



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNDE AKDENİZ
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
VE SPOR HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN HASTALARIN SUNULAN SAĞLIK
HİZMETİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Taygun YİĞİT

Antalya, 2021



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNDE AKDENİZ
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
VE SPOR HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURAN HASTALARIN SUNULAN SAĞLIK
HİZMETİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Taygun YİĞİT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ethem KAVUKCU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Ethem KAVUKCU'ya, tıpta uzmanlık eğitimimin verimli geçmesini sağlayan, tecrübesiyle yolumu aydınlatan, hekimliğin sadece hasta muayene etmek olmadığını bana öğreten ve hekimlik sanatının inceliklerini kavramamı sağlayan hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e, her zaman tecrübesiyle yol göstericim olan Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Uzmanlık eğitimimin eğlenceli geçmesini sağlayan Aile Hekimliği Anabilim Dalı asistanı arkadaşlarıma, Anabilim Dalının demirbaşları kıymetli çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ ve Arzu AYDEMİR'e,

Tez sürecinde desteklerini esirgemeyen çok kıymetli dostlarım Dr. Mehmet ULUĞ ve Dr. Mehmet GÜMÜŞ'e,

Verilerin analizinde bana yardımcı olan Uzman İstatistikçi Deniz HİZAY'a

Bütün kararlarımda arkamda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan ilk ve daimi öğretmenlerim kıymetli annem Aysun YİĞİT'e ve babam Ergün YİĞİT'e,

En zor günlerimde yanımda olan, desteğini her zaman hissettiğim canım kardeşim Dr. Ramazan Burak YİĞİT'e

Yol arkadaşım, gözümün nuru, gönlümün çiçeği, en iyi dostum ve kızımın biricik annesi sevgili eşim Bahar YİĞİT'e,

Gelişiyse ömrüme anlam katan, günaydınım, narçiçeğim, canım kızım Nisan'a

En kalpten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

KISATMALAR DİZİNİ	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Koronavirüsler	5
2.1.1 COVID-19 Epidemiyolojisi	6
2.1.2 Taşınma ve Bulaş	7
2.1.3 Klinik Özellikler	8
2.1.4 Tanı	13
2.1.5 Tedavi	14
2.1.6 Korunma	15
2.1.7 COVID-19 Varyantları	16
2.1.8 COVID-19 Aşıları.....	18
2.2 Hasta Memnuniyeti	22
2.2.1 Sağlık Hizmetleri'ndeki Kalitenin Tanımı	22
2.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Tanımlayan Boyutlar	22
2.2.3 Hasta Memnuniyeti Kavramı	23
2.2.4 Hasta Memnuniyet Teorileri	25
2.2.5 Hasya Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	27
2.2.5.1 Hasta ile ilişkili faktörler	27
2.2.5.2 Sağlık Hizmet Sağlayıcısına İlişkin Faktörler.....	29
2.2.6 Hasta Memnuniyetinin Hesaplanmasının Önemi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Etik Kurul ve İzinler	32
3.2. Araştırmanın Tipi	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi	32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	33
3.6. Veri Toplama Araçları.....	33
3.7. İstatistiksel İncelemeler	34

4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	56
7.ÖZET.....	60
8. ABSTRACT.....	62
9. KAYNAKLAR	64
10. EKLER.....	87
Ek 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	87
Ek 2. COVID-19 Pandemisi'nde Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeyleri Anketi Formu	90



KISATMALAR DİZİNİ

2019-nCoV	Yeni Tip Korona Virüs Hastalığı
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE2	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim 2
ARDS	Akut Respiratuar Distres Sendromu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
CoV	Koronavirüs
COVID-19	Koronavirus Hastalığı-2019
CRP	C-Reaktif Protein
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EquiP	European Working Party on Quality in Family Practice
EUROPEP	European Patients Evaluate General/Family Practice
EUROPEP-Tr	European Patients Evaluate General/Family Practice-Türkçe
FDA	Food and Drug Administration
IL-6	İnterlökin-6
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
mRNA	Mesajcı RNA
RNA	Ribonükleik Asit
RT-PCR	Ters Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SARS CoV	Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği ile İlişkili Koronavirüs

SARS CoV-2 Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği ile İlişkili Koronavirus-2

WHO World Health Organization

WONCA Dünya Aile Hekimleri Birliği



ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. COVID-19 semptomları ve sıklıkları	10
3.1. EUROPEP-Tr Ölçeği Güvenilirlik ve Geçerlilik Düzeyi	33
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri	35
4.2. Hastaların COVID-19 Dönemi ve Aldıkları Hizmet İle İlgili Özelliklerinin Belirlenmesi	37
4.3. Genel Hasta Memnuniyeti	38
4.4. Ölçek İfadelerinin İncelenmesi	39
4.5. Hasta Özellikleri ve EUROPEP-Tr Ölçeği Sonuçlarının İncelenmesi	41
4.6. Hastanın Klinik, Muayane Özellikleri ve EUROPEP-Tr Ölçeği Sonuçlarının İncelenmesi	44
4.7. Hasta Memnuniyet Düzeyi (1-10) ve EUROPEP-Tr Ölçeği Sonuçlarının İncelenmesi	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Koronavirüs yapısı	5
2.2. SARS-CoV-2'nin hücreye girişi	6
2.3. COVID-19 tanılı 77 yaş kadına ait toraks BT görüntüsü	14



1.GİRİŞ VE AMAÇ

2019 yılının sonlarında Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) Çin'in Wuhan kentinde sebebi bilinmeyen pnömoni salgını olduğuna yönelik bildirimler yapılmıştır (1). Bu durum sonrasında yapılan analizlerde etkenin yeni tip koronavirus olduğu (2019-nCoV) tespit edilmiştir ve sonrasında yapılan çalışmalarda bu virusa SARS CoV'a (Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği ile İlişkili Koronavirus) benzerliği nedeni ile SARS CoV-2 ismi verilmiştir. Hastalık ise Koronavirus Hastalığı-2019 (COVID-19) olarak isimlendirilmiştir (2). İlk teşhis edilen hastaların önemli bir çoğunluğunun Wuhan'daki Huanan Deniz Ürünleri Pazarı ile bir bağlantısı tespit edilmiştir (3).

SARS CoV-2'nin esas olarak damlacık yoluyla bulaştığı bilinmekte ancak ortama damlacık yoluyla salınan partiküllerin el ile teması sonrasında burun, ağız, göz mukozalarına temas edilmesi sonrası bulaş olabileceği bildirilmiştir. COVID-19'un en sık görülen semptomları ateş ve öksürük, diğer semptomlar ise balgam, baş ağrısı, hemoptizi, ishal, dispne ve lenfopenidir. Ciddi vakalarda pnömoni, Akut Respiratuar Distres Sendromu'ndan (ARDS), çoklu organ yetmezliği ve ölüme neden olabilmektedir (4).

Türkiye'de ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde açıklanmış; ilk ölüm 15 Mart 2020'de bildirilmiştir (5). Ülkemizde ilk vakanın açıklandığı 11 Mart 2020 tarihinde Covid-19 salgını DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir (6,7).

Tüm dünyada 26 Temmuz 2021 tarihine kadar SARS CoV-2'ye bağlı 194 milyon doğrulanmış vaka ve 4 milyonun üzerinde ölüm bildirilmiştir (8). Ülkemizde aynı tarihe kadar 5 buçuk milyonun üzerinde vaka ve 50 binin üzerinde ölüm bildirilmiştir (9).

Halen daha SARS CoV-2 için spesifik antiviral tedavi bulunamamıştır (10). Ancak Türkiye'de 14 Ocak 2021 tarihinden itibaren COVID-19 aşısı uygulanmaya başlanmıştır ve 11 Ağustos 2021 tarihine kadar toplam 80 milyon doz aşı uygulanmış ve 31 milyon kişi iki doz aşısını olmuştur (11).

Hasta memnuniyeti, hastanın daha önceki deneyimleri ile belirlemiş olduğu beklentilerinin, algıladığı hizmet düzeyi ile arasındaki fark olarak ifade edilmektedir (12). Sağlık hizmeti sunumunun kalitesini belirleyen en önemli faktör, hasta

memnuniyetinin yüksek olmasıdır (13). Hasta ile doktor arasındaki iyi ilişki ve hastanın doktora güveninin hasta memnuniyetinin en önemli sebepleri olduğu gösterilmiştir (14).

Hasta memnuniyeti, bir hastanın bakım deneyimlerinin, sağlık sonuçları ve sağlık sistemine olan güvenin yanı sıra, sağlanan bakımın hastanın ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayıp karşılamadığını yansıtan bir sonuç ölçüsüdür. Bir hastanın ihtiyaçları ve beklentileri dinamiktir; sağlanan bakıma ve hastanın hem sağlık tesisi düzeyinde (vaka ölüm oranları) hem de bireysel sonuçlara (sağlık sonuçları veya hasta memnuniyeti) ilişkin farkındalığına bağlı olarak değişebilmektedir. Hasta memnuniyeti dahil sonuçlar, hastaların ihtiyaçlarını, beklentilerini ve değerlerini hem etkileyebilmekte hem de bunlardan etkilenebilmektedir. Bir hastanın bakım deneyimi, hastanın memnuniyeti üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmanın yanı sıra, hastanın ihtiyaçlarını, beklentilerini ve değerlerini etkileyerek dolaylı bir etkiye sahip olabilmekte ve bu da memnuniyeti etkileyebilmektedir (15).

Sağlık hizmeti sunucularının kendilerini iyileştirmeye ihtiyaç duydukları konuları, hasta memnuniyeti anketlerinin sonuçları göstermektedir. Hasta memnuniyeti anketleri, hastaların ihtiyaçlarını anlamak ve daha kaliteli hizmet verebilmek için gerekli plan oluşturulmasını sağlamaktadır. Öte yandan yüksek hasta memnuniyeti, doktorun verdiği tedaviye ve randevulara uyum gibi hastaların davranışsal niyetlerini değiştirmektedir (16).

Hastalara verilen sağlık hizmetinde gelişme sağlanabilmesi için, hasta memnuniyetinin düzenli olarak kontrol edilmesi, hastalarda memnuniyet ya da memnuniyetsizlik oluşturan sebeplerin bilinmesi, hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörlerin saptanması gerekmektedir (17).

EUROPEP Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan “European Working Party on Quality in Family Practice” (EQuIP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiş, hastaların sağlık hizmeti aldığı kurumdan memnuniyetini değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Bu çalışma 6 farklı şehirde 1160 hastayı içeren bir çalışmadır ve aile hekimlerinden memnun olan hasta oranı %63 olarak bulunmuştur.

Yirmi üç sorudan oluşan bu ölçekte, hastaların son altı ayda en sık başvurduğu hekim ve muayenehanesine dair soruları kendi kendilerine doldurmaları istenmiştir.

Altılı Likert skalasına göre düzenlemiş olan ölçeğin ilk 16 sorusu klinik davranışı, geriye kalan soruları ise hizmet organizasyonunu ölçmektedir. Yapılan hesaplamada ölçeğin Crohnbach alfa değeri 0,98 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada, eğer gerekli önem verilirse, European Patients Evaluate General/Family Practice-Türkçe (EUROPEP-Tr) ölçeğinin sağlık hizmet kalitesini artırmada önemli bir rol oynayacağı düşünülmüştür (18).

EUROPEP-Tr ölçeğinin Türkçe geçerliliğini de yapmış olan Aktürk ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada, hasta memnuniyetinin 2010-2012 yılları arasındaki 3 yıllık değişimi değerlendirilmiştir. Bu çalışma Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmiş ve 90 bin hastanın memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada ortalama memnuniyet yüzdesi %88,3 olarak saptanmıştır ve memnuniyetin yıllar içinde artış gösterdiğine dikkat çekilmiştir. Çalışmada en çok memnun olunan alanların “sizi dinlemesi”, “sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması”, “sizi muayene etmesi”, en az memnun olunan alanların ise, “hekime telefonla ulaşmak”, “sağlık merkezine telefonla ulaşmak” ve “bekleme süresi” olduğu görülmüştür. Bölgeler olarak değerlendirildiğinde ise en yüksek memnuniyet Batı Marmara’da, en düşük memnuniyet ise Ortadoğu Anadolu bölgesinde olduğu görülmüştür. Bu çalışma aynı zamanda ülkemizde yapılan ve hasta memnuniyetini belirlemeyi planlayan en geniş ölçekli çalışmadır (19).

Eskişehir ilinde 2018 yılında Kırılmaz ve Öztürk tarafından sekiz Aile Sağlığı Merkezi’nde (ASM) toplam 120 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmada, genel memnuniyet oranı %66,2 olarak bulunmuştur. En çok memnun olunan alanların “sizi dinlemesi”, sizi muayene etmesi”, “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” olduğu, en az memnun olunan alanların ise “doktorunuza telefonla ulaşmanız”, “sağlık tesisine telefonla ulaşmanız” ve “doktor dışı personelin yardımı” olduğu görülmüştür (12).

Düzce ilinde 2011 yılında Baltacı ve arkadaşlarının yapmış olduğu ve 89 kişinin değerlendirildiği çalışmada en çok memnun olunan alanlar; “sizi dinlemesi”, “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” olmuştur. En az memnun olunan alanlar ise; “doktorunuza telefonla ulaşmanız”, “sağlık tesisine telefonla ulaşmanız” ve “size uygun zamanlara randevu alabilmeniz” olmuştur (20).

Slovenya’da 2011 yılında Petek ve arkadaşlarının yaptığı ve Avrupa ülkelerinin çoğunu kapsayan çok merkezli çalışmada, 1998-2009 yılları arasında 251 birinci

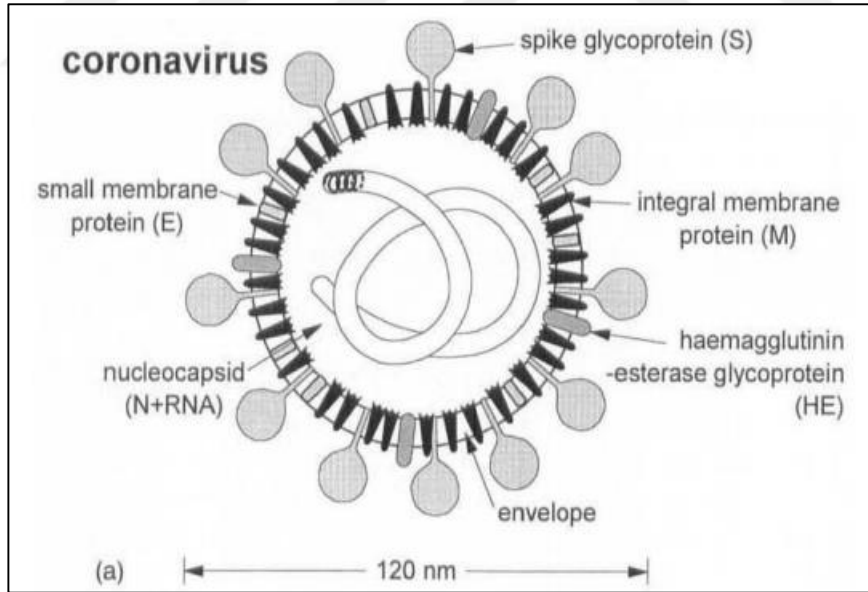
basamak biriminde yaklaşık 7500 hasta EUROPEP ölçeği ile değerlendirilmiş ve genel memnuniyet oranının yaklaşık %87 olduğu görülmüştür. Genel memnuniyet oranları ise, İsviçre’de %93, Belçika’da %92, Fransa’da %88,4, Slovenya’da %87,9, Avusturya’da %87,5, Almanya’da %84,7, Hollanda’da %83,5, Birleşik Krallık’da %82,1 olarak bildirilmiştir. Çalışmada en yüksek skorlar, “bilgilerin gizli tutulması”, “sağlık probleminize hızlı çözüm bulması” ve “sizi dinlemesi” olarak saptanmış, en düşük skorlar ise, “bekleme süresi”, “hekime telefonla ulaşabilme” olmuştur (21).

Yapılan literatür taramasında; COVID-19 pandemisi döneminde Aile Hekimliği ve spor Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların memnuniyetini değerlendiren Türkiye’de ve Dünya’da yapılmış çalışma bulunamamıştır. Bu çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Spor Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri hastaların, sosyo-demografik özellikleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki ve COVID-19 pandemisi döneminde Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniği’ne başvurma sebeplerini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan “European Working Party on Quality in Family Practice” (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilen ve 2002 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan EUROPEP-Tr ölçeği kullanılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Koronavirüsler

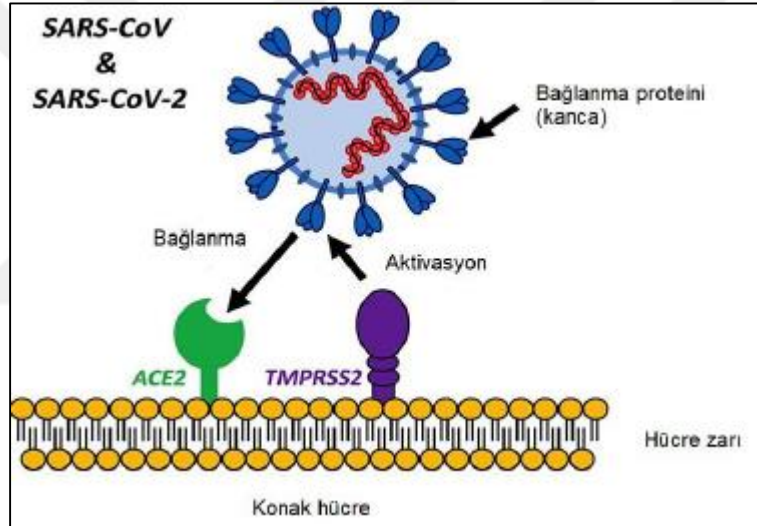
Koronavirüsler, Nidovirales takımı içinde yer alan Coronaviridae ailesinden alfa-coronavirus, beta-coronavirus, delta-coronavirus ve gama-coronavirus'u içeren Orthocoronavirinae alt ailesine aittir. Alfa-coronavirus ve beta-coronavirus'lar memelileri enfekte eder, gama-coronavirus ve delta-coronavirus'lar ise kuşları enfekte etmektedir (22). Coronaviridae ailesinden Koronavirüsler (CoV'ler), bir RNA virüsü için bilinen en büyük genom olan, yaklaşık 26-32 kilobaz büyüklüğünde tek sarmallı, pozitif yönelimli bir RNA genomuna sahip zarflı virüslerdir (23). Elektron mikroskopu altında incelendiğinde, virüs zarında bulunan sivri çıkıntıları taca benzediği için Latince taç anlamına gelen "Corona" ismi ile adlandırılmışlardır (24). Şekil 2.1 koronavirüsün yapısını şematik olarak göstermektedir.



