y. (Editör), *Sağlık kurumları yönetimi – II*, (3.baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. (2001). Hastane seçimine etkili olan faktörler: Bir alan uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 85-98.
- Thomas, S., Quirk, L., Blevins, C., Quatrara, B., & Letzkus, L. (2017). Incongruence in perceptions: identifying barriers to patient satisfaction in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(6), 349-354.
- Thompson, A. G., & Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2), 127-141.
- Thorsen, H., Witt, K., Hollnagel, H., & Malterud, K. (2001). The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective—theoretical aspects. *Family Practice*, 18(6), 638-643.
- Toksal, M. (2005). *Preoperatif dönemde hastaların hemşirelerden beklentilerinin araştırılması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık bilimleri enstitüsü, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Toma, G., Triner, W., & McNutt, L. A. (2009). Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Annals of emergency medicine*, 54(3), 360-367.

- Torres, E., Vasquez-Parraga, A. Z., & Barra, C. (2009). The path of patient loyalty and the role of doctor reputation. *Health Marketing Quarterly*, 26(3), 183-197. DOI: 10.1080/07359680903263565.
- Torun, Ş. (2017). *Sağlıkta temel kavramlar, görevler ve haklar*. İçinde Yüksel, E. (Ed.), *Sağlık kurumlarında iletişim*. (3. Baskı), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Trotter, R. T. (2012). Qualitative Research Sample Design And Sample Size: Resolving And Unresolved Issues and Inferential Imperatives. *Preventive Medicine*, 55(5), 398-400.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2020). *Ölüm Nedenleri İstatistikleri, 2019*. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (Erişim Tarihi: 11/02/2021).
- Uhlmann, R. F., Inui, T. S., & Carter, W. B. (1984). Patient requests and expectations: definitions and clinical applications. *Medical Care*, 22(7), 681-685.
- Ülker, S. (2010). *Hastanelerde Genel Cerrahi Bölümlerinde Yapılan Ameliyatların Tıbbi Analizi ve Üsküdar Devlet Hastanesinde Bir Uygulama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Ünal, O. (2016). *Hasta hekim iletişimin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Üner, S., Balcılar, M., & Ergüder, T. (2018). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS)*. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.
- van Hartingsveld, F., Ostelo, R. W., Cuijpers, P., de Vos, R., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. (2010). Treatment-related and patient-related expectations of patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of published measurement tools. *The Clinical journal of pain*, 26(6), 470-488.
- Vedsted, P., & Heje, H. N. (2008). Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(4), 228-234.
- Verbeek, J., Sengers, M. J., Riemens, L., & Haafkens, J. (2004). Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine*, 29(20), 2309-2318.
- Vieder, J. N., Krafchick, M. A., Kovach, A. C., & Galluzzi, K. E. (2002). Physician-patient interaction: What do elders want?. *Journal of the American Osteopathic Association*, 102(2), 73-78.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. New York: John Wiley & Sons.