Kaynak: Lai MMC, Cavanagh D. The Molecular Biology of Coronaviruses. Advances in Virus Research, 1–100.

Şekil 2.1: Koronavirüs yapısı

Virüs, hücreye girmek için konakçının anjiotensin dönüştürücü enzim 2 reseptörünü (ACE2) kullanır. SARS CoV-2 de hücreye girmek için bu reseptörü kullanarak hücreye girmektedir (25). SARS CoV-2 virüsleri, spike proteininin reseptör bağlayıcı gen bölgesini kullanarak ACE2 reseptörüne bağlanmaktadır (24). Spike proteinindeki amino asit değişimlerini inceleyen bir çalışmada dominant polimorfizmin spike proteinlerinde görülen, D614G (aspartik asit yerine glisin) polimorfizmi olduğu gösterilmiştir. Bu polimorfizmin şu an dünyada pandemiye yol açan polimorfizm olduğu düşünülmektedir. Bu polimorfizme sahip virüslerin daha yüksek viral titreye sahip olabileceği gösterilmiştir. Ancak bu çalışmaların kesin bir kanıya varabilmek için yetersiz olduğu görülmektedir (26). Şekil 2.2 SARS-Cov-2 virüsünün ACE2 reseptörüne bağlanması ve hücreye girişi şematik olarak gösterilmektedir.



Kaynak: Mousavizadeh L, Ghasemi S. Genotype and phenotype of COVID-19: Their roles in pathogenesis. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2021; 54(2), 159-163.

Şekil 2.2: SARS-CoV-2'nin hücreye girişi (27)

2.1.1 COVID-19 Epidemiyolojisi

COVID-19 hastaları enfeksiyonun ana kaynağıdır ve hastalığı şiddetli geçirenlerin hafif geçirenlere göre daha bulaştırmacı olduğu düşünülmektedir. Enfekte olmuş asemptomatik kişiler ve inkübasyon periyodundaki herhangi bir semptomu olmayan hastaların da potansiyel enfeksiyon kaynağı olabileceği düşünülmektedir (28).

Tüm insan CoV'leri zoonotik kökenli olabilir ve yarasalar büyük ihtimalle şu anda bilinen tüm CoV'ler için doğal konaktır (29). Yarasaların doğal yaşam alanları insanlardan uzaktır ve virüsün başka bir hayvan konakçı tarafından insanlara bulaştığı düşünülmektedir. Yarasa SARS benzeri CoV'ler, hayvan konaklarında mutasyona veya rekombinasyona uğramadıkça insanları doğrudan enfekte edememektedir (30). Örneğin, SARS-CoV ve MERS-CoV'nin hayvan konaklarının, insanlara bulaşmadan önce, misk kedisi ve deve olduğu düşünülmektedir (31,32). SARS-CoV-2'nin ara hayvan konakçısı ile ilgili olarak, pangolin kaynaklı CoV'ler ile SARS-CoV-2 arasındaki benzerliğin %99 olduğu bildirilmiştir; bu da SARS-CoV-2'nin pangolin kaynaklı olabileceğini göstermektedir (33).

2.1.2 Taşınma ve Bulaş

SARS-CoV-2 ilk olarak solunum sekresyonlarında izole edilmiştir. Sonrasında virüsün RNA'sının nazofarengeal sürüntü örneğinde, idrarda, serumda, dışkıda ve tükürükte de bulunduğu gösterilmiştir (34). Özellikle yakın (1 metre mesafe içinde) temas ile damlacık yoluyla bulaş olsa da hastaların öksürme, hapşırma ile etrafa saçtığı damlacıklarla kontamine olmuş yüzeylere diğer kişilerin elleri ile direkt temas etmesi ve ellerini ağız, yüz ve gözlerine temas ettirmesi sonucu da bulaş olmaktadır (35). İyi havalandırılmayan kapalı ve kalabalık ortamlarda (restoran, ofis, otobüs vb.) havayolu ile daha uzak mesafelerde SARS-CoV-2 bulaşı olabilmektedir (36). Hastanede uygulanan ve ortama damlacık yayılmasını sağlayan bazı işlemler de (nebülizatör uygulaması, entübasyon, aspirasyon gibi) havayolu ile daha uzak mesafelere bulaş riski oluşturmaktadır (37).

Tek bir öksürükte yaklaşık olarak 3000 damlacık bulunmaktadır ve havadaki damlacıklarda koronavirüsün aktif ve muhtemel enfeksiyöz olarak ortamda ortalama 3 saat boyunca kaldığı düşünülmektedir. Koronavirüslerin metal ve plastik yüzeylerde yaklaşık 72 saat canlı ve enfeksiyöz olarak kalabildiği gösterilmiştir (38).

SARS-CoV-2 dışkı, kan, oküler salgılar ve meni dahil olmak üzere solunumla ilgili olmayan örneklerde de tespit edilmiştir, ancak bu bölgelerin bulaşmadaki rolü belirsizdir (39). Birkaç çalışmada, üst solunum yolları örneklerinde negatif test sonucu aldıktan sonra, dışkı örneklerinde SARS-CoV-2 RNA'sının tespit edildiği bildirilmiştir

(40). DSÖ ve Çin'in ortak raporuna göre fekal-oral bulaşma enfeksiyonunun yayılmasında önemli bir faktör olarak görülmemektedir (41).

COVID-19 hastalarının bulaştırıcılık süresi kesin olarak bilinmemektedir ancak semptomların başlamasından 1-2 gün önce başladığı ve semptomların kaybolması ile sona erdiği düşünülmektedir (42). Semptomların başlamasından bir gün önce en yüksek bulaştırıcılık seviyesine ulaşıldığı gözlemlenmiş, inkübasyon süresinin ortalama 5,2 gün olduğu tespit edilmiş ve 7 gün içerisinde bulaştırıcılığın hızla azaldığı görülmüştür (35).

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun bulaşma ihtimali birçok faktöre göre değişkenlik göstermektedir. Bu faktörler; viral yüke maruz kalma süresi ve türü, önleyici tedbirlerin kullanımı ve bireysel faktörler (solunum salgılarındaki virüs miktarı gibi) olarak sıralanmaktadır. Sekonder enfeksiyonlar ise en çok sağlık çalışanları ve ev halkı arasında görülmektedir. Koruyucu önlemlerin alınmadığı toplu yaşanan ortamlarda (ceza evleri, öğrenci yurtları, askeri birlikler, yaşlı bakım evleri) ve iş, dini ibadet, spor ve sosyal amaçlı toplanmalar da sekonder enfeksiyon ihtimalini artırmaktadır. Sağlık çalışanları meslek grupları içerisinde en riskli meslek grubudur. Dolaylı temasla bulaşma riski için (sokakta enfeksiyonlu birisinin yanından geçme, enfeksiyon geçirmiş birinin eşyalarını kullanma gibi) belirgin bir kanıt bulunamamıştır ve düşük olduğu düşünülmektedir (43).

Avrupa, Amerika, Asya ve Avusturalya'da yapılan 22 çalışmanın analizinde ev halkında teması olan hastaların bulaştırma oranı %17,1 olarak saptanmıştır (44). İspanya'da yapılan bir seroprevalans çalışmasında; temas ettiği COVID-19 hastasının ev halkı haricinde (arkadaş çevresinde veya iş yerinde) olduğunu belirtenlerde seropozitiflik oranı %10-14 olarak bulunmuşken, ev halkında doğrulanmış bir COVID-19 hasta ile temas ettiğini belirten kişilerde %31-37 aralığında olduğu saptanmıştır (45).

2.1.3 Klinik Özellikler

SARS-CoV-2'nin inkübasyon süresi genellikle temastan sonraki ilk 14 gün içerisinde, ancak çoğu vakada temastan sonra 4-5 gün içerisinde semptomların ortaya çıktığı saptanmıştır (46). Doğrulanmış COVID-19 enfeksiyonu olan 1099 kişide yapılan bir çalışmada, ortalama inkübasyon süresi dört gün olarak saptanmıştır (47). Wuhan'a seyahat eden ya da ikamet eden ve ardından Wuhan'dan ayrıldıktan sonra COVID-19 tanısı konulan 1084 hastada inkübasyon süresini hesaplayan başka bir çalışmada,

inkübasyon süresinin ortalama değerinin 7 günden uzun olabileceği saptanmıştır. Ayrıca, çalışmaya katılan bireylerin %5-10'unda temastan en az 14 gün sonra semptomların başladığı belirlenmiştir (48).

Semptomatik COVID-19 hastalarında en sık görülen semptomlar; öksürük, kas ağrısı ve baş ağrısı olarak belirlenmiştir. Ayrıca, ishal, boğaz ağrısı ve tat ve koku anormallikleri gibi diğer semptomlar da tanımlanmıştır. Ateş, öksürük, dispne ve toraks görüntülemelerinde bilateral infiltrasyon ile karakterize pnömoni, enfeksiyonun en sık görülen ciddi etkisi olarak saptanmıştır (1,3,49). Tat ve koku anormallikleri gibi bazı klinik özellikler COVID-19'u diğer viral üst solunum yolu enfeksiyonlarından ayırsa da hastalığı güvenilir bir şekilde ayırt edebilecek spesifik bir semptom bulunmamıştır (50).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) semptomları bilinen 370.000 COVID-19 hastasından toplanan verilerle oluşturulan bir rapora (51) göre semptomlar;

- %50 oranında öksürük
- %43 oranında sübjektif ateş (38°C üzerinde)
- %36 oranında miyalji
- %34 oranında baş ağrısı
- %29 oranında nefes darlığı
- %20 oranında boğaz ağrısı
- %19 oranında ishal
- %12 oranında bulantı ve kusma
- %10'dan daha düşük oranlarda koku ve tat kaybı, karın ağrısı ve burun akıntısı olarak saptanmıştır.

Çizelge 2.1'de COVID-19 semptomları ve sıklıkları listelenmiştir.

Çizelge 2.1: COVID-19 semptomları ve sıklıkları (51)

Belirti ve bulgular	Semptom sıklığı
Öksürük	%50
Ateş (38°C üzerinde)	%43
Miyalji	%36
Baş ağrısı	%34
Nefes darlığı	%29
Boğaz ağrısı	%20
İshal	%19
Bulati ve kusma	%12
Tat ve koku kaybı, karın ağrısı ve burun akıntısı	<%10

Kaynak: Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, et al. Coronavirus disease 2019 case surveillance—United States, January 22–May 30, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020; 69(24), 759.

Doğrulanmış COVID-19 pozitifliği olan hastalarda yapılan diğer kohort çalışmalarında da benzer oranlarda klinik bulgular saptanmıştır (1,49,52). Bir çalışmada hemen hemen her hastada ateş rapor edilmiştir ancak, yaklaşık %20'sinde ateş 38°C'nin altında saptanmıştır (1). Çin'de yapılan bir çalışmada hastaneye başvuru sırasında ateş (37,5°C ve üzeri) %44 oranında bulunmuştur, ancak sonuç olarak hastaların %89'unda hastaneye yatış sırasında ateş tespit edilmiştir (47). New York'ta COVID-19 nedeni ile hastaneye kaldırılan 5000'in üzerinde hastada yapılan bir çalışmada hastaların sadece %31'inin ateşi 38°C'nin üzerinde saptanmıştır (53).

Bazı çalışmalarda koku ve tat bozuklukları daha sık bildirilmiştir (54,55). İtalya'da hafif COVID-19'lu 202 ayaktan hastaya yapılan bir ankette %64'ünde koku veya tatta değişiklik bildirilmiştir, %3'ünde tek semptom tat ve koku bozukluğu iken %12'sinde diğer semptomlardan önce başladığı rapor edilmiştir (56). Başka bir çalışmada, değerlendirme anında koku almadığını bildiren 86 hastanın objektif testlerle %38'inin normal koku alma fonksiyonuna sahip olduğu saptanmıştır (57).

Bazı hastalarda gastrointestinal semptomlar (bulantı, diyare gibi) ortaya çıkabilmektedir (58). Gastrointestinal semptomlar, doğrulanmış COVID-19'u olan

hastaların %18'inde saptamıştır. Bu hastaların %13'unda ishal, %10'unda bulantı ve kusma ve %9'unda karın ağrısı semptomları olduğu belirlenmiştir (59)

Akut Seyir ve Komplikasyonlar

Hastalık başlangıcında şiddetli semptomları olmayan bazı hastalarda semptomlar bir hafta içinde ağırlaşabilmektedir (60). SARS-Cov-2'ye bağlı gelişen pnömoni nedeni ile hastaneye yatırılan hastalarda dispne, semptomlar başladıktan ortalama beş gün sonra gelişmektedir (49).

Solunum Yetmezliği

Şiddetli hastalığı olan hastalardaki en ciddi komplikasyon akut respiratuvar distres sendromudur (ARDS) ve dispnenin başlamasından kısa bir süre sonra ortaya çıkmaktadır. Pnömoni nedeni ile takip edilen hastalarda semptomların başlamasından ortalama 8 gün sonra %20 oranında ARDS gelişmektedir ve bu hastaların %12-24'ünde mekanik ventilasyon ihtiyacı olmaktadır (49,53,61).

Kardiyak ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar

Kardiyak komplikasyonlar arasında aritmiler, miyokardiyal hasar, kalp yetmezliği ve şok yer almaktadır (62,63). COVID-19 hastalarının çok azında kalp hastalığını düşündürebilecek, çarpıntı veya göğüs ağrısı gibi, semptomlar bulunmaktadır (3,64).

Miyokard hasarı troponin yüksekliği ile saptanmaktadır ancak, miyokard hasarını nedenleri tam olarak aydınlatılamamıştır (65). “Miyokardiyal hasar” terimi, kardiyomiyosit ölümüne yol açan tüm durumları kapsamaktadır ve kardiyak troponin yüksekliği miyokard hasarını belirlemede kullanılan belirteç olarak kabul görmüştür (66).

Çok sayıda COVID-19 vaka raporunda klinik olarak şüphelenilen miyokardit tanısıyla uyumlu bulgular tanımlanmıştır ancak, histolojik olarak doğrulanmış SARS-CoV-2'ye bağlı birkaç miyokardit vakası tanımlanmıştır (67,68).

Hastanede yatan COVID-19 hastalarında kardiyovasküler risk faktörlerine ve kardiyovasküler hastalığa oldukça sık rastlanmaktadır. Bilinen kalp yetmezliği olan

hastalar, COVID-19 gelişmesi nedeniyle akut bir dekompanseasyon yaşayabilmektedirler (69).

Tromboembolik Komplikasyonlar

Özellikle yoğun bakım ünitesinde takip edilen COVID-19'lu ağır hastalarda, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi venöz tromboembolizmiler oldukça sık görülmektedir (70). Risk faktörleri olmayan 50 yaş altı hastalarda bile akut inme gibi arteriyel trombotik olaylar da bildirilmiştir (71,72).

Nörolojik Komplikasyonlar

Kritik COVID-19 hastaları arasında ensefalopati oldukça sık görülen bir komplikasyon olarak belirtilmektedir. İnme, hareket bozuklukları, motor ve duyu bozukluklar, ataksi ve nöbetler daha az sıklıkla görülmektedir (73).

İnflamatuvar Komplikasyonlar

Şiddetli COVID-19'lu bazı hastalarda, inatçı ateş, yüksek inflamatuvar belirteçler (D-dimer, ferritin gibi) ve yüksek proinflamatuvar sitokinler gibi kuvvetli bir inflamatuvar yanıtın kanıtları bulunmaktadır ve bu laboratuvar bulguları kritik ve ölümcül hastalıklarla ilişkilendirilmektedir (1,74,75). COVID-19'daki proinflamatuvar sitokin seviyeleri, sitokin sendromuna benzese de sepsiste görülen sitokin sendromundan önemli ölçüde düşük saptanmıştır (76).

Sekonder Enfeksiyonlar

Sekonder enfeksiyonlar COVID-19'un yaygın görülen komplikasyonları olarak görülmemektedir. COVID-19'a sekonder olarak gelişen ve başlıca solunum yolları enfeksiyonu ve bakteriyemi içeren bakteriyel ve fungal enfeksiyonların oranı %8 olarak saptanmıştır (77). Fungal enfeksiyon riskini artıran başlıca faktörler diyabetes mellitus ve glukokortikoid kullanımı olarak belirlenmiştir (78).

2.1.4 Tanı

SARS-CoV-2 genomunun RNA'nın ters transkripsiyonu polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ile saptanması sonucu COVID-19 tanısı konmaktadır (79). Üst solunum yolundan alınan sürüntüler SARS-CoV-2 tanısı için öncelikli tanı yöntemi olarak görülmektedir. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), nazofaringeal sürüntünün yeterli olduğunu bildirmiş ve örnekler bu şekilde toplanmıştır (80). Alt solunum yollarında viral yük daha fazla olabilmektedir. Balgam örneğinin tanı için daha iyi sonuç verebileceği bilinse de, hem örnek almanın nazofaringeal örneklemeden zor olması hem de balgam örneklemesinin önerilmemesi nedeni ile nazofaringeal sürüntü RT-PCR için örnek olarak kullanılmaktadır (81).

İlk testi negatif gelen vakalarda, eğer COVID-19 şüphesi bulunuyorsa, belirli aralıklarla test tekrarlanmalıdır. Bu tür durumlarda DSÖ alt solunum yollarından örnekleme yapılmasının verimli olabileceğini bildirmektedir. Enfeksiyonun kontrolü ve yönetimi açısından bu tür hastalarda tanının kesinleştirilmesi önemli görülmektedir (82).

ABD'deki iki büyük sağlık merkezinde ilk negatif testten sonraki yedi gün içinde tekrar nazofaringeal RT-PCR testi yapılan 626 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, tekrar testlerinin yüzde 3.5'i pozitif olarak saptanmıştır (83).

Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), COVID-19 hastalığının erken döneminde duyarlı bir tanı yöntemi olarak kullanılabilmektedir. Klinik seyrin takibi için de BT önerilmektedir. COVID-19'un tipik BT bulguları; periferik, bilateral, multifokal buzlu cam opasiteleridir. Bu görüntülerin yanında atipik veya belirsiz pnömoni bulguları da görülebilmektedir (84). Şekil 2.3'de COVID-19 tanılı 77 yaşındaki bir kadına ait toraks BT görüntüsü görülmektedir.

C-reaktif protein (CRP), interlökin-6 (IL-6), ferritin ve prokalsitonin gibi akut faz reaktanlarındaki artış ve lenfosit sayısındaki azalma bulguları ise tanıyı desteklemek ve klinik seyrin takibi açısından yararlı olabilmektedir (85).



Kaynak: Li Y, Xia L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Role of chest CT in diagnosis and management. American Journal of Roentgenology. 2020;214(6):1280–6.

Şekil 2.3: COVID-19 tanılı 77 yaş kadına ait toraks BT görüntüsü. Çoklu buzlu cam opasiteleri, kalınlaşmış intralobüler-interlobüler septum ve konsolidasyon (beyaz ok), hava bronkogramı (ok başı) ve hava hapsi (siyah ok) görülmektedir (84).

2.1.5 Tedavi

COVID-19 tedavisinde optimal yaklaşım gelişmektedir. Klinik veriler deksametazon ile birlikte tocilizumab veya baricitinib kullanımının mortaliteyi azalttığını göstermektedir. Remdesivir ise klinik düzelme sağlamaktadır. Enfeksiyonun başlangıç aşamasında virüsün kendisini hedef alan yaklaşımların (antiviraller, interferonlar gibi) daha faydalı olduğu düşünülmektedir. Enfeksiyonun ilerleyen aşamalarında ise immün sistemi modüle eden ilaçların daha fazla etkisi olduğu bildirilmektedir (86,87).

COVID-19 hastalarının sadece %20'sinin tıbbi müdahaleye ya da hastaneye yatma gereksinimi olduğu saptanmıştır (51). Hafif COVID-19 hastalığına (pnömoni ve hipokseminin olmaması) sahip vakaların çoğu ayaktan tedavi ortamında veya evde tedavi edilebilmektedir. Orta derecede (viral pnömonisi olan ancak hipoksemisi olmayanlar) veya ağır hastalığa (dispnesi, hipoksemisi veya akciğer infiltrasyonu %50 üzeri olanlar) sahip olan hastaların ise pulmoner hastalık hızla ilerleyebileceğinden dolayı yakın izleme ve hastanede yatmaya ihtiyaçları olmaktadır (88).

Antiviral ajan olan remdesivir COVID-19 tedavisi için FDA (Food and Drug Administration) onayı almıştır. Ayaktan hastalarda ve oksijen ihtiyacı olan yatan hastalarda belirgin iyileşme sağlamıştır. Ancak mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastalarda önerilmemektedir (89,90).

Hastanede yatan ve oksijen desteğine ihtiyaç duyulan hastalarda deksametazon tedavisinin sağ kalımda belirgin iyileşme sağladığı saptanmıştır. Deksametazonun en büyük faydası mekanik ventilasyon tedavisine ihtiyaç duyulan hastalarda saptanmıştır. Bu yüzden, deksametazon kullanımı şiddetle tavsiye edilmektedir (91).

2.1.6 Korunma

Toplum içinde bulaşı engellemek için öncelikle kalabalıktan kaçınmak ve diğer insanlarla en az 2 metre sosyal mesafe uygulanması önerilmektedir (92).

DSÖ, bulaşın yaygın olarak görüldüğü ve sosyal mesafeyi uygulamanın zor olduğu kapalı veya açık ortamlarda ve havalandırmanın yetersiz olduğu kapalı ortamlarda SARS-CoV-2 bulaşmasını azaltmaya yönelik kapsamlı bir yaklaşımın parçası olarak maske takmayı önermektedir (93). CDC aşılınmamış kişilere halka açık yerlerde ve evlerinin dışındaki diğer kişilerin yanında maske takmalarını tavsiye etmektedir. Ayrıca toplu taşıma araçlarında ve ulaşım merkezlerinde (otobüs terminal havaalanı gibi) tüm insanların maske takması gerektiği önerilmektedir (94). Toplum kullanımı için bez maskeler ve tek kullanımlık maskeler (cerrahi maskeler) önerilmektedir (95).

Sosyal mesafe, SARS-CoV-2'nin bulaşma riskini azalmasıyla ilişkilidir (96). Sosyal mesafe ile SARS-CoV-2, SARS-CoV ve MERS-CoV bulaşması arasındaki ilişkiyi değerlendiren gözlemsel çalışmaların bir meta-analizinde, yakınlık ile enfeksiyon riski arasında yakından ilişki bulunmuştur. İki metreden daha fazla mesafede olan bir temas ile bulaşta azalma yakından ilişkilendirilmiştir (97).

Uzun süreli bakım merkezlerinde (Huzurevi gibi), seri viral testler ile SARS-CoV-2 enfeksiyonu taraması sonucunda enfektif kişilerin saptanması ile hastalar hızlı bir şekilde izole edilebilir, karantina altına alınabilirse salgınlar önlenilmektedir (98). Benzer stratejiler, üniversite kampüsleri gibi diğer toplu ortamlarda da kullanılmıştır (99).

Kişisel önleyici tedbirlere (maskeler, el hijyeni, solunum görgü kuralları ve çevresel dezenfeksiyon) ek olarak, bulaşmayı azaltma stratejileri şunları içermektedir:

- Sosyal/fiziksel mesafeli siparişler
- Evden yapılan siparişler
- Okulların, mekanların ve zorunlu olmayan iş yerlerinin kapanması
- Toplu toplantı yasakları
- Giriş ve/veya çıkış taraması ile seyahat kısıtlaması
- Agresif vaka tanımlama ve izolasyon (enfeksiyonlu bireyleri diğerlerinden ayırma)
- Temas takibi ve karantina (teması olan kişileri diğerlerinden ayırmak)

Bu önlemler, zaman içinde SARS-CoV-2 insidansında azalma ile ilişkilendirilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar, vakalarda ve bazı durumlarda bu hafifletme önlemlerinin uygulanmasının ardından, COVID-19 kaynaklı ölümlerde azalmayı göstermektedir (100,101).

2.1.7 COVID-19 Varyantları

Alfa Varyantı

Alfa varyantı ilk olarak 2020'nin sonlarında Birleşik Krallık'da tanımlanmıştır ve geçici olarak bölgesel enfeksiyonlardaki artışla ilişkilendirilmiştir (102). Bu varyant dolaşan diğer suşlarla karşılaştırıldığında, bir kaç spike proteini içinde olmak üzere, bir düzineden fazla mutasyon içermektedir. Daha sonra ABD dahil diğer ülkelerde de tanımlanmıştır (103). Public Health England'da yayınlanan bir raporda, alfa varyantının bulaştırıcılığının, klasik tipe göre %25-40 oranında daha fazla olduğu bildirilmiştir (104).

Alfa varyantı ile enfekte olan yaklaşık 55.000 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, klasik tip ile enfekte bireylerle karşılaştırıldığında ölüm riski daha yüksek saptanmıştır (105). Hastanede yatan hastalar arasında yapılan daha küçük başka bir çalışmada ise alfa varyantı ile ciddi hastalık ve ölüm arasında bir ilişki saptanmamıştır (106).

Delta Varyantı

Delta varyantı ilk olarak Aralık 2020’de Hindistan’da tanımlanmıştır ve diğer birçok ülkede yaygın varyantlardan biri haline gelmiştir. Birleşik Krallık’dan gelen veriler delta varyantının, alfa varyantından daha bulaştırıcı olduğunu göstermektedir. Bu raporda ayrıca delta varyantının daha yüksek hastaneye yatış riski ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (107).

Beta Varyantı

Beta varyantı ilk olarak 2020 sonlarında Güney Afrika’da tanımlanmıştır. Güney Afrika’daki veriler, bu varyantın hızla baskın suş haline geldiğini ve yüksek bulaştırıcılık potansiyeline sahip olduğunu düşündürmektedir (108).

Gama Varyantı

Gama varyantı ilk olarak Aralık 2020’de Japonya’da Brezilya’dan gelen dört gezginde tanımlanmıştır (109). Spike protein reseptör bağlama alanında 3 mutasyona sahiptir ve bu durum artan bulaştırıcılık ve immünite üzerindeki etkileri açısından endişe uyandırmaktadır (110).

Epsilon Varyantları

Epsilon varyantı, tümü Güney Kaliforniya’da olmak üzere Ekim 2020’de yalnızca dört küresel vaka tespit edilmiştir ancak, Ocak 2021’e kadar Kaliforniya’daki tüm viral örneklerin %35’ini oluşturmaktadır ve diğer ülkelerde de tespit edilmiştir (111). Bu varyantlar birkaç adet spike protein mutasyonu içermektedir. Bu mutasyon ile virüsün hücre içine girişinde artış tespit edilmiştir (112).

Lambda Varyantı

Lambda varyantı DSÖ tarafından 14 Haziran 2021 tarihinde tanımlanmıştır (113). Vakaların çoğu Güney Amerika ülkelerinden, özellikle Peru, Şili, Ekvador ve Arjantin’den bildirilmiştir (114). Mutasyon spike proteininde gerçekleşmiştir ve mutasyon sayesinde virüsün ACE2 reseptörüne olan afinitesinin arttığı düşünülmektedir (115).

2.1.8 COVID-19 Aşıları

Pfizer-BioNTech COVID-19 Aşısı

Bu mRNA (Mesajcı RNA) aşısı tam uzunlukta bir spike protein içermektedir. Üç hafta arayla 2 doz olarak intramusküler uygulanması tavsiye edilmektedir. Bu aşının kullanımı ABD, Birleşik Krallık, Avrupa Birliği ve Kanada dahil olmak üzere çeşitli yerlerde kullanım için yetkilendirilmiştir (116-119).

Bu aşı ile ilgili yapılan çalışmalarda, 18-85 yaş arası sağlıklı yetişkinlerde antikor yanıtı saptanmıştır (120). Altmış beş yaş ve üzeri katılımcıların antikor yanıtının, genç kişilere oranla, daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmaya göre, 12 ile 15 yaş arasındaki antikor seviyeleri, 16 ile 25 yaş arasındakilerden önemli ölçüde daha yüksektir (121).

Daha önce dolaşan suşlarla karşılaştırıldığında, beta ve delta varyantına karşı oluşan antikor yanıtının daha düşük olduğu belirlenmiştir (122,123).

Semptomatik COVID-19'u önlemede, aşının 7. gününde veya sonrasında %95 etkinliğe sahip olduğu belirlenmiştir (124,125).

Bu aşının ulusal kullanıma sunulmasını takiben çeşitli ülkelerden elde edilen gözlemsel veriler, deneme bulgularını desteklemektedir. İsrail'de yapılan ve %72'si aşılanmış 6,5 milyondan fazla kişiyi kapsayan ulusal surveyans çalışmasında, ikinci dozdan yedi gün ve üzeri geçtikten sonra SARS-CoV-2 enfeksiyonundan korunma oranının %92, semptomatik COVID-19'dan korunma oranının %97 olduğu saptanmıştır. COVID-19 kaynaklı hastaneye yatış oranını %97, COVID-19 kaynaklı ölümleri %97 oranında azaltmıştır (126). Aşının, ilk denemeden bu yana yaygınlaşan varyantlar üzerinde de etkili olduğu görülmektedir. Birleşik Krallık'ta alfa varyantının yaygın olduğu zaman dilimini kapsayan bir çalışmada, SARS-CoV-2 enfeksiyonuna karşı etkinlik %85 olarak belirlenmiştir (127). Alfa ve beta varyantının yoğun olarak görüldüğü Katar'da yapılan bir çalışmada aşı, alfa varyantı üzerinde %90, beta varyantı üzerinde %75 etkili bulunmuştur. Her iki varyant üzerinde de kritik ve ölümcül hastalık için %100 etkili olduğu saptanmıştır (128). Yapılan çalışmalarda aşının etkinliğinin altı ay içerisinde %84'e düştüğü belirlenmiştir (129).

Lokal ve sistemik yan etkiler özellikle ikinci dozdan sonra yaygındır ve çoğu hafif ve orta şiddetlidir. Genellikle aşıdan sonraki ilk iki gün içerisinde geçtiği

belirlenmiştir (130). Her iki dozdan sonra da %65 oranında enjeksiyon yeri reaksiyonu (ağrı, kızarıklık, şişme ve kaşıntı gibi), daha düşük oranlarda da yorgunluk, baş ağrısı ve miyalji rapor edilmiştir (131).

Aşılamayı takiben, bir milyon dozda yaklaşık beş anafilaksi olayı rapor edilmiştir (132). ABD’de uygulanan ilk 10 milyon doz aşının ardından 50 atak bildirilmiştir. Bu başlangıçta tahmin edilenden daha düşük bir risk olduğunu göstermektedir (133,134). Anafilaksi vakalarının yüzde sekseni alerjik reaksiyon öyküsü olan kişilerde ve yüzde doksani aşından sonraki ilk 30 dakika içinde meydana gelmiştir. Bildirilen diğer alerjik reaksiyonlar arasında kaşıntı, döküntü, boğazda kaşınma hissi ve hafif solunum semptomları yer almıştır (133).

Özellikle erkek ergenlerde ve genç erişkinlerde olmak üzere mRNA aşısından sonra miyokardit ve perikardit riskinde artış bildirilmiştir. Bununla birlikte, miyokardit ve perikardit vakalarının azlığından ve hafif seyrinden dolayı aşıların faydası, riskin artmasından çok daha fazladır (135). Bir mRNA aşısının ilk dozunu takiben miyokardit veya perikardit gelişenler için genellikle ikinci dozun ertelenmesi, şiddetli COVID-19 riski yüksek olan hastalarda ise hastalık düzeldikten sonra ikinci doz aşısı olmaları önerilmektedir (136).

Ergenler ve genç erişkinlerde aşı etkinliğini ölçen bir çalışmada 12 ile 15 yaş aralığında ikinci dozdan yedi gün veya daha fazla süre geçtikten sonra, herhangi bir COVID-19 vakasına rastlanmamıştır. Bu da bu yaş grubunda aşının etkinliğinin %100 olduğunu göstermektedir. Bu yaş grubunda aşidan sonra lokal ve sistemik yan etkiler bildirilmiştir, ancak büyük bir çoğunluğunun hafif ve orta şiddette olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada 16 ile 25 yaş yan etkilerin aşağı yukarı aynı olduğu belirtilmiştir (121).

ABD’de 12 ile 18 yaş aralığındaki hastalarda yapılan bir çalışmada, aşidan sonra miyokardit gelişen 15 hasta takip edilmiştir. Bu çalışmada aşidan 1 ila 9 gün sonra başlayan göğüs ağrısı bütün hastalarda görülmüştür. Öteki semptomlar ateş, miyalji ve baş ağrısı olmuştur. Hastaneden taburcu olduktan sonra, hastaların yaklaşık %75’inde semptomlar 2 hafta içinde düzelmiştir (137).

Moderna COVID-19 Aşısı

Bu aşı da bir mRNA aşısıdır ve ilk uygulanmaya başlanan aşılarından biridir. Avrupa Birliği'nde ve ABD'de kullanım için yetkilendirilmiştir (138,139). Bu aşı ile aşılananlarda iyileşme ile görülen antikor seviyesine benzer antikor tepkileri saptanmıştır (140). Bağlanma ve nötralizan antikor yanıtları tüm yaş grubunda altı ay boyunca yüksek etkinlik göstermektedir (141). Çalışmalar; bu aşının alfa ve delta varyantına karşı etkisinin daha düşük olduğunu ancak, bu varyantlara karşı nötralizan etkisinin devam ettiğini bildirmektedir (142-144).

Moderna aşısının COVID-19'u önlemede etkinliği, ikinci dozdan 14 gün sonra ve sonrasında, %94.1 olarak saptanmıştır (145).

Lokal ve sistemik yan etkiler özellikle ikinci dozdan sonra yaygındır ve çoğu hafif ve orta şiddetlidir. Genellikle aşıdan sonraki ilk iki gün içerisinde geçtiği belirlenmiştir (146). Yapılan çalışmada ilk dozdan sonra yaklaşık %74 oranında, ikinci dozdan sonra ise yaklaşık %82 oranında enjeksiyon bölgesi reaksiyonu (ağrı, kızarıklık, şişme ve kaşıntı) olduğu belirlenmiştir. Daha düşük oranlarda da yorgunluk, baş ağrısı ve miyalji bildirilmiştir (131).

Aşılamayı takiben anaflaksi riski, bir milyon doz başına yaklaşık 2,8 olarak bildirilmiştir. ABD'de uygulanan yaklaşık yedi buçuk milyon doz aşının ardından, 21 anaflaksi rapor edilmiştir (132).

Aşıdan sonra bir diğer mRNA aşısı olan Pfizer-BioNTech COVID-19 aşısı gibi miyokardit vakalarında artış görülmektedir (135). Aşırı olduktan sonra miyokardit geçirenlerde aşının ikinci dozunun ertelenmesi, şiddetli COVID-19 riski altındakilerde hastalık düzeldikten sonra ikinci doz aşırı olmaları önerilmektedir (136).

Ergenlerde aşı etkinliğini ölçmeyi amaçlayan bir çalışmada aşı 12 ile 17 yaş arasına uygulanmıştır. Bu çalışmada ilk ve ikinci enjeksiyondan sonra yaklaşık %94 oranında lokal reaksiyon bildirilmiştir. İlk dozdan sonra %68, ikinci dozdan sonra %86 oranında sistemik advers reaksiyon (yorgunluk, baş ağrısı, kas ağrısı, titreme) olduğu görülmüştür. Lokal ve sistemik reaksiyonlar yaklaşık 4 gün sürmüştür. Bu yaş grubunda aşının etkinliği yaklaşık %93 olarak saptanmıştır (147).

Astra-Zeneca/Oxford Üniversitesi COVID-19 Aşısı

Bu aşı, spike proteinini eksprese eden, replikasyonu yetersiz bir şempanze adenovirüs vektörüne dayanmaktadır. Bu aşının intramusküler olarak, 4 ila 12 hafta arayla iki doz şeklinde uygulanması önerilmektedir. DSÖ aşının iki dozunun 8 ila 12 hafta arayla uygulanmasını önermektedir (148).

Yapılan çalışmalarda 18 ile 55 yaş arası tek doz aşılanmış kişilerde, aşı uygulamasından 28 gün sonra antikor yanıtı saptanmıştır. Aşının ikinci dozunu da olanlarda antikor yanıtı daha yüksektir (149). Ancak, aşının alfa ve delta varyantına karşı etkinliği %60 olarak saptanmıştır (150).

Çok uluslu yapılan bir faz 3 çalışmasına göre aşının etkinliği, semptomatik COVID-19'u engellemede %70 etkili olarak belirlenmiştir (151).

Erken faz denemelerinde aşı yapıldıktan sonra yorgunluk, baş ağrısı ve ateş yan etkisi görülmektedir (149). Faz 3 çalışmalarında iki adet transvers miyelit vakası bildirilmiştir. Bunlardan bir tanesinin aşı ile ilgili olabileceği düşünülmüştür, ötekisinde ise daha öncesinden tanımlı multipl skleroz hastalığı olup aşı ile ilişkilendirilmemiştir (151).