- Yardımcı, T. & Mert, H. (2015). İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastaların Bakımında Sosyal Bilişsel Teori'nin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (1), 25-31.
- Yıldız, S. (2017) Sosyal Bilimlerde Örneklem Sorunu: Nicel ve Nitel Paradigmalardan Örneklem Kuramına Bütüncül Bir Bakış, *Kesit Akademi Dergisi (The Journal of Kesit Academy)*, 3(11), 421-442.
- Young, H. N., Lipowski, E. E., & Cline, R. J. (2005). Using social cognitive theory to explain consumers' behavioral intentions in response to direct-to-consumer prescription drug advertising. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 1(2), 270-288.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. *Handbook of health economics*, 1, 1803-1862.
- Waljee, J., McGlinn, E. P., Sears, E. D., & Chung, K. C. (2014). Patient expectations and patient-reported outcomes in surgery: a systematic review. *Surgery*, 155(5), 799-808.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.
- Whitehead, H., May, D., & Agahi, H. (2007). An exploratory study into the factors that influence patients' perceptions of cleanliness in an acute NHS trust hospital. *Journal of Facilities Management*. 5(4), 275-289. <https://doi.org/10.1108/14725960710822268>.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research*, 11(4), 522-537.
- Whyte, E., & Goodacre, S. (2016). Patient expectations of emergency hospital admission: a cross-sectional questionnaire survey. *European Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 203-207.
- Wiering, B., de Boer, D., Krol, M., Wieberneit-Tolman, H., & Delnoij, D. (2018). Entertaining accurate treatment expectations while suffering from chronic pain: an exploration of treatment expectations and the relationship with patient-provider communication. *BMC health services research*, 18(1), 706. Doi: 10.1186/s12913-018-3497-8.
- Wilcox, S., Castro, C. M., & King, A. C. (2006). Outcome expectations and physical activity participation in two samples of older women. *Journal of Health Psychology*, 11(1), 65-77.
- Wilson, P. M., Brooks, F., Procter, S., & Kendall, S. (2012). The nursing contribution to chronic disease management: a case of public expectation? Qualitative findings from a multiple case study design in England and Wales. *International journal of nursing studies*, 49(1), 2-14.

- Wójcicki, T. R., White, S. M., & McAuley, E. (2009). Assessing outcome expectations in older adults: the multidimensional outcome expectations for exercise scale. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(1), 33-40.
- Wouda, J. C., Zandbelt, L. C., Smets, E. M., & van de Wiel, H. B. (2011). Assessment of physician competency in patient education: Reliability and validity of a model-based instrument. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 92-98
- Yalçın, N., & Aştı, T. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 54-59.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. (11. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz Şahin, S. (2008). *Yanıklı Hastaların Hemşirelerden Beklentileri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Zaki, K., & Ahmed, M. (2018). Antecedents and Consequences of Food Quality in Egyptian Healthcare. *International Journal of Heritage, Tourism and Hospitality*, 12(3 (Special Issue)), 145-159.
- Zebiene, E., Razgauskas, E., Basys, V., Baubiniene, A., Gurevicius, R., Padaiga, Z., & Svab, I. (2004). Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(1), 83-89.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(1), 1-12.
- Zeyrekli Yaş, S. (2009). *Toplam kalite yönetimi anlayışının sağlık sektöründe uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık araştırma ve uygulama merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nin karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans). Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Zıllıoğlu, M. (1993). *İletişim nedir*. (1. Basım), İstanbul: Can Yayınları.
- Zywiell, M. G., Mahomed, A., Gandhi, R., Perruccio, A. V., & Mahomed, N. N. (2013). Measuring expectations in orthopaedic surgery: a systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(11), 3446-3456.

EKLER

EK-1: Görüşme Formu

ARAŞTIRMA SORUSU:

Kardiyovasküler hastalığı bulunan hastaların sağlık hizmetlerinden beklentileri nelerdir?

Görüşme türü:

Tarih ve Saat (Başlangıç – Bitiş):

Görüşmeci:

GİRİŞ

Merhaba ben Ayhan DURMUŞ ve Sakarya Üniversitesinde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım. Sağlık hizmetleri sunumunda hasta beklentilerinin belirlenmesi konulu bir doktora tezi hazırlamaktayım. Sizin ile görüşmemin amacı, kardiyoloji kliniğine yönlendirilen hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerini belirlemektir. Dünyada ve Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) arasında yaygınlık açısından ilk sırada yer alması nedeniyle kardiyovasküler hastalığı olan bireyler ile görüşme yapmaktayım. Çalışmadan elde edilen bulgular vasıtasıyla, sağlık hizmetleri sunumunun niteliğinin artırılmasına katkıda bulunmayı, sizin ve başaklarının sağlığının iyileştirilmesine yardımcı olmayı hedeflemekteyim. Bu nedenle sizin yönlendirildiğiniz kardiyoloji kliniği ile ilgili beklentilerinizin neler olduğunu öğrenmek istemekteyim.

- Görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizli tutulacaktır. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçları yazılırken, görüşmecilerin isimleri kesinlikle rapora yansıtılmayacaktır.
- Başlamadan önce, bu söylediklerim ile ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?
- Görüşmeyi daha sonra çalışma kapsamında analiz edebilmek amacıyla kaydetmek istemekteyim. Bunun sizce bir sakıncası var mı? Görüşmenin ses kaydının alınmasını onaylıyor musunuz?
- Görüşmenin yaklaşık yarım saat süreceğini tahmin etmekteyim. İzin verirsiniz sorulara başlamak istiyorum.

GÖRÜŞME SORULARI

1. Kısaca kendinizi tanıtabilir misiniz?

- Kalp sağlığınız ile ne gibi şikâyetler yaşadınız?
- Kalp sağlığınız ile ilgili yaşadığınız sorunlar ile ilgili olarak daha önce bir sağlık kurumuna başvurduğunuz mu? Bu konuda kısaca bilgi verebilir misiniz?
- Başka bir kronik hastalığınız var mı? (kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet vs.)

2. Bir şikâyetiniz ile sağlık kurumuna başvurduğunuzda, o sağlık kurumundan neler beklersiniz? Örnek verebilir misiniz?

3. Doktorlardan beklentileriniz nelerdir?

4. Hemşirelerden beklentileriniz nelerdir?

5. Tedavi - bakım sürecinden beklentileriniz nelerdir?



EK-2: Etik Kurulu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/03/2019-E.3283



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.99/
Konu : 10/12 Ayhan DURMUŞ

Sayın Ayhan DURMUŞ

İlgi : Ayhan DURMUŞ 25/02/2019 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 06.03.2019 tarihli ve 10 sayılı toplantısında alınan "12" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

12. Ayhan DURMUŞ'un "Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Ayhan DURMUŞ'un "Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE5U4T0DD>

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



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

EK-3: İl Sağlık Müdürlüğü İzni

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ
01/10/2020 16:01 - 18343338 - 434.99 - E.1501

00125976753


**T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

Sayı : 18343338-434.99
Konu : Bilimsel Araştırmalar
(Arş.Gör.Ayhan DURMUŞ)

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görevli Arş.Gör.Ayhan DURMUŞ'un İlimiz Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenikent Devlet Hastanesi ve Toyotasa Acil Yardım Hastanesi'nde yürütülmesi planlanan **"Sağlık Hizmetleri Sunumunda Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi"** Klinik Çalışması için hazırlanmış olan dosya incelenmiş olup, Başkanlığımızca ilgili çalışmanın yapılması uygun görülmüştür. Çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenikent Devlet Hastanesi ve Toyotasa Acil Yardım Hastanesi'nde yürütülmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Serdar DEĞİRMENCI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../09/2020

Doç. Dr.Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

Resmi Daireler Kampüsü-İl Sağlık Müdürlüğü-Özel Yataklı Sağlık Kuruluşları Birimi

Telefon: Faks No:

e-Posta: mevlude.alkan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Resmi Daireler Kampüsü-İl Sağlık Müdürlüğü- Özel Yataklı Sağlık Kuruluşları Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d51e8219-a4e0-47f1-9f23-767450ff6e37 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre oluşturulmuştur.

Bilgi için: Mevlüde ÇAM

EBE

Telefon No: (0 264) 251 35 50

ÖZGEÇMİŞ

Ayhan DURMUŞ;

Lisans eğitimini

Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde aldı. Yüksek lisans eğitimini 2017 senesinde Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi A.B.D.'da tamamladı. Doktora eğitimine 2017 senesinde Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi A.B.D.'da başladı. 2015 yılında Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümüne Araştırma Görevlisi (ÖYP) olarak atandı. 2017 yılından itibaren Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde Araştırma Görevlisi (35. madde) olarak çalışmaktadır.