Aşıdan sonra aşılmayı takiben trombositopeni ile ilişkili tromboz vakaları bildirilmiştir. Bu vakaların çoğu, heparin ile indüklenen trombositopenisi olan hastalara benzer şekilde, trombosit faktör 4 antijenine karşı oluşan otoantikorlarla ilişkilendirilmiştir (152-154). Bu olayların nadir görülmesi ve COVID-19'un potansiyel riskleri nedeni ile aşının faydalarının öngörülen riskten daha yüksek olduğu belirtilmiştir (155). Bununla birlikte, bazı ülkeler ek veriler bekleyen aşının kullanımını askıya almıştır ve bazıları bu sendromun olası riski nedeniyle aşığı belirli bir yaşın üzerindeki bireylerle (örneğin Almanya'da 60 yaş üstü) sınırlandırmaktadır (156). Birleşik Krallık ve Avrupa Birliği'nde yaklaşık 34 milyon aşılanan kişi arasında 169 serebral venöz sinüs trombozu ve 53 splanknik ven trombozu vakası bildirilmiştir (155).

Sinovac Aşısı

Bu inaktif COVID-19 aşısı Çin'de geliştirilmiştir. İntra musküler olarak 28 gün arayla 2 doz şeklinde uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda aşının, 18 yaş üzeridekilerde güvenli ve immünojenik olduğu belirlenmiştir (157,158). Aşının beta

varyantına karşı etkinliğinin düşük olduğu saptanmıştır (159). Ülkemizde daha önceden SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmemiş kişilerde yapılan çalışmada, tam aşılamadan 14 gün sonra aşının etkinliği %83,5 olarak saptanmıştır, ancak diğer ülkelerdeki çalışmalarda daha düşük etkinlik saptanmıştır (160,161).

2.2 Hasta Memnuniyeti

2.2.1 Sağlık Hizmetleri'ndeki Kalitenin Tanımı

Sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık kuruluşunun gerçek performansının veya başarılarının belirlenmiş standartlara karşılık geldiği seviye olarak tanımlamaktadır (162). Başka bir tanımlamada ise; sağlık hizmetini, nüfusun sağlığını veya refahını iyileştirmek için tasarlanmış sağlık hizmetleri sistemlerinden ve bunlar içinde gerçekleştirilen eylemler olarak tanımlanmaktadır. Bireyler için bakım kalitesinin tanımı, ihtiyaç duydukları sağlık girdilerine ve bakım faaliyetlerine erişip erişemeyeceği ve alınan bakımın etkili olup olmadığıdır (163).

Sağlık hizmet verenlerin hasta değerlerini ve beklentilerini karşılamadaki başarısı ve hastanın nihai otorite olduğu konular hakkında bilgi verdiği için hasta memnuniyeti anketleri, sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir ölçüsüdür (164).

2.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Tanımlayan Boyutlar

Kalitenin nasıl kavramsallaştırıldığı ve işlevselleştirildiği konusunda çok fazla değişkenlik ve kafa karışıklığı vardır. Günümüzde evrensel veya her şeyi kapsayan bir kalite tanımı veya modeli yoktur (165).

Tıbbi kalitenin temel olarak doğru tanı, uygun müdahaleler ve etkili tedaviler gibi teknik unsurların yanı sıra iyi iletişim, hasta memnuniyeti ve hasta tercihlerinin dikkate alınması gibi unsurların bir karışımı olduğu vurgulanmaktadır. Bakım verenlerin sadece teknik yeterliliğini dikkate almak yeterli değildir. Aksine, yüksek kaliteli bir sağlık hizmeti, etkili bakım sağlayan, insancıl ve verimli bir şekilde sunulan hizmet olarak değerlendirilmektedir (166).

Profesyonel kalitenin, hizmetin müşterilerinin profesyonel olarak değerlendirilmiş ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığı ve hizmetin yöntemlerinin uygun şekilde seçilip uygulayıp uygulamadığı şeklinde iki nölümü vardır (167).

Yapılan bir araştırmaya göre, sağlık hizmeti sunumunun yedi kalite boyutu tanımlanmıştır (168):

- Genel memnuniyet
- İletişim
- Teknik kalite
- Kişiler arası davranış
- Finansal yönler
- Doktorla geçirilen zaman
- Erişilebilirlik
- Sağlık hizmetlerinin uygunluğu.

Sınırlı sağlık kaynaklarının verimli bir şekilde tahsis edilmesi ve yönetilmesi için, sağlık hizmeti sunucularının çeşitli hizmet kalitesi boyutları arasında hastaların temel kaygılarına erişmesinin ve bunları belirlemesinin ve hasta memnuniyeti için bu boyutları iyileştirmesinin sağduyulu olduğu iddia edilmektedir (169). Birçok hastane, tıp profesyonellerinin tercih ve kararlarıyla şekillenen sağlık sistemi kültüründen, hastaların görüş ve ihtiyaçlarına göre şekillenen bir kültüre geçerek hasta merkezli bir tutum benimsemektedir (170).

2.2.3 Hasta Memnuniyeti Kavramı

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti alıcısının hizmet deneyiminin bazı yönlerine tepkisidir. Bir hastanın hastane deneyimine ilişkin algısı beklentiyi karşılar veya aşarsa, buna karşılık gelen bir memnuniyet derecesi olacaktır. Hastaların bakımla ilgili algıları, doğrudan hasta memnuniyeti anketlerinden ölçülebilmektedir. Hastanın kalite algısı, kişisel olarak neye değer verildiğinin boyutları aracılığıyla değerlendirilir ve genellikle hizmet sağlayıcı ile alınan hizmet arasında ayrım yapmazlar. Anketler, hastalara ziyaretlerinin önemli yönleri, sağlık uzmanlarıyla etkileşimleri ve hastane deneyimleri hakkında sorular sormaktadır. Hasta memnuniyeti, bakım kalitesinin teknik boyutunun aksine hizmet boyutuna aittir. Hastaların çoğu, hastanelerdeki teknik bakım kalitesiyle

ilgili birkaç sorun bildirmektedir ve ayrıca teknik kaliteyi yargılama konusunda kendilerini yeterli hissetmemekte ve bu nedenle teknik yeterliliği üstlenmektedir. Saygılı ve onurlu bir şekilde tedavi edilmek ve tedavi kararlarına dahil olmak, hastalar için en önemli konular olan hasta memnuniyetinin somut olmayan sorunlarıdır (171).

Hastaneler, hasta merkezli felsefeleri uyguladıktan sonra hasta memnuniyeti seviyelerinde artış, maliyetlerde ve hastanede yatış sürelerinde azalma yaşamaktadır. Araştırmalar, hem yatan hasta hem de ayaktan tedavi hizmetlerinde hasta merkezli bir bakım yaklaşımının, hastaların ortak bir zemin bulma, duygusal ve fiziksel sağlık durumlarını iyileştirme, bakım verimliliğini artırma ve daha fazla öz-yeterlilik algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı değişikliklerle sonuçlandığını göstermiştir (172).

Sağlık endüstrisinde sağlık hizmeti sunumunun başarısını veya başarısızlığını ölçmede kabul görmüş ölçütlerden biri hasta memnuniyetidir. Ayrıca, klinik olmayan sonuçlar hasta memnuniyetini etkilediğinden dolayı, hasta memnuniyetini ölçmenin ve sağlık sistemlerinin yanıt verebilirliğini ölçmenin kolay olmadığı savunulmaktadır (173).

Hastaların memnuniyeti, günümüzde yaygın olarak kullanılmasına rağmen, başlangıçta ölçülmesi ve yorumlanması zor bir kavram olarak kabul edilmiştir. Kişilerin beklentilerinden, arzularından veya ihtiyaçlarından etkilenen hasta memnuniyeti kavramının subjektif ve çok boyutlu doğasının bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinden memnuniyetin tanımı konusunda henüz tam bir fikir birliği sağlanamamıştır. Hastaların sağlık hizmeti kalitesine ilişkin düşük beklentiler ve fırsatlar hakkında çok az bilgisi olduğunda veya hiç bilgisi olmadığında, düşük bakım standartları temelinde olsa da, yüksek bir memnuniyet puanı kaydedilebilmektedir (174).

Hasta memnuniyeti kavramıyla ilişkili belirsizlikler sağlık uzmanları, denetçiler ve araştırmacılar arasındaki tartışmayı güçlendirmektedir. Halen, hasta memnuniyeti kavramına yönelik yeni yaklaşımlar da incelenmiş ve kabul edilmiştir, bu da sağlık hizmeti kalitesini ölçmek için daha tarafsız araçların kullanılmasına yol açmıştır.

Hasta memnuniyeti ile ilgili mevcut literatür, bir müşterinin memnuniyetinin, müşterinin beklentisine karşı müşterinin algılanan hizmet uygulamasının sonucu olduğuna işaret etmektedir. Hasta memnuniyet düzeyi ne kadar yüksek olursa, hasta sağlık hizmeti sunumundan o kadar memnun olmaktadır (175).

Sağlık hizmetlerinin hastaların isteklerini karşılaması durumunda, daha yüksek memnuniyet düzeyi, sağlık hizmetlerinin hastanın isteklerini karşılamaması durumunda ise daha düşük memnuniyet düzeyi gösterilmesi doğaldır.

Memnuniyet yaratan faktörler, memnuniyetsizliği etkileyen faktörlerden biraz farklı olabilir. Bir yandan kaliteli sağlık hizmetlerinden memnuniyet duygusu doğabiliyorken, diğer yandan kabul edilebilir veya yeterli bir kalite standardı gerekli görülebilmektedir. Bunun yanı sıra olumsuz bir durum yaşanması durumunda hastalar memnuniyetsizlik yaşayabilmektedirler. Bu olumsuz durum, sağlık profesyonellerinin davranışlarından kaynaklanıp kaynaklanmadığına göre memnuniyet üzerinde etkili olmaktadır. Bazen, bir kişiyi memnun etmeyen bir davranışın, başka bir kişiyi memnun etmesi mümkündür (176).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmekle ilgili bilgileri toplamak için bir araç olarak kullanılmaktadır. Memnuniyet çalışması yoluyla hastaların sonuçları, araştırılan sağlık hizmetleri hakkındaki algılarını iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (177). Sağlık hizmeti değerlendirmelerinin kalitesinin, sağlık hizmetlerine ilişkin olarak, eşitsizliğin azalmasında etkili olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca kalitenin, sağlık hizmeti sunumunu iyileştirme arzusundan etkilendiği ortaya çıkmıştır (178). Çoğu araştırmacının bakış açısına göre hasta memnuniyeti, araştırma yürütmede ve bir sağlık kuruluşunu yönetmede önemli bir tekniktir (179).

2.2.4 Hasta Memnuniyet Teorileri

Hasta memnuniyeti ile ilgili teoriler ve tüketici memnuniyet teorileri büyük oranda benzerlik göstermektedir ve her ikisi de beklentiler üzerine yoğunlaşmıştır (180). Bazı araştırmacılara göre beklentiler hasta memnuniyetinin temel belirleyicisidir ve sağlık hizmetlerinde hastanın beklentilerinin karşılanma derecesi ile hasta memnuniyetinin doğrudan ilişkili olduğunu söylemektedirler (181-183). Beklenti ilişkisini temel alarak hasta memnuniyetini açıklamaya çalışan teoriler şunlardır:

Çoklu model teorisi: Hasta memnuniyetinin tek bir kavram olarak açıklanamayacağını belirten Fitzpatrick, birçok faktör tarafından meydana geldiğini belirtmiştir. Bunlardan yola çıkarak üç tane birbirinden bağımsız hasta memnuniyeti modeli önermiştir. İlk olarak sosyal farklılıklar ile beklentilerin ve dolayısıyla tatminkarlığın değiştiğini ifade etmiştir. İkinci model, hastaların bazıları için sağlık

hizmetinden yararlanarak sağlık hedeflerine ulaşmanın memnuniyet yerine önemli bir eleştiri nedeni olması üzerinde durmaktadır. Üçüncü model, bazı sağlık sorunları hastalarda duygusal dengesizliklere sebep olduğu için memnuniyetin düşük olacağını savunmaktadır (184).

İlişkilendirme teorisi: Beklentilerin ve deneyimlerin arasındaki uyumsuzluğun nedenlerini açıklamada rol oynamaktadır. Bireylerin koşulları nasıl algıladığını ve hangi davranışları ortaya çıkardığını yorumlamaktadır (182).

Beklenti-değer teorisi: Bireylerin eylemlere karşı davranışlarını ve tutumlarını tahmin etmek için geliştirilmiştir. Hasta aldığı hizmete karşı olumlu bir duygu içerisindedir (181,183).

Tutarsızlık teorisi: Hasta memnuniyeti, hastaların beklentileri ve beklentileri doğrultusunda yaşadıkları deneyimleri arasındaki algılanan tutarsızlık olarak değerlendirilmektedir. Bundan dolayı beklenti bu teorinin temelini oluşturmaktadır (185,186).

Beklentilerin karşılanması teorisi: Beklentiler ve deneyimler arasındaki fark olarak açıklanmaktadır. Aradaki fark ne kadar çok olursa memnuniyet veya memnuniyetsizlik o kadar fazla fazla olmaktadır (187,188).

Eşitlik teorisi: Kişi, girdi (harcadığı zaman ve para) ve hizmet çıktısı (tedavinin olumlu sonuçları) oranının adil olduğunu düşündüğünde tatmin olmaktadır (16).

İhtiyaçlar teorisi: Bazı araştırmacılar hasta memnuniyetini “Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi” teoremi ile yorumlamaktadır. Hastaların ihtiyaçları ile beklentilerinin eşit olduğunu varsaymaktadırlar (182,187).

Ekonomi teorisi: Kişilerin aldıkları hizmet kalitesinin, verdikleri ücrete değer olduğunu düşündüklerinde, tatmin olacakları konusu üzerinde durmaktadır (189).

Sağlık hizmeti-kalite teorisi: Donabedian, memnuniyetin kişiler arasındaki iletişimin temel sonucu olduğunu belirtmektedir. Memnuniyet, kişiler arasındaki iletişim başta olmak üzere tıbbi hizmetin bütün yönleriyle kaliteli olması ile ilişkilidir (190). Başka bir tabirle algılanan hizmet kalitesi, doğrudan hasta memnuniyetini belirlemektedir (191).

2.2.5 Hasya Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler; hastayla ilişkili faktörler ve sağlık hizmet sağlayıcısı ile ilişkili faktörler olmak üzere başlıca iki ana başlıkta incelenmektedir.

2.2.5.1 Hasta ile ilişkili faktörler

Hastayla ilişkili sosyo-demografik değişkenler, farklı gruplar arasında memnuniyet analizi yapan aracı faktörler olarak ve etkinleştirici ve hazırlayıcı olarak tanımlanmaktadır (192). Hastaların sosyo-demografik özellikleri sağlık memnuniyetlerini etkilemektedir. Geçerli bir sağlık sigortasına sahip olmak, daha yüksek gelir ve eğitim düzeyinin yüksek olması genel olarak daha yüksek memnuniyet düzeyi ile ilişkilidir. Geçerli bir sağlık sigortasına sahip olmak memnuniyeti doğrudan etkilemektedir (193). Bir hastanın ödeme şeklinin, bakım kalitesini nasıl gördüğünü önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Ulusal sağlık sigortasında sigortalı olanların sürekli olarak düşük memnuniyet düzeyleri olduğu tespit edilmiştir (194).

Yaş

Yapılan çalışmaların çoğunda yaş ile hasta memnuniyeti doğrudan ilişkili bulunmuştur ancak, yaşın hasta memnuniyetini etkilemediğini bildiren çalışmalar da vardır (195,196). Yaş ile hasta memnuniyeti ilişkisini saptayan çalışmalarda, yaşlı hastaların genç hastalara oranla daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip olduğu görülmüştür (16).

Cinsiyet

Yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinin cinsiyet ile ilişkili olduğu; erkek hastaların, kadın hastalara göre, daha yüksek memnuniyete sahip oldukları saptanmıştır (195). Çalışmaların bazılarında ise hastaların kendileriyle aynı cinsiyette olan doktorları tercih ettikleri belirtilmiştir (197).

Eğitim seviyesi

Hasta memnuniyeti eğitim seviyesine göre değişmektedir (195). Okuryazar olanların, olmayanlara göre birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha yüksek memnuniyet düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (198). Başka bir çalışmada ise, hasta memnuniyeti ile eğitim seviyesi arasında ilişki saptanmamıştır (199).

Meslek, sosyoekonomik durum

Mesleğin hastaların hizmet sunumundan memnuniyetini etkilediği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada vasıfsız işçilerin önemli ölçüde daha yüksek memnuniyete sahip oldukları bildirilmiştir (200). Ancak bazı çalışmalarda, gelir düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek hasta memnuniyeti görülmüştür (201,202). Bunun yanında, yüksek gayri safi milli hasılaya sahip ülkelerde yaşayan hastalarda daha yüksek hasta memnuniyeti izlenmiştir (203).

Medeni durum

Medeni durumun hasta memnuniyeti ile ilişkisi ile alakalı çelişkili veriler bulunmaktadır. Yapılan bir kesitsel ankette, evli hastaların memnuniyetinin önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (204). Başka bir çalışmada ise medeni durumun memnuniyet ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (205).

Etnik köken

Etnik olarak azınlıkta olan hastaların, daha düşük hasta memnuniyetine sahip oldukları (181,189); doğduğu yerde yaşayan hastaların sağlık hizmetinden memnuniyetinin daha yüksek olduğu (206) saptanmıştır. Hastalar kendi etnik kökeninden hekimler ile iletişimden daha memnun olmaktadırlar. Irk uyumunun hekime olan güveni artırdığı ve hastaların kendilerini daha rahat hissetmelerini sağladığı belirtmektedir (16).

Dini inanç

Bir çalışmaya göre, hastalar yatış süresince eğer dini konularda konuşabilirlerse daha yüksek hasta memnuniyetine sahip olmaktadırlar (207).

Yerleşim yeri

İkamet yeri ve coğrafi bölge, hasta memnuniyetinin belirleyicilerinden biridir. Yapılan çalışmada, kırsal bölgede yaşayanların şehirde yaşayanlardan daha yüksek hasta memnuniyetine sahip oldukları belirlenmiştir (208).

Beklentiler

Hastaların beklentileri hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden bir tanesidir. Sunulan sağlık hizmetinin başarısı ile hastaların beklentileri benzer olduğunda memnuniyet artmıştır (208,209). Ancak, beklentiler ile memnuniyet arasındaki ilişki için çelişkili çalışmalar vardır. Bu çalışmalardaki yorumlar ve yöntemlerde de farklılıklar bulunmaktadır (16).

2.2.5.2 Sağlık Hizmet Sağlayıcısına İlişkin Faktörler

Aşağıda tartışılan sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ilgili faktörlerin hastaların sağlık hizmetinden memnuniyetini etkilediği kabul edilmektedir (210).

Hekim iletişimi

İletişim, sağlık profesyonelleri tarafından hastalardan en iyi yanıtları almak ve sağlık profesyonellerinin hastaya kaliteli bir sağlık hizmeti sunmasını sağlamak için kullanılan önemli bir araçtır (210). Hekimlerin iletişim becerilerinin hasta memnuniyetinin önemli etmenlerinden biri olduğu bulunmuştur (211-213). Hasta ve sağlık hizmeti sunucusunun arasındaki iletişimin kalitesi yüksek olduğunda, hastanın sunulan sağlık hizmetlerini kullanmayı sürdürme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (210). Hasta ile hekim arasındaki iletişimin en çok hastaların verilen bakımın kalitesine ilişkin algısını etkilediği tespit edilmiştir (214). Doktorlar hastalarını hastalıkları hakkında iyi bilgilendirirse ve hastalar talimatları kolayca anlayıp takip edebilirse memnuniyet yüksek olmaktadır (215).

Fiziki çevre

Hastane ortamı, temizlik açısından fiziksel ortamın yanı sıra bakım sunumunu artıran estetik ve temel olanaklardan oluşmaktadır (210). Yapılan çalışmalarda fiziki

çevrenin hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ortamın verdiği ferahlık, oda konforu, yatakların rahatlığı, sıcaklığın ayarlanabilir olması, aydınlatmanın yeterliliği, temizlik, yemek servisi, gürültü seviyesi, banyo konforu, işaret ve yönlendirmelerin netliği, sağlanan donanımlar ve olanaklar, otopark olması gibi çevresel faktörlerin hasta memnuniyeti ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (209,216-218).

Personelin tutumu

Hastane personeli tarafından algılanan samimiyet, saygı ve adalet, hastaların bir ziyareti tekrar edip etmeyeceği konusunda bilgi vermekte ve memnuniyeti etkilemektedir (213).

Bekleme süresi

Doktor veya hemşire tarafından muayene olmak için bekletilen hastaların harcadıkları zamanın hastaların algılanan memnuniyet düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir (201). Muayene olmak için bekleme süresinin hizmet sunumunu etkileyecek bir faktör olduğu ve uzun bekleme sürelerinin hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (219).

2.2.6 Hasta Memnuniyetinin Hesaplanmasının Önemi

Memnuniyet ve ölçümü, kamu politikası analistleri, sağlık yöneticileri, uygulayıcılar ve kullanıcılar için önemlidir. “Memnuniyetin” somut bir tanımını oluşturmadaki sorunlara ve ölçümündeki zorluklara rağmen, kavram yaygın olarak kullanılmaya devam etmektedir. Araştırmacıların memnuniyeti ölçtüğünü iddia ettiği birçok durumda, sağlık hizmetlerine ilişkin daha genel değerlendirmeler yapılmaktadır.

Memnuniyet, katılımcılardan, aldıkları hizmetlerin kalitesini derecelendirmeleri veya deneyimlerini bildirmeleri istenerek dolaylı olarak ölçülebilmektedir. Katılımcıların seçimleri, eğer yapmacık değil ise, sağlık hizmetinden memnuniyetin objektif bir göstergesidir. Sağlık hizmeti çok boyutlu bir hizmettir, ancak memnuniyeti ölçmenin birçok yolu, bu tür bilgiler uygun maliyetli karar verme için önemli olsa da, hastaların farklı niteliklere yönelik göreceli tercihlerini göstermemektedir (189).

Hasta memnuniyeti için sağlam bir kavramsal temelin ve tutarlı bir ölçüm aracının olmaması, son 10 yılda yalnızca hasta deneyimine odaklanan anketlerin çoğalmasına yol açmıştır. Bekleme süreleri, temel kolaylıkların kalitesi ve sağlık hizmeti sunucuları ile iletişim gibi deneyimlenen bakım yönlerinin tümü kalite iyileştirme için somut önceliklerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır (220).

Hastaların memnuniyet anketleri genellikle sağlık hizmetlerinden oldukça yüksek düzeyde memnuniyet bildirmektedir. Bu sonuçlar hastaların gerçek yanıtları olabilmekle birlikte anket tasarımı ve uygulamasından kaynaklı olabilmektedir. Bununla birlikte, soruların yöneltilmesi ve sunulmasının yanıtları etkileyebileceği uzun süredir kabul edilmektedir (221).

Sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki büyük bir tartışma kaynağıdır. Bazı araştırmacılar hizmet kalitesi algısını, bir memnuniyet göstergesi olarak tanımlamaktadırlar ve hasta memnuniyetinin zaman içinde hizmet kalitesi hakkında genel bir değerlendirmeye veya tutuma yol açtığını savunmaktadırlar (222). Ancak daha sonraki çalışmalar, hizmet kalitesinin daha basit, öncelikle bilişsel bir yapı olduğu, memnuniyetin ise karmaşık bilişsel ve duygusal bir yapı olduğu konusunda hemfikirlerdir. Memnuniyetin, hizmet kalitesi algısının davranışsal niyet ve diğer sonuçlar üzerindeki etkisine aracılık eden temel bir yapı olduğunu öne sürmektedirler (223-228).

Hizmet kalitesi, doğası gereği bir tutuma benzer ve memnuniyetle ilişkili, ancak eşdeğer değildir (222). Hizmet kalitesi ile hastane bakımından hasta memnuniyeti ve hastaneye geri dönme, hatta bunu aile veya arkadaşlara tavsiye etme istekliliği arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (229). Ayrıca sağlık hizmeti kalitesi algıları ile hasta memnuniyeti arasında güçlü bir bağlantı olduğu görüşü de savunulmaktadır (230).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10/02/2021 tarih ve KAEK- 109 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların COVID-19 dönemindeki hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği polikliniklerinde Mart 2021 – Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniklerine Mart 2021 – Haziran 2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üzeri katılımcılar oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \times P \times Q \times Z^2}{(N - 1) \times d^2}$$

Formülde; N=4000 (evren), p=0,88 (prevalans), q=0,12 (1-prevalans), z=1,96 (0,05 hata payına karşılık gelen değer), d=0,05 (tolerans) olarak alındığında araştırmanın örneklemine alınacak hasta sayısı 163 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmaya 301 kişi dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nu okuyarak katılmaya gönüllü olan 18 yaş üzerindeki kişiler çalışmaya alınmıştır (Ek-2)

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 38 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik özelliklerini, COVID-19 öyküsünün olup olmadığını, polikliniğe başvuru sebeplerini ve hasta memnuniyetini konusundaki düşüncelerini değerlendiren araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3). Hasta memnuniyetini değerlendirmek için Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan “European Working Party on Quality in Family Practice” (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilen ve 2002 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan EUROPEP-Tr ölçeği kullanılmıştır. Ölçek son 12 ayda hastanın doktoru ve muayenesini değerlendirdiği 23 adet likert tipinde ifadeden ve tek bir boyuttan oluşmaktadır. Aktürk ve ark. (18) çalışmasında ölçeğin güvenilirlik düzeyini 0,98 olarak tespit etmiştir. Çizelge 3.1’de EUROPEP-Tr ölçeği güvenilirlik ve geçerlilik düzeyi çizelge şeklinde görülmektedir.

Çizelge 3.1: EUROPEP-Tr Ölçeği Güvenilirlik ve Geçerlilik Düzeyi

Ölçek	Güvenilirlik	Açıklanan Varyans	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)
EUROPEP-Tr	0,91	%65,1	0,90

Çalışmada EUROPEP-Tr ifadelerinde katılımcıların hekim ve sağlık hizmetini değerlendirme düzeylerini ölçen ölçeğin güvenilirlik düzeyinin öncesi için 0,91 olduğu ve ölçeğin güvenilir olduğu görülmüştür ($\alpha > 0,70$).

İfadeler faktör analizine tabi tutulduğunda tek bir boyutun oluştuğu görülmüştür. Bu boyut EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmetlerini değerlendirme düzeyi olarak ifade

edilmiştir. Elde edilen boyut toplam varyansın yaklaşık olarak %65’ni oluşturmaktadır. Açıklanan varyans oranının tek boyutlu ölçeklerde %50 ve üzerinde olması beklenir. KMO örneklem yeterlilik düzeylerinin ise 0,80 olduğu ve uygulanan 301 anketin yeterli olduğunun göstergesi olarak yorumlanabilir. Ölçeğin çalışmada hastaların hekim ve sağlık hizmetlerini değerlendirme konusunda tutarlı bir ölçüm aracı olduğu ifade edilebilir.

Ölçek ifadelerine verilen puanlar hesaplandığında ifadelerin ortalama memnuniyet oranları tespit edilmiştir. Bu puanlar 1 ile 5 arasında değerlendirmektedir. Ölçekteki ifadelerinin puanlarının yüksek olması, o konu hakkındaki memnuniyetin yüksek olduğunun göstergesidir.

3.7. İstatistiksel İncelemeler

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortalama değerleri ile sunulmuştur. Çalışmada yer alan ölçek ile ilgili ifadelerin güvenilirlik ve geçerlilik düzeylerinin belirlenmesi için güvenilirlik analizi ve faktör analizi uygulanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri, COVID-19 öyküsünün olup olmaması, polikliniğe başvuru sebepleri ile EUROPEP-Tr ölçeği yanıt puanlarının arasındaki farklılığının incelenmesi için t testi ve varyans (ANOVA) analiz yapılmıştır. EUROPEP-Tr ve hastaların memnuniyet düzeyleri arasında ilişkilerinin incelenmesi için korelasyon analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

Hastaların Demografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen hastaların %54,2'si (n=163) erkek ve %45,8'i (n=138) kadındır. Katılımcıların %33,2'si (n=100) 18-35 yaş, % 53,2'si (n=160) 36-64 yaş ve % 13,6'sı (n=41) 65 yaş üzerindedir. Çizelge 4.1'de hastaların demografik özellikleri gösterilmiştir.

Çizelge 4.1: Hastaların Demografik Özellikleri

Hastaların Demografik Özellikleri		n	%
Cinsiyet	Erkek	163	%54,2
	Kadın	138	%45,8
Yaş	18-35	100	%33,2
	36-64	160	%53,2
	65 ve üzeri	41	%13,6
Medeni Durum	Evli	211	%70,1
	Bekar	90	%29,9
Öğrenim Durumu	İlkokul	43	%14,3
	Ortaokul	36	%12,0
	Lise	85	%28,2
	Üniversite	137	%45,5
Meslek	Memur	59	%19,6
	İşçi	76	%25,2
	Esnaf	22	%7,3
	Ev hanımı	52	%17,3
	Çiftçi	5	%1,7
	Diğer	87	%28,9
Aylık Gelir	0-2500TL	103	%34,2
	2501-7000 TL	161	%53,5
	7001-15000 TL	35	%11,6
	15001 TL ve üzeri	2	%0,7

Çalışmaya dahil olan hastaların % 70,1'i (n=211) evli ve % 29,9'u (n=90) bekardır. Öğrenim durumları %14,3 (n=43) ile ilkokul, % 12 (n=36) ile ortaokul, %28,2 (n=85) ile lise ve %45,5 (n=137) ile üniversite düzeyindedir. Hastalar %19,6 (n=59) ile memur, % 25,2 (n=76) ile işçi, % 7,3 (n=22) ile esnaf, % 17,3 (n=52) ile ev hanımı, % 1,7 (n=5) ile çiftçi, % 28,9 (n=87) ile diğer meslek gruplarındandır.

Katılımcıların aylık gelir düzeyleri %34,2 (n=103) ile 0-2500TL, %53,5 (n=161) ile 2501-7000 TL, %11,6 (n=35) ile 7001-15000 TL ve %0,2 (n=2) ile 15001 TL ve üzerindedir.

Katılımcıların %39,9'u (n=120) bilinen bir hastalığı olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %68,4'ü (n=206) daha önceden COVID-19 tanısı almadığını; %49,2'i (n=148) daha önceden çevresindeki bireylerin COVID-19 tanısı aldığını bildirmiştir. Katılımcıların %45,8'inin (n=138) pandemi sürecinde doktor muayenelerini erteledikleri görülmüştür. Çizelge 4.2'de katılımcıların COVID-19 dönemi ve aldıkları hizmet ile ilgili özelliklerinin belirlenmesi çizelge şeklinde görülmektedir.

Çizelge 4.2: Hastaların COVID-19 Dönemi ve Aldıkları Hizmet İle İlgili Özelliklerinin Belirlenmesi

		n	%
Bilinen Bir Hastalığınız Var Mı?	Evet	120	%39,9
	Hayır	181	%60,1
COVID Tanısı Alma	Hayır	206	%68,4
	Evet	95	%31,6
Yakın Cevreden COVID Tanısı Alma	Hayır	153	%50,8
	Evet	148	%49,2
Pandemi Nedeni İle Doktor Muayenesini Ertelediniz Mi?	Evet	138	%45,8
	Hayır	163	%54,2
Pandemi Döneminde Aile Hekiminize Başvurdunuz Mu?	Başvurmadı	86	%28,6
	Muayene	57	%18,9
	Kontrol	29	%9,6
	İlaç Yazdırma	68	%22,6
	Aile Planlaması	11	%3,7
	Aşı	34	%11,3
	Diğer	16	%5,3
Bugün Polikliniğimize Başvuru Nedeniniz Nedir? Lütfen Yazınız	Aşı	107	%35,5
	Muayene	172	%57,1
	Kontrol-İlaç Raporu Çıkartma	22	%7,3
Size Göre Siz Yakınmalarınızı Hekime Tam Olarak Anlatabildiniz Mi?	Evet	228	%75,7
	Kısmen	56	%18,6
	Hayır	17	%5,6

Katılımcılar pandemide %18,9 (n=57) ile muayene, %9,6 (n=29) ile kontrol, %22,6 (n=68) ile ilaç yazdırma, %3,7 (n=11) ile aile planlaması, %11,3 (n=34) ile aşı, %5,3 (n=16) ile diğer nedenlerden dolayı aile hekimine başvurduğunu ifade etmiştir. Ayrıca hastaların %28,6'sı (n=86) pandemi sürecinde aile hekimlerine başvurmadıklarını bildirmiştir. Katılımcılar, %35,5 (n=107) ile aşı, %57,1 (n=172) ile muayene, % 7,3 (n=22) ile kontrol ve ilaç raporu çıkartmak için polikliniğe başvurmuşlardır. Hastaların %75,7'i (n=228) yakınmalarını hekime tam olarak anlatabildiklerini bildirmiştir. Çizelge 4.3'te genel hasta memnuniyeti gösterilmektedir.

Çizelge 4.3: Genel Hasta Memnuniyeti

Ölçüm	n	Minimum	Maximum	X±s.s
Bugün Muayene Olduğunuz Hekimden Memnuniyetinizi 1 İla 10 Puan Arasında Değerlendirseydiniz Kaç Puan Verirdiniz? Lütfen Yazınız	301	1,00	10,00	8,26±2,51

Çalışmada katılımcıların aldıkları sağlık hizmetinden dolayı doktor memnuniyet ortalamalarının 8,26±2,51 olduğu görülmüştür. Hastalar memnuniyet puanı olarak en düşük 1 en yüksek ise 10 puan vermiştir. Genel olarak incelendiğinde hastaların memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir.

EUROPEP-Tr Ölçeği İfadelerinin Değerlendirmesi

Çalışmada hastaların hekim ve sağlık hizmetlerini değerlendirdiği EUROPEP-Tr ölçeğindeki ifadelerin ortalama ve sapma değerlerine ilişkin betimsel istatistikler aşağıdaki çizelgede verilmiştir. İfadeler katılımcılar tarafından, 1 ile 5 arasında puanlanmıştır. Ortalama değerin yüksek olması memnuniyetin göstergesi olarak ifade edilebilir. Çizelge 4.4'te ölçek ifadelerinin incelenmesi gösterilmektedir.

Çizelge 4.4: Ölçek İfadelerinin İncelenmesi

	X±s.s.	Min Max
Görüşmeler Sırasında Yeterli Zamanınızın Olduğunu Hissettirmesi	3,66±1,24	1-5
Sizin Özel Durumunuzla İlgilenmesi	3,65±1,26	1-5
Sorunlarınızı Ona Söylemenizi Kolaylaştırması	3,66±1,17	1-5
Tıbbi Bakımınızla İlgili Kararlara Sizi De Katması	3,67±1,14	1-5
Sizi Dinlemesi	3,63±1,24	1-5
Kayıt Ve Bilgilerinizi Gizli Tutması	3,74±1,19	1-5
Şikayetlerinizi Çabuk Geçirmesi	3,55±1,13	1-5
Günlük İhtiyaçlarınızı Görecekt Kadar İyi Hissetmenize Yardım Etmesi	3,61±1,20	1-5
İşini Tam Yapması	3,80±1,15	1-5
Sizi Muayene Etmesi	3,72±1,18	1-5
Hastalıklardan Korunmanız İçin Sunduğu Hizmetler (Sağlık Taraması, Sağlık Kontrolü, Aşılama Gibi)	3,65±1,21	1-5
Test Ve Tedavilerin Amaçlarını Açıklaması	3,65±1,23	1-5
Şikayetleriniz Veya Hastalığınız Hakkında İstedığınız Bilgileri Vermesi	3,63±1,14	1-5
Sağlık Durunuza Bağlı Duygusal Sorunlarla Başa Çıkmanıza Yardımcı Olması	3,59±1,18	1-5
Tavsiyelerine Uymanızın Önemini Kavramanıza Yardımcı Olması	3,72±1,07	1-5
Önceki Görüşmelerde Yaptıklarını Ve Söylediklerini Bilmesi	3,44±1,27	1-5
Uzmana ya da Hastaneye Sevkten Beklemeniz Gerekenler Konusunda Sizi Hazırlaması	3,63±1,17	1-5
Doktor Dışı Personelin Yardımı	3,65±1,18	1-5
Size Uygun Zamanlara Randevu Alabilmeniz	3,51±1,25	1-5
Sağlık Merkezine Telefonla Ulaşabilmeniz	3,20±1,37	1-5
Doktorunuza Telefonla Ulaşabilmeniz	3,15±1,33	1-5
Bekleme Odasında Harcadığınız Zaman	3,53±1,14	1-5
Acil Sağlık Sorunları İçin Hızlı Hizmet Sunması	3,59±1,19	1-5
EUROPEP-Tr	3,59±0,97	1,17-5

Ölçek ifadelerine verilen puanlar hesaplandığında ifadelerin ortalama memnuniyet oranları tespit edilmiştir. Bu puanlar 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçekteki ifadelerinin puanları yüksek ise, o konu hakkındaki memnuniyet düzeyinin de yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Buna göre çalışmada hastaların en az memnuniyet gösterdiği konuların “doktorunuza telefonla ulaşabilme” (ortalama puan: 3,15/5), “sağlık merkezine telefonla ulaşabilme” (ortalama puan: 3,20/5), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” (ortalama puan: 3,44/5), “size uygun zamanlara randevu alabilme” (ortalama puan: 3,51/5) olduğu görülmüştür. Bu konulardaki memnuniyet düzeyinin diğer konulara göre daha düşük seviyelerde olduğu ifade edilebilir.

“İşini tam yapması” (ortalama puan: 3,80/5), “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” (ortalama puan: 3,74/5), “sizi muayene etmesi” (ortalama puan: 3,72/5), ve “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” (ortalama puan: 3,72/5) ifadeleri de en yüksek memnuniyetin olduğu ifadeler olarak görülmüştür. Genel ölçek puanının da $3,59 \pm 0,97/5$ seviyesinde olduğu ve oranın ortanın üzerinde yüksek olduğu ifade edilebilir. Ölçek puanlarına göre en az memnun olan hasta 1,17/5 ve en yüksek düzeyde memnun olan hasta ise 5 tam puan olarak değerlendirmiştir. Çalışmada ifadelere verilen puanlar incelendiğinde puan aralığının 3,15/5 ve 3,80/5 arasında değiştiği belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmelerin genel olarak yüksek olduğu ifade edilebilir.

Hasta Özellikleri ve EUROPEP-Tr Ölçeği Sonuçlarının İncelenmesi

Çizelge 4.5’te hasta özellikleri ve EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin incelenmesi çizelge olarak görülmektedir.

Çizelge 4.5: Hasta Özellikleri ve EUROPEP-Tr Ölçeği Sonuçlarının İncelenmesi
(Katılımcılar tarafından verilen puanlar 1 ile 5 arasındadır)

Hasta Özellikleri		EUROPEP-Tr	p
		X±s.s.	
Cinsiyetiniz	Erkek	3,48±0,98/5	0,03*
	Kadın	3,73±0,95/5	
Yaşınız	18-35	3,75±1,01/5	0,04*
	36-64	3,46±0,91/5	
	65 ve üzeri	3,73±1,03/5	
Medeni Durumunuz	Evli	3,66±0,88/5	0,11
	Bekar	3,43±1,15/5	
Öğrenim Durumunuz	İlköğretim	3,31±0,80/5	0,01*
	Ortaokul	3,72±1,18/5	
	Lise	3,65±1,09/5	
	Üniversite	3,67±0,87/5	
Mesleğiniz	Memur	3,47±0,96/5	0,01*
	İşçi	3,54±1,00/5	
	Esnaf	3,62±1,17/5	
	Ev hanımı	3,46±1,02/5	
	Çiftçi	3,07±0,81/5	
	Diğer	3,82±0,85/5	
Aylık Geliriniz	0-2500TL	3,81±1,04/5	0,01*
	2501-7000 TL	3,52±0,93/5	
	7001-15000 TL	3,30±0,85/5	

* T testi ve varyans (ANOVA) analizi

Çalışmamızda ölçeği değerlendirme düzeylerinin hastaların cinsiyetine göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada kadın hastaların, erkek hastalara oranla, EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,03).

Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre, ölçek değerlendirme düzeylerinin hastaların yaşlarına göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada 36-64 yaş arasında olan hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin, diğer yaş gruplarına oranla, anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,04$).

EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin hastaların medeni durumuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Evli ve bekar olan katılımcıların değerlendirme düzeyleri benzer seviyelerdedir ($p=0,11$). İstatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşılmamıştır.

Çalışmamızda ğrenim durumuna göre hasta memnuniyetinin anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Çalışmada ilköğretim mezunu hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin, diğer eğitim gruplarına oranla, anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$).

EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin hastaların mesleklerine göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada meslekleri esnaf ve diğer gruplarda olan hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin, diğer meslek gruplarına oranla, anlamlı olarak daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$).

Çalışmamızda hastaların aylık gelir durumuna göre anket puanlarının farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Aylık geliri 0-2500TL olan hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin, aylık gelirleri 7001-15000 TL olan hastalara oranla, anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,01$).

Hastanın Klinik, Muayane zellikleri ve EUROPEP-Tr leği Sonuçlarının İncelenmesi

Bilinen hastalığı olan hastaların memnuniyetinin farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada bilinen bir hastalığı olan hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,01$).

COVID-19 tanısı alma durumuna göre ölçek yanıtlarının farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada COVID-19 tanısı alan hastaların EUROPEP-Tr

hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,01$).

İstatistiksel verilere göre yakın çevresinde COVID-19 tanısı alan kişi olan hastaların ölçek değerlendirme puanlarının farklı olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yakın çevresinde COVID-19 pozitif tanısı alan hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$).

EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin pandemi nedeni ile doktor muayenesini erteleme durumuna göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada pandemi nedeni ile doktor muayenesini ertelemeyen hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Çizelge 4.6'da hastanın klinik, muayene özellikleri ve EUROPEP-Tr  l eği sonuçlarının incelenmesi  izelge şeklinde görülmektedir.

Çizelge 4.6: Hastanın Klinik, Muayane Özellikleri ve EUROPEP-Tr Ölçeği Sonuçlarının İncelenmesi (Katılımcılar tarafından verilen puanlar 1 ile 5 arasındadır)

Hastanın Klinik ve Muayane Özellikleri		EUROPEP-Tr	p
		X±s.s.	
Bilinen Bir Hastalığı Var Mı?	Evet	3,85±0,87/5	0,01*
	Hayır	3,42±1,00/5	
COVID Tanısı Alma	Hayır	3,81±0,86/5	0,01*
	Evet	3,13±1,05/5	
Yakın Cevreden COVID Tanısı Alma	Hayır	3,76±0,98/5	0,01*
	Evet	3,42±0,93/5	
Pandemi Nedeni İle Doktor Muayenesini Erteleme	Evet	3,32±0,91/5	0,01*
	Hayır	3,83±0,97/5	
Pandemi Döneminde Aile Hekimine Başvurma	Başvurmadı	4,03±0,84/5	0,01*
	Muayene	3,61±1,07/5	
	Kontrol	3,65±0,87/5	
	İlaç Yazdırma	3,64±0,93/5	
	Aile planlaması	2,77±0,66/5	
	Aşı	2,91±0,76/5	
	Diğer	2,88±0,78/5	
Bugün Polikliniğimize Başvuru Nedeni	Aşı	3,72±0,87/5	0,01*
	Muayene	3,44±1,02/5	
	Kontrol-İlaç Raporu Çıkartma	4,15±0,80/5	
Size Göre Siz Yakınmalarınızı Hekime Tam Olarak Anlatabildiniz Mi?	Evet	3,74±0,99/5	0,02*
	Kısmen	3,14±0,73/5	
	Hayır	3,18±0,87/5	

* T testi ve varyans (ANOVA) analizi

Hekime başvurma nedenlerine göre hasta memnuniyetinin farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada aile planlaması nedeni ile başvuran hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin, diğer hastalara göre, anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$). Ayrıca kontrol için başvurduğunu ifade edenlerin memnuniyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın yapıldığı gün aile hekimliğine başvurma nedenlerine göre ölçek değerlendirme puanlarının farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada rapor çıkartma nedeni ile başvuran hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin, aşı ve muayene olmak için başvuran hastalara göre, anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,01$).

EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin yakınmalarını hekime tam olarak anlatabilme durumuna göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada yakınmalarını hekime tam olarak anlatabildiğini ifade eden hastaların EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin, kısmen veya yakınmalarını hekime tam olarak anlatamadığını ifade eden hastalara göre, anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,01$). Çizelge 4.7’de Hasta memnuniyet düzeyi (1-10 aralığında) ve EUROPEP-Tr ölçeği sonuçlarının incelenmesi çizelge şeklinde gösterilmektedir.

Çizelge 4.7: Hasta Memnuniyet Düzeyi (1-10) ve EUROPEP-Tr Ölçeği Sonuçlarının İncelenmesi

Ölçüm		EUROPEP-Tr
Bugün Muayene Olduğunuz Hekimden Memnuniyetinizi 1 İla 10 Puan Arasında Değerlendirseydiniz Kaç Puan Verirdiniz? Lütfen Yazınız	r	0,655
	p	0,01*
	n	301

*Korelasyon analizi

Çalışmada hastaların muayene olduğu hekimden memnuniyet düzeylerinin EUROPEP-tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeyleri ile pozitif yönde ve güçlü düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastaların memnuniyet düzeylerinin artması,

EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerini de anlamlı Şekilde artırmıŐtır ($r=0,655$, $p=0,01$, $p<0,05$).

Sonuç olarak hastaların cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, mesleği, aylık gelir düzeyi gibi demografik özelliklerine göre EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin farklı olduğu, medeni durumun ise EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerine anlamlı Şekilde etki etmediği belirlenmiştir.

EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeylerinin hastaların bilinen bir hastalıklarının olması, COVID-19 pozitif tanısı alma durumu, yakınlarında COVID-19 pozitif tanısı alma durumu, pandemi nedeni ile doktor muayenesini erteleme durumu, pandemi sürecinde doktora başvurma nedenleri, başvuru nedenleri, yakınmalarını hekime tam olarak anlatabilme düzeylerine göre farklı seviyelerde olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca hastaların muayene olduğu hekimden memnuniyet düzeylerinin EUROPEP-Tr hekim ve sağlık hizmeti değerlendirme düzeyleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Hasta memnuniyetini saptamak sağlık hizmet kalitesinin en önemli göstergelerinden biridir (231). Hastalara verilen sağlık hizmetlerinde gelişme sağlanabilmesi için, hasta memnuniyetinin düzenli olarak kontrol edilmesi, hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörlerin bilinmesi, hasta memnuniyeti veya memnuniyetsizlik alanlarının bilinmesi gerekmektedir (17).

Çalışmamızda bu nedenle Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakultesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların özellikle COVID-19 pandemisi döneminde, hasta memnuniyetinin ve hasta memnuniyetine etkisi olabilecek faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Yapılan literatür taramasında, pandemi döneminde yapılan hasta memnuniyeti çalışmasına rastlanmamıştır.

Çalışmamıza 163'ü erkek (%54,2), 138'i kadın (%45,8) olmak üzere toplam 301 kişi katılmıştır. Kadın hastaların memnuniyet düzeylerinin erkek hastalara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların %33,2'si 18-35 yaş aralığında, %53,2'si 36-64 yaş aralığında ve %13,6'sı 65 yaş ve üzerindedir. Bu sonuca göre aile hekimliği ve spor hekimliği polikliniklerine en sık başvuran hastalar 36-64 yaş aralığındadır.

Çalışmamıza katılanların %70,1'i evli, %29,9'u bekdir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%45,5) üniversite mezunudur. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalar genellikle hastane personeli ve yakınları olduğu için yükseköğrenim oranının yüksek olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların %25,8'i işçi, %19,6'sı memur, %17,3'ü ev hanımı %7,3'ü esnaf, %1,7'si çiftçi ve %28,9'u diğer meslek gruplarındandır. Ayrıca katılımcıların %53,5'i aylık 2501-7000 TL kazandığını belirtmiştir.

Katılımcıların %39,9'unun bilinen bir hastalığı vardır. COVID-19 hastalığı geçirdiğini söyleyenlerin oranı %31,6, yakın çevresinde COVID-19 hastalığı geçirenlerin oranı ise %49,2 olarak saptanmıştır.

Hastalar COVID-19 pandemisi döneminde aile hekimliklerine en sık ilaç yazdırma (%22,6), muayene (%18,9), ve aşı olmak için (%11,3) başvurmuşlardır. Anketin yapıldığı gün polikliniğe en sık başvurma sebepleri ise sırasıyla muayene (%57,1) ve aşı (%35,5) olmuştur. Ayrıca katılımcıların %45,8'i pandemi nedeni ile

doktor muayenesini ertelemiştir. Katılımcıların %75,7'si ise yakınmalarını hekime tam olarak anlatabildiklerini düşünmektedir.

Çalışmamızda EUROPEP-Tr ölçeği ile memnuniyet düzeyleri ölçülen hastaların başlıca “işini tam yapması” (ortalama puan: $3,80 \pm 1,15/5$), “kayıt ve bilgilerin gizli tutulması” (ortalama puan: $3,74 \pm 1,19/5$), “sizi muayene etmesi” (ortalama puan: $3,72 \pm 1,18/5$) ve “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” (ortalama puan: $3,72 \pm 1,07/5$) konularında en yüksek memnuniyet düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların en düşük memnuniyet düzeylerinin ise “doktorunuza telefonla ulaşabilme” (ortalama puan: $3,15 \pm 1,33/5$), “sağlık merkezine telefonla ulaşabilme” (ortalama puan: $3,20 \pm 1,37/5$), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” (ortalama puan: $3,44 \pm 1,27/5$) ve “size uygun zamanda randevu alabilme” (ortalama puan: $3,51 \pm 1,25/5$) konularında olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların muayene oldukları hekimlerin yaptıkları işe büyük oranda güven duyduğu için, “işini tam yapması” seçeneğinin en yüksek ortalamaya sahip olduğu düşünülmektedir. “Kayıt ve bilgilerin gizli tutulması” seçeneğinin yüksek puan alması da bu durumu desteklemektedir. Pandemi döneminde hekimler hastalar ile daha az temas etmeye başlamışlardır ancak, “sizi muayene etmesi” seçeneğinin yüksek puan alması halen daha çoğu hekimin hastalarını muayene etmekten kaçınmadığının bir göstergesidir. Ayrıca hekimlerin çoğu, hastaları ile iyi iletişim kurarak hastaların tavsiyelerine uymalarının önemini kavramasını sağlamaktadır.

“Doktorunuza telefonla ulaşabilme” ve “sağlık merkezine telefonla ulaşabilme” seçenekleri en düşük ortalama puanla işaretlenen seçenekler olmuştur. Günümüzde hastalar hala hekimlere ve sağlık merkezlerine telefonla ulaşabilmekte sorun yaşamaktadırlar. Hekimlerin çoğu hastalarına telefon numaralarını vererek mesai dışında rahatsız edilmek istemedikleri için bu durumun ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde hasta kayıt sistemleri bilgisayar üzerinden yapılmaktadır. Hekimlerin hasta ile ilgili öykü, muayene gibi bilgileri bilgisayar sistemleri üzerine kaydetmeleri gerekmektedir. Katılımcıların en az memnun oldukları konulardan birinin “önceki görüşmelerde yaptıkları ve söylediklerini bilmesi” olması bilgisayar sistemlerinin olması gerektiği gibi kullanılmadığının bir göstergesidir. Bu memnuniyetsizliğin giderilmesi için hekimlerin, hastalarını muayene etmeden önce eski kayıt bilgilerini kontrol etmeleri ve hastanın geçmişi hakkında bilgi sahibi olmaları

gerekmektedir. Pandemi döneminde birçok sağlık kuruluşunda hasta randevu sayıları azaltılmıştır. Bazı hastalar kendilerine uygun zamanda randevu almakta sorun yaşamaktadırlar. Bunun doğal bir sonucu olarak çalışmamızda en az memnun olunan konulardan biri “size uygun zamanda randevu alabilmeniz” olmuştur.

Hastaların anket yapıldığı gün muayene oldukları hekimden memnuniyet için verdikleri ortalama puan (1 ile 10 arasında) ise $8,26 \pm 2,51$ saptanmıştır. Bu da genel olarak hastaların aldıkları poliklinik hizmetinden memnun olduklarını göstermektedir.

Aktürk ve ark. (18) tarafından 2002 yılında yapılan EUROPEP ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında, anket toplam 1160 kişiye uygulanmıştır. Ölçek madde analizi yapıldığında iyi ve mükemmel seçeneğini işaretleyenlerin oranı %63 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada EUROPEP-Tr ölçeği kullanılarak hekimlerin, kendi uygulamalarını değerlendirerek kalite artırımına katkıda bulunması ve elde edilen verilerden ulusal bir kayıt sistemi meslek örgütleri aracılığıyla geri bildirim verilmesini ve re-akreditasyonu sağlaması açısından kullanılabileceği savunulmuştur. Gerekli önem verilmesi halinde sağlık hizmetindeki kaliteyi artırmada önemli bir rol oynayabileceği düşünülmüştür. Çalışmada, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olduğu için, hasta memnuniyet düzeylerinin analizleri yapılmamıştır.

Kırılmaz ve Öztürk (12) tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada, Eskişehir ilinde aile hekimliklerine başvuran 120 hastanın memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir. En yüksek memnuniyet düzeyi olan konular, “sizi dinlemesi”, “sizi muayene etmesi” ve “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması”, en az memnun olunan konular ise “doktorunuza telefonla ulaşmanız”, “sağlık tesisine telefonla ulaşmanız” ve “doktor dışı personelin yardımı” olarak saptanmıştır. Bu çalışmada en yüksek memnuniyet oranı olan “sizi dinlemesi” seçeneği bizim çalışmamızda daha düşük oranda memnuniyet göstermiştir. Pandemi döneminde teması azaltmaya çalışan hekimler hastalar ile mümkün olduğu kadar az zaman geçirmeye çalışmaktadırlar. Bunun bir sonucu olarak hastalar kendilerinin daha az dinlendiğini düşünmüş olabilirler. Bizim çalışmamızda ve Kırılmaz ve Öztürk’ün çalışmasında en az memnuniyet görülen konular benzerdir. “Doktor dışı personelin yardımı” ise bizim çalışmamızda daha yüksek memnuniyet puanına sahiptir. Pandemi döneminde bütün sağlık personelleri özverili bir şekilde çalışmaktadır. Katılımcıların bu durumu göze alarak daha yüksek memnuniyet puanları işaretledikleri düşünülmektedir. Çalışmada cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu,

meslek, gelir durumu ve ikamet yerine göre hasta memnuniyeti açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızda ise sadece medeni durum için anlamlı sonuç çıkmamıştır. Yaptığımız çalışmada ikamet yeri değerlendirmeye alınmamıştır.

Bostan ve Havvatoğlu (232) tarafından 2014 yılında Gümüşhane ilinde yapılan çalışmada 142 hastanın memnuniyet düzeyleri EUROPEP-Tr ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada “işini tam yapması” ve “sizi muayene etmesi” en yüksek memnuniyete sahip sorulardır. En düşük memnuniyet düzeyleri ise sırasıyla; “doktor dışı personelin yardımı” ve “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” olarak belirlenmiştir. En çok memnun olunan konular bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada yine “doktor dışı personelin yardımı” en az memnun olunan konulardan biri olmuştur. Ayrıca çalışmada katılımcıları cinsiyet, yaş ve eğitim durumuna göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Aktürk ve ark. (19) tarafından 2015 yılında yapılan ve Sağlık Bakanlığı’na desteklenen çalışmada, 2010 ve 2012 yılları arasındaki 3 yıllık hasta memnuniyeti düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya yaklaşık 70 bin kişi katılmıştır. Bu çalışmada orijinal EUROPEP-Tr ölçeğine ek olarak “aile hekimin genel davranışı”, “sağlık hizmetinin genel olarak değerlendirilmesi” ve “aile hekimliğinin fiziki durumu” maddeleri eklenmiştir. Çalışmada üç yıllık süreçte hasta memnuniyetinin giderek arttığı görülmüştür ve bunun sebebinin sağlık politikası olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada en çok memnun olunan alanların “sizi dinlemesi”, “sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması”, “sizi muayene etmesi”, en az memnun olunan alanların ise, “hekime telefonla ulaşmak”, “sağlık merkezine telefonla ulaşmak” ve “bekleme süresi” olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda “sizi dinlemesi” ve “sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması” seçenekleri daha az memnuniyet oranı göstermektedir. Azalan poliklinik sürelerinin sonucu olarak böyle bir sonuç alındığı düşünülmektedir. En az memnuniyet görülen maddeler benzerdir ancak, bizim çalışmamızda “bekleme odasında harcadığınız zaman” seçeneği, az da olsa, daha yüksek memnuniyet göstermektedir. Bu duruma azalan poliklinik muayenesi sayıları ile hastaların sağlık merkezlerinde daha az sıra bekleyip muayene olmaları ve daha az zaman harcamalarının sebep olduğu düşünülmektedir. Çalışmada ayrıca, kadın hastalarda erkek hastalara oranla, bizim çalışmamızla benzer şekilde, daha yüksek hasta memnuniyeti görülmektedir. İlköğretim mezunlarında ise daha yüksek hasta memnuniyeti saptanmıştır. Bu sonuç bizim

çalışmamızla çelişmektedir. Bölgeler olarak değerlendirildiğinde ise en yüksek memnuniyetin Batı Marmara’da, en düşük memnuniyetin ise Ortadoğu Anadolu bölgesinde olduğu görülmüştür. Bu çalışma aynı zamanda ülkemizde yapılan ve hasta memnuniyetini belirlemeyi amaçlayan en geniş ölçekli çalışmadır.

Turgu ve ark. (233) tarafından 2018 yılında Edirne’de yapılan çalışmaya 1170 hasta katılmıştır. Çalışmada en yüksek memnuniyetin “kayıt ve bilgilerin gizli tutulması”, “doktorun hastayı dinlemesi”, “şikâyet veya hastalığı hakkında istediği bilgileri vermesi” olduğu görülmüştür. Hastaların en az memnun olduğu alanlar ise “bekleme odasında harcadıkları zaman” ve “sağlık durumuna bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olması” olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda “sizi dinlemesi” ve “şikayet veya hastalığı hakkında istediği bilgileri vermesi” daha az memnuniyet görülen seçenekler olmuştur. Pandemi nedeni ile hasta ile temaslarını en aza indirmeye çalışan hekimlerin iletişiminin hastalar tarafından daha düşük görülmesinin, bu sonuca yol açtığı düşünülmektedir. “Bekleme odasında harcadığınız zaman” seçeneğinde, bizim çalışmamıza oranla, daha az memnuniyet görülmüştür. Bu sonuca, pandemi nedeni ile azalan poliklinik muayenesi sayılarının hastaların sağlık merkezlerinde daha az zaman geçirmesine sebep olmasının neden olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada hastaların memnuniyet puanı ortalamaları, bekar olanların; evli, boşanmış ve dul olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ise medeni durum ile memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Dağdeviren ve ark. (234) tarafından 2004 yılında Türkiye’nin 6 farklı şehrinde yapılan çalışmada, 1160 hastanın memnuniyeti değerlendirilmiştir. Çalışma EUROPEP-Tr ölçeği kullanılarak yapılan ilk çalışmadır. Çalışmaya göre; “tavsiyerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması”, “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” ve “acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” en yüksek puan alan seçenekler olmuştur. En düşük puan alan seçenekler ise; “sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “bekleme odasında harcadığınız zaman”, “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” ve “tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması” olmuştur. Bu çalışmada en çok memnuniyet saptanan seçenekler, bizim çalışmamızla çelişmektedir. Çalışmanın yapıldığı bölgelerdeki ve sağlık merkezlerindeki özelliklerin bu farklılığa neden olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada saptanan en düşük

memnuniyet oranlarından biri olan “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” seçeneğinde bizim çalışmamızda daha yüksek memnuniyet oranı görülmektedir. Bu da çalışmanın yapıldığı 2004 yılından bu tarafa geçen sürede hekimlerin hastalarının şikayetlerini daha çabuk geçirecek imkanlar kazandıklarını göstermektedir. “Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması” seçeneği bizim çalışmamızda daha yüksek memnuniyet seviyesi göstermektedir. Bu durum, hasta ile paylaşımcı karar vermenin yıllar içerisinde arttığının göstergesidir. Çalışmada ayrıca aynı dönemde Avrupa’da yapılan çalışmalarla aradaki farkın nedeni; kültürel faktörler, eğitim ve Türkiye’deki sağlık sistemi olarak açıklanmıştır.

Kızıl ve ark. (235) tarafından 2015 yılında Yalova ilinde yapılan çalışmada, 100 hastanın memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim durumu gibi demografik özellikler ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Mete ve ark. (236) tarafından 2015 yılında Malatya ilinde yapılan çalışmaya 383 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, yaş ve kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre memnuniyet düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada aile hekimliği sisteminden memnuniyet sorgulanmıştır. EUROPEP-Tr ölçeği maddelerinin analizi yayımlanmamıştır.

Dimova ve ark. (237) tarafından 2017 yılında Bulgaristan’da yapılan çalışmada 25 aile hekimliğinde 496 hasta değerlendirilmiştir. EUROPEP ölçeğine göre en çok memnun olunan alanların “kayıtların gizliliği” ve “sizi dinlemesi” olduğu, en az memnun olunan alanların ise “bekleme süreleri” ve “randevu alabilme” maddeleri olduğu saptanmıştır. Çalışmada cinsiyet ve yaşa göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bjertnaes ve ark. (238) tarafından 2011 yılında Norveç’te yapılan çalışmada 557 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmada en çok memnun olunan alanların “bilgilerin gizli tutulması” ve “sizi dinlemesi”, en az memnun olunan alanların ise “doktora telefonla ulaşabilmeniz” ve “bekleme odasında harcanan zaman” olduğu görülmüştür.

Goets ve ark. (239) tarafından 2018 yılında Almanya’da yapılan çalışmaya 126 kişi katılmıştır. Çalışmada EUROPEP ölçeği ile Arapça bilen Arap göçmenler değerlendirilmiştir. Çalışmada en çok memnun olunan alanların “bilgilerinizi gizli

tutması” ve “sizi dinlemesi”, en az memnun olunan alanların ise “bekleme süresi” ve “hekime telefonla ulaşmak” olduğu saptanmıştır.

Milano ve ark. (240) tarafından 2007 yılında İtalya’da yapılan çalışmada 983 hasta EUROPEP ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmada en çok memnun olunan alanlar “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ve “sizi dinlemesi”, en az memnun olunan alanlar ise “bekleme odasında harcadığınız zaman” ve “şikayetlerinizi çabuk geçirmesi” olarak saptanmıştır. Demografik veriler incelendiğinde daha yaşlı olanların ve daha iyi sağlık durumuna sahip olanların memnuniyet düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta memnuniyeti ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Avrupa kaynaklı çalışmalar gözden geçirildiğinde genel olarak “kayıtlarınızı gizli tutması” ve “sizi dinlemesi” seçenekleri en yüksek memnuniyete sahip seçenekler olmuştur. Çalışmaların yapıldığı ülkelerde yaşayan insanlar kayıt bilgilerinin doktorlar tarafından gizli tutulduğunu düşünmektedir. Bu durum doktorlara olan güvenin yüksek olduğunun göstergesidir. Ayrıca “sizi dinlemesi” seçeneği en yüksek memnuniyet görülen seçeneklerden biridir. Avrupa ülkelerinde doktor başına düşen hasta sayısının az olması ve bir hastaya ayrılan zamanın fazla olması düşünüldüğünde hekimler, hastalarının şikayetlerini dinlemek için daha fazla vakit bulmaktadırlar. Bunun sonucu olarak, katılımcıların bu seçeneği yüksek ortalama ile işaretledikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadın hastaların memnuniyet düzeyleri erkek hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önce yapılan çalışmalarda (12,229,230,232-234,237) cinsiyet ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumun kadın hastaların aile hekimliklerinden daha fazla alanda hizmet (çocukluk çağı aşıları, aile planlaması gibi) almalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Hasta memnuniyeti ile ilgili literatür tarandığında çoğu çalışmada yaş ile memnuniyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaptığımız çalışmada, 36-64 yaş aralığındaki hastaların memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Yapılan anketlere göre medeni durum ile memnuniyet arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum hastanın medeni durumunun memnuniyetini etkilemediğini göstermektedir.

Çalışmamızda ilköğretim mezunlarının memnuniyetinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Pandemi öncesi çalışmalara oranla ilköğretim mezunlarının memnuniyetlerinin azalması, eğitim seviyesi düşük olanların yıllar içerisinde hekim ve sağlık sisteminden beklentilerinin arttığına bir göstergesidir.

Pandemi öncesinde yapılan çalışmalarda meslek ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ancak, çalışmamızda esnafın anlamlı olarak daha yüksek hasta memnuniyetine sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$). Esnafın yaptıkları iş gereği gün içerisinde, hekimler gibi, çok insanla karşılaşmaktadırlar. Pandemi dönemindeki hasta memnuniyetlerinin yüksek olması, esnafın hekimler için empati kurmaya başladıklarını göstermektedir.

Düşük gelire sahip hastaların memnuniyeti anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuca göre düşük gelire sahip hastaların sağlık hizmetinden beklentilerinin düşük ve aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin yüksek olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca gelir arttıkça hasta memnuniyeti azalmaktadır. Bu durum gelir arttıkça beklentilerin arttığına göstergesidir.

Bilinen hastalığı olanlarda memnuniyet, anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bilinen hastalığı olanların, hastaneler ve aile hekimliklerine daha sık müracaat ettikleri bilinmektedir. Bu hastalar doktorlar ile çok sık karşılaştıkları için memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu düşünülmüştür. Ayrıca, pandemi döneminde azalan poliklinik başvuruları nedeniyle hastalar zorunlu haller dışında sağlık merkezlerine daha az başvurmuşlardır. Bundan dolayı, kronik hastalığı olanlar daha az sıra bekleyip muayene olmuşlardır. Bunun sonucu olarak, memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

COVID-19 tanısı alan ve yakın çevresinde COVID-19 tanısı almış hastalarda hasta memnuniyeti anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Hastalığı atlatanların hekim ve sağlık personeline duyduğu minnet duygusu bu duruma sebep olmuş olabilir.

Pandemi nedeni ile doktor muayenesini ertelemeyen hastalarda memnuniyet, anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). COVID-19 pandemisi döneminde azalan poliklinik muayenesi sayıları, hastaların sağlık merkezlerinde daha az zaman harcamasına sebep olmuştur. Bundan dolayı muayenesini ertelemeyen hastaların daha memnun olmasının doğal olduğu düşünülmektedir.

Pandemi döneminde aile hekimine kontrol için başvurduklarını ifade edenlerin hasta memnuniyeti anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Kontrol hastaları sağlık merkezlerine birden fazla kez başvurmaktadır. Bu hastaların daha fazla başvuru yapmaları sağlık çalışanlarına daha olumlu bakmasına ve hasta memnuniyetinin daha yüksek olmasına sebep olmuş olabilir.

Anketin yapıldığı gün polikliniğe rapor çıkartmak için başvuran hastaların memnuniyet düzeyi anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi aile hekimliği polikliniği ve spor hekimliği polikliniklerinde hastaların ilaç ve diğer raporları genellikle hastalar poliklinik sırası beklemeden çıkarılmaktadır. Özellikle pandemi döneminde hastanede zaman harcamadan yapılan bu işlemlerin memnuniyeti artırdığı düşünülmektedir.

Anketin yapıldığı gün kendilerini muayene eden hekime şikayetlerini tam olarak anlatabilen hastaların memnuniyet düzeyleri anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Bu sonuç, iyi bir hasta-hekim ilişkisinin memnuniyeti artırdığının göstergesidir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırma COVID-19 pandemisi döneminde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği polikliniklerinden sağlık hizmeti alan hastalar ile sınırlıdır. Araştırmada elde edilen sonuçlar EUROPEP-Tr Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor ölçeğinin kapsamı ve örneklem grubunun yanıtları ile sınırlıdır. Araştırma bir alan incelemesi olup sonuçları Antalya ili Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ile sınırlıdır. Katılımcıların COVID-19 pandemisi döneminde hekime başvurmuş olmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda anket çalışması, poliklinik muayenesinden sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulanmıştır ve bütün soruları işaretlemeleri istenmiştir. Avrupa’da yapılan memnuniyet çalışmalarında anket soruları hastalara telefon ile iletilmiştir. Poliklinik muayenesinden hemen sonra alınan yanıtlar, memnuniyet düzeylerini etkilemiş olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastaların sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerinin ölçülmesinin amaçlandığı çalışmamızda elde edilen sonuçlar listelenmiştir.

- Çalışmaya 163'ü erkek (%54,2) olmak üzere 301 katılımcı katılmıştır. Katılımcıların 160'ı (%53,2) 36-64 yaş aralığında olup %70,1'i (n=211) evlidir.
- Çalışmaya katılanların 137'sinin (%45,5) üniversite mezunu, %19,6'sının (n=59) memur ve %53,5'inin (n=161) 2501-7000 TL aylık gelire sahip olduğu belirlenmiştir.
- Bilinen bir hastalığı olmadığını bildiren katılımcı sayısı 181 (%60,1) kişidir.
- Katılımcılardan %68,4'ü (n=206) COVID-19 tanısı almadığını, %50,8'i (n=153) yakın çevresinde COVID-19 tanısı alan olmadığını belirtmiştir.
- Pandemi nedeni ile doktor muayenesini ertelemeyenlerin oranı %54,2 (n=163), pandemi döneminde aile hekimine başvurmayanların oranı %28,6 (n=86) olarak belirlenmiştir. Ayrıca pandemi döneminde aile hekimine başvuranlar en sık %22,6 (n=68) ile ilaç yazdırmak için başvurmuşlardır.
- Yüzde 57 katılımcı (n=172) anketin uygulandığı gün muayene olmak için başvurmuştur.
- Katılımcıların %75,7'si (n=228) yakınmalarını hekime tam olarak ifade edebildiğini düşünmektedir.
- Katılımcılar anketin uygulandığı gün kendilerini muayene eden hekime, 1 ile 10 arasında, ortalama $8,26 \pm 2,51$ puan vermişlerdir.
- Çalışmamızda EUROPEP-Tr ölçeği ile memnuniyet düzeyleri ölçülen hastaların başlıca “işini tam yapması” (ortalama puan: $3,80 \pm 1,15/5$), “kayıt ve bilgilerin gizli tutulması” (ortalama puan: $3,74 \pm 1,19/5$), “sizi muayene etmesi” (ortalama puan: $3,72 \pm 1,18/5$) ve “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” (ortalama puan: $3,72 \pm 1,07/5$) konularında en yüksek memnuniyet düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.
- Hastaların en düşük memnuniyet düzeylerinin ise “doktorunuza telefonla ulaşabilme” (ortalama puan: $3,15 \pm 1,33/5$), “sağlık merkezine telefonla

ulaşabilme” (ortalama puan: 3,20±1,37/5), “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” (ortalama puan: 3,44±1,27/5) ve “size uygun zamanda randevu alabilme” (ortalama puan: 3,51±1,25/5) konularında olduğu belirlenmiştir.

- Genel ölçek puan ortalaması 3,59±0,97/5 olarak hesaplanmıştır.
- Çalışmamıza göre kadın katılımcıların, erkek katılımcılara oranla, daha yüksek hasta memnuniyeti belirttikleri görülmüştür ($p<0,05$).
- 36-64 yaş aralığındaki katılımcıların, öteki yaş gruplarındaki katılımcılara oranla, daha az hasta memnuniyetine sahip oldukları saptanmıştır ($p<0,05$).
- Medeni durum ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
- İlköğretim mezunlarının, daha yüksek öğrenim gören katılımcılara oranla, daha düşük hasta memnuniyetine sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Katılımcıların yaptıkları meslekler incelendiklerinde esnaf olanların, öteki meslek gruplarına oranla, daha yüksek hasta memnuniyetine sahip oldukları saptanmıştır ($p<0,05$).
- Aylık geliri 0-2500 TL arasında olan hastalar daha yüksek hasta memnuniyetine sahiplerdir ($p<0,05$). Ayrıca gelir durumu arttıkça hasta memnuniyetinin azaldığı görülmüştür ($p<0,05$).
- Bilinen bir hastalığı olanların hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- COVID-19 tanısı alanlar ve yakın çevresinde COVID-19 tanısı almış olan hastalar daha yüksek hasta memnuniyetine sahiptir ($p<0,05$).
- Pandemi nedeni ile doktor muayenesini ertelemeyenlerde daha yüksek hasta memnuniyeti saptanmıştır ($p<0,05$).
- Pandemi döneminde aile hekimine aile planlaması nedeni ile başvuran katılımcılarda daha düşük hasta memnuniyeti izlenmiştir ($p<0,05$).
- Anketin yapıldığı gün polikliniğe muayene olmak için başvuran hastalarda daha düşük hasta memnuniyeti saptanmıştır ($p<0,05$).
- Yakınmalarını hekime tam olarak anlatabildiğini düşünen hastalarda hasta memnuniyeti daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

- Anketin yapıldığı gün muayene olduğu hekime 1 ile 10 arasında daha yüksek puan veren katılımcıların hasta memnuniyeti daha yüksek saptanmıştır.

Günümüzde hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesi değerlendirmek için daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle pandemi döneminde, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek büyük önem taşımaktadır. Biz sağlık çalışanları olarak pandemide kendi hayatımızdan feragat ederek çalışıyoruz. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının ve hizmetlerinin hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğini araştırdık. Bu nedenle çalışmamızda, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniklerine başvuran hastaların memnuniyeti, EUROPEP-Tr ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hastaların en çok memnun olduğu alanlar, “işini tam yapması”, kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ve “sizi muayene etmesi” olarak saptanmıştır. En az memnun olunan alanların ise; “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” ve “önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” olduğu görülmüştür.

Pandemi döneminden önceki çalışmalar ile karşılaştırıldığında en çok memnun olunan konular benzerlik göstermektedir. Özellikle doktora güveni ifade eden “işini tam yapması” ve “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” seçenekleri en yüksek puanla işaretlenen seçenekler arasındadır. Bu durum, doktorlara güvenin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. “Sizi muayene etmesi” en yüksek puanla işaretlenen seçeneklerden biridir. Bu sonuç, yakın temasın azaltılmaya çalışıldığı pandemi döneminde, hekimlerin hastalarını büyük oranda muayene ettiklerini ve hala özveri ile çalıştıklarını göstermektedir. Hastalar doktora ve sağlık merkezine telefonla ulaşmakta sorun yaşamaktadırlar. Pandemi döneminden önceki çalışmaların çoğunda benzer seçeneklerde memnuniyetsizlik görülmektedir. İnsanlar kapalı alanlara ve kalabalık yerlere gitmek istememekte ve hekimlere ve sağlık merkezlerine eskisinden daha çok telefonla ulaşmak istemektedir. Anketimizin sonucuna göre hastalar, bu durumdan memnuniyetsizliklerini ifade etmişlerdir. Hastalar daha önce başvurduğu hekimin kendisini tanımasını ve yaptıklarını bilmesini istemektedir. Bu ise hasta kayıt sistemlerini iyi tutarak mümkündür.

Hastaların doktorlara ve sağlık merkezlerine ulaşılabilirliğinin artması gerekmektedir. Dijital çağda özellikle telefonla ulaşım daha etkili hale getirilebilir.

Özellikle pandemi döneminde, hekim ve sağlık çalışanlarına duyulan güvenin yüksek olması olumlu bir sonuçtur. Hekimler, hastalık bulaşma ihtimalini göze olarak büyük oranda hastalarını muayene etmektedirler. Bu da hekimlere olan güvenin artmasına sebep olmaktadır.

Hasta memnuniyetinin düzenli aralıklarla ölçülmesi ve oluşturulacak bir ulusal kayıt sistemine kaydedilmesi sağlık hizmeti kalitesini ölçmenin yöntemlerinden biridir. Bu gibi çalışmaların artması ve verilerdeki değişimlerin karşılaştırılması gerekmektedir.



7.ÖZET

COVID-19 Pandemisi'nde Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeyleri

Amaç: Bu çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri hastaların, sosyo-demografik özellikleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki ve COVID-19 pandemisi döneminde polikliniğe başvurma sebeplerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan araştırmamız, anket yoluyla yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri, COVID-19 öyküsünün olup olmaması, polikliniğe başvuru sebepleri ile EUROPEP-Tr ölçeği yanıt puanlarının arasındaki farklılığının incelenmesi için t testi ve varyans (ANOVA) analiz yapılmıştır. EUROPEP-Tr ve hastaların memnuniyet düzeyleri arasında ilişkilerinin incelenmesi için korelasyon analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 18 yaş ve üzeri 301 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %54,2'si erkek, %53,2'si 36-64 yaş aralığında, %70,1'i evli, %45,5'i üniversite mezunu, %25,2'si işçi, %53,5'i 2501-7000 TL aylık gelire sahiptir, %39,9'unun bilinen hastalığı vardır. Çalışmaya katılanların %31,6'sı COVID-19 tanısı almıştır ve %49,2'sinin yakın çevresinde COVID-19 tanısı almış olan vardır. Katılımcıların %45,8'i pandemi nedeni ile doktor muayenesini ertelemiş, %28,6'sı pandemi döneminde aile hekimine başvurmamış, %57,1'i bugün polikliniğe muayene için başvurmuş, %75,7'si bugün yakınmalarını hekime tam olarak anlatabildiğini düşünmektedir. Hastalar anketin yapıldığı gün muayene oldukları hekime 1 ile 10 arasında ortalama 8,26±2,51 puan vermiştir.

Sonuç: En az memnuniyet düzeyi görülen seçenek; “doktorunuza telefonla ulaşabilme” olarak saptanmıştır. “İşini tam yapması” ifadesinin ise en yüksek memnuniyetin olduğu ifade olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyetinin; hastaların cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, mesleği, aylık gelir düzeyi gibi demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği, medeni durumun ise hasta memnuniyetine anlamlı şekilde etki etmediği görülmüştür. Çalışmamıza katılan hastalar hekimlerine yüksek oranda güven duymaktadırlar. Hasta memnuniyetinin düzenli aralıklarla ölçülmesi ve oluşturulacak bir ulusal kayıt sistemine kaydedilmesi sağlık hizmeti kalitesini ölçmenin yöntemlerinden biridir. Bu gibi çalışmaların artması ve verilerdeki değişimlerin karşılaştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 Pandemisi, Hasta Memnuniyeti, EUROPEP-Tr

8. ABSTRACT

The Satisfaction Levels of the Health Service Provided by the Patients Applying to the Akdeniz University Family Medicine and Sports Medicine Polyclinics in the COVID-19 Pandemic

Aim: In this study, it was aimed to determine the relationship between socio-demographic characteristics and satisfaction levels of patients over the age of 18 who applied to Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine and Sports Medicine Polyclinics, accepted to participate in the study and gave consent, and the reasons for applying to the polyclinic during the COVID-19 pandemic period.

Methods: Our research, which was designed as descriptive and cross-sectional, was conducted by face-to-face interviews through a questionnaire. T-test and variance (ANOVA) analysis were performed to examine the socio-demographic characteristics of the individuals participating in the study, whether they had a history of COVID-19, the reasons for applying to the outpatient clinic, and the EUROPEP-Tr scale response scores. Correlation analysis was applied to examine the relationship between EUROPEP-Tr and patients' satisfaction levels. P values less than 0.05 were considered statistically significant in the study. Analyzes were made with SPSS 25.0 package program.

Findings: 301 people aged 18 and over were included in the study. 54.2% of the participants are male, 53.2% are between the ages of 36-64, 70.1% are married, 45.5% are university graduates, 25.2% are workers, 53.5% have a monthly income of 2501-7000 TL, 39.9% have a known disease. 31.6% of the participants in the study were diagnosed with COVID-19 and 49.2% of them had a diagnosis of COVID-19 in their close circle. 45.8% of the participants postponed their doctor's examination due to the pandemic, 28.6% did not apply to the family doctor during the pandemic, 57.1% applied to the polyclinic for examination today, 75.7% said they could fully explain their complaints to the physician today. The patients gave an average of 8.26 ± 2.51 points between 1 and 10 to the physician they were examined on the day of the questionnaire.

Conclusions: The option with the least satisfaction level; It was determined as “being able to speak to the general practitioner on the telephone”. It was seen that the expression " thoroughness " was the expression with the highest satisfaction. Patient satisfaction differs according to demographic characteristics such as gender, age, education level, occupation and monthly income level of patients. It was observed that marital status did not significantly affect patient satisfaction. Patients participating in our study have a high level of trust in their physicians. Measuring patient satisfaction at regular intervals and recording it in a national registry system is one of the methods of measuring health care quality. It is necessary to increase such studies and to compare the changes in the data.

Key Words: COVID-19 Pandemic, Patient Satisfaction, EUROPEP-Tr

9. KAYNAKLAR

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 2020; 395: 497–506.
2. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020; 395: 565–74.
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 395: 507–13.
4. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*. 2020; 109: 102433.
5. T.C Sağlık Bakanlığı “Covid-19” Erişim: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66444/birincil-vaka.html> (Erişim tarihi:26 Ocak 2021)
6. T.C Sağlık Bakanlığı “Covid-19” <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> (Erişim tarihi: 24 Ocak 2021)
7. World Health Organization. “Coronavirus disease (COVID-19) outbreak” Erişim: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> (Erişim tarihi:26 Ocak 2021)
8. World Health Organization. “WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard” Erişim. <https://covid19.who.int/> (Erişim tarihi:24 Ocak 2021)
9. T.C Sağlık Bakanlığı “Covid-19” Erişim: <https://covid19.saglik.gov.tr/> (Erişim tarihi:24 Ocak 2021)
10. Graham Carlos W, Dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, Jamil S. Novel Wuhan (2019-NCoV) coronavirus. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2020; 201(4): 7-8.
11. T.C Sağlık Bakanlığı ”Covid-19 aşısı bilgilendirme platformu” Erişim: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 25 Ocak 2021.
12. Kırılmaz H, Öztürk K. Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2018; 5(1): 60-70.

13. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok AB, Ed. Akdağ R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırma Raporu. Araştırma serisi:4. T.C. Sağlık Bakanlığı,. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Opus Basın Yayın; 2010: 1-249 ISBN No: 978-975-590-334-7.
14. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. Medical Care Research and Review, 2008; 65(6): 696–712.
15. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tuncalp O. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. Bull World Health Organ 2019; 97(8): 563e9.
16. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspectives in Public Health, 2016;137(2): 89–101.
17. Grol R, Wensing M, Mainz J. Patients' priorities with respect to general practice care: An international comparison. European Task Force on patient evaluations of general practice (EUROPEP). Fam Pract. 1999; 16: 4–11.
18. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O et al. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2002;16(3): 153-160.
19. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. Eur J Gen Pract. 2015;21(4): 238-45.
20. Baltacı D, Kara, İH, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma, Konuralp Tıp Dergisi, 2011; 3(2): 9-15.
21. Petek D, Kunzi B, Kersnik J, Szecsenyi J, Wensing M. Patients' evaluations of European general practice--revisited after 11 years. Int J Qual Health Care. 2011;23(6):621-628.
22. Woo PCY, Huang Y, Lau SKP, Yuen K.-Y. Coronavirus Genomics and Bioinformatics Analysis. Viruses. 2010;2(8): 1804–1820.

23. Su S, Wong G, Shi, W, et al. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends in Microbiology*. 2016; 24(6): 490–502.
24. Lai MMC, Cavanagh D. The Molecular Biology of Coronaviruses. *Advances in Virus Research*. 1997; 1–100.
25. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020; 579(7798): 270-273.
26. Korber B, Fischer WM, Gnanakaran S, et al. Tracking changes in SARS-CoV2 Spike: evidence that D614G increases infectivity of the COVID-19 virus. *Cell*. 2020; 182(4): 812-827.
27. Mousavizadeh L, Ghasemi S. Genotype and phenotype of COVID-19: Their roles in pathogenesis. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2021; 54(2): 159-163.
28. Hoehl S, Rabenau H, Berger A, Kortenbusch M, et al. Evidence of SARS-CoV-2 infection in returning travelers from Wuhan, China. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382(13): 1278-1280.
29. Vijaykrishna D, Smith GJD, Zhang JX, Peiris JSM, Chen H, Guan Y. Evolutionary Insights into the Ecology of Coronaviruses. *Journal of Virology*. 2007; 81(8): 4012–4020.
30. Corman VM, Muth D, Niemeyer D, Drosten C. Hosts and Sources of Endemic Human Coronaviruses. *Advances in Virus Research*. 2018; 100: 163–188.
31. Lu L, Liu Q, Du L, Jiang S. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): challenges in identifying its source and controlling its spread. *Microbes and Infection*. 2013; 15(8-9): 625–629.
32. Hu B, Zeng LP, Yang XL, Ge XY, et al. Discovery of a rich gene pool of bat SARS-related coronaviruses provides new insights into the origin of SARS coronavirus. *PLOS Pathogens*. 2007; 13(11): e1006698.
33. Lam TTY, Jia N, Zhang YW, Shum MHH, et al. Identifying SARS-CoV-2-related coronaviruses in Malayan pangolins. *Nature*. 2020; 583(7815): 282-285
34. Park SE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19). *Clinical and Experimental Pediatrics*. 2020;63(4):119.

35. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmission of SARS-CoV-2: a review of viral, host, and environmental factors. *Annals of Internal Medicine*. 2021; 174(1): 69-79.
36. Morawska L, Milton DK. It is time to address airborne transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clinical Infectious Diseases*. 2020; 71(9): 2311-2313.
37. “World Health Organization (WHO). Transmission of SARS-CoV-2 : implications for infection prevention precautions”, Erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>. Erişim Tarihi:24 Temmuz 2021
38. Hammett E. How long does Coronavirus survive on different surfaces? BDI Team. 2020;7(5):14-15.
39. Chen W, Lan Y, Yuan X, Deng X, et al. Detectable 2019-nCoV viral RNA in blood is a strong indicator for the further clinical severity. *Emerging Microbes and Infections*, 2020; 9(1): 469–473.
40. Cheung KS, Hung IF, Chan PP, Lung KC, et al. Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples from the Hong Kong Cohort and Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2020; 159(1): 81-95.
41. “Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019). February 2020”, Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)) (Erişim Tarihi:26 Temmuz 2021)
42. T.C. Sağlık Bakanlığı, “COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemioloji ve Tanı”, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼, 2020. Erişim: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgiler-epidemiyojivetani.pdf>. Erişim Tarihi: 25 Temmuz 2021.
43. Ren SY, Wang WB, Hao YG, Zhang HR, Wang ZC, Chen YL, Gao RD. Stability and infectivity of coronaviruses in inanimate environments. *World Journal of Clinical Cases*. 2020; 8: 1391–99.

44. Fung HF, Martinez L, Alarid-Escudero F, et al. The Household Secondary Attack Rate of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): A Rapid Review. *Clinical Infectious Diseases*. 2021; 73(Supplement_2): 138-145.
45. Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, Oteo J, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *The Lancet*. 2020; 396(10250): 535-544.
46. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, Xing F, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395(10223):514.
47. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708.
48. Qin J, You C, Lin Q, Hu T, Yu S, Zhou XH. Estimation of incubation period distribution of COVID-19 using disease onset forward time: a novel cross-sectional and forward follow-up study. *Science Advances*. 2020; 6(33): eabc1202.
49. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061.
50. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 7:CD013665.
51. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, et al. Coronavirus disease 2019 case surveillance—United States, January 22–May 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020; 69(24): 759.
52. Pan F, Ye T, Sun P, Gui S, Liang B, Li L, Zheng D. Time Course of Lung Changes at Chest CT during Recovery from Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Radiology*. 2020;295(3):715.
53. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA* 2020; 323:2052.
54. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, et al. Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients With Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Study. *Clin Infect Dis*. 2020; 71(15):889.

55. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siati DR, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020; 277(8):2251.
56. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, Cazzador D, Borsetto D, Hopkins C, Boscolo-Rizzo P. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA*. 2020; 323:2089.
57. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, Hans S, Barillari MR, Jouffe L, Saussez S. Loss of Smell and Taste in 2013 European Patients With Mild to Moderate COVID-19. *Ann Intern Med*. 2020; 173:672.
58. Jin X, Lian JS, Hu JH, et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms. *Gut*. 2020; 69:1002.
59. Cheung KS, Hung IFN, Chan PPY, et al. Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples From a Hong Kong Cohort: Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2020; 159:81.
60. Cohen PA, Hall LE, John JN, Rapoport AB. The Early Natural History of SARS-CoV-2 Infection: Clinical Observations From an Urban, Ambulatory COVID-19 Clinic. *Mayo Clin Proc*. 2020; 95:1124.
61. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ*. 2020; 369:m1966.
62. Louie JK, Scott HM, DuBois A, Sturtz N, et al. Lessons From Mass-Testing for Coronavirus Disease 2019 in Long-Term Care Facilities for the Elderly in San Francisco. *Clinical Infectious Diseases* 2021; 72(11): 2018-2020.
63. Arentz M, Yim E, Klaff L, Lokhandwala S, Riedo FX, Chong M, Lee M. Characteristics and Outcomes of 21 Critically Ill Patients With COVID-19 in Washington State. *JAMA*. 2020; 323:1612.
64. Liu K, Fang YY, Deng Y, et al. Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. *Chin Med J (Engl)*. 2020; 133:1025.

65. Sandoval Y, Januzzi JL Jr, Jaffe AS. Cardiac Troponin for Assessment of Myocardial Injury in COVID-19: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol*. 2020; 76:1244.
66. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*. 2018; 72(18): 2231-2264.
67. Inciardi RM, Lupi L, Zacccone G, et al. Cardiac Involvement in a Patient With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiology*. 2020, 5(7), 819-824.
68. Kim IC, Kim JY, Kim HA, Han S. COVID-19-related myocarditis in a 21-year-old female patient. *European heart journal*. 2020; 41(19): 1859-1859.
69. Dong N, Cai J, Zhou Y, Liu J, Li F. End-Stage Heart Failure With COVID-19: Strong Evidence of Myocardial Injury by 2019-nCoV. *Heart failure*. 2020; 8(6): 515-517.
70. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, Arbous MS, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thrombosis research* 2020; 191: 145-147.
71. Zhang Y, Xiao M, Zhang S, Xia P, et al. Coagulopathy and Antiphospholipid Antibodies in Patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382(17): e38.
72. Oxley TJ, Mocco J, Majidi S, Kellner CP, et al. Large-Vessel Stroke as a Presenting Feature of Covid-19 in the Young. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382(20): e60.
73. Liotta EM, Batra A, Clark JR, Shlobin NA, Hoffman SC, Orban ZS, Korolnik IJ. Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. *Annals of Clinical and Translational Neurology*. 2020; 7(11): 2221-2230.
74. Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ, HLH Across Speciality Collaboration, UK. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *The Lancet*. 2020; 395(10229): 1033-1034.
75. Wang C, Kang K, Gao Y, Ye M, et al. Cytokine Levels in the Body Fluids of a Patient With COVID-19 and Acute Respiratory Distress Syndrome: A Case Report. *Annals of internal medicine*. 2020; 173(6): 499-501.

76. Leisman DE, Ronner L, Pinotti R, Taylo MD, et al. Cytokine elevation in severe and critical COVID-19: a rapid systematic review, meta-analysis, and comparison with other inflammatory syndromes. *Lancet Respiratory Medicine*. 2020; 8:1233.
77. Rawson TM, Moore LSP, Zhu N, Ranganathan N, et al. Bacterial and Fungal Coinfection in Individuals With Coronavirus: A Rapid Review To Support COVID-19 Antimicrobial Prescribing. *Clinical Infectious Diseases*. 2020; 71(9): 2459-2468.
78. Sen M, Lahane S, Lahane TP, Parekh R, Honavar SG. Mucor in a Viral Land: A Tale of Two Pathogens. *Indian J Ophthalmol* 2021; 69:244.
79. Patel A, Jernigan DB. Initial public health response and interim clinical guidance for the 2019 novel coronavirus outbreak—United States, December 31, 2019–February 4, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020; 69(5): 140.
80. “Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons Under Investigation (PUIs) for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)”. Erişim: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab/guidelines-clinical-specimens.html> Erişim tarihi:25 Temmuz 2021
81. Yu F, Yan L, Wang N, Yang S, et al. Quantitative Detection and Viral Load Analysis of SARS-CoV-2 in Infected Patients. *Clinical Infectious Diseases*. 2020; 71(15): 793-798
82. “World Health Organization. Clinical management of COVID-19 (Interim Guidance) World Health Organization 2020 27 May 2020; Erişim: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>. (Erişim tarihi:25 Temmuz 2021)
83. Long DR, Gombor S, Hogan CA, Greninger AL, et al. Occurrence and Timing of Subsequent SARS-CoV-2 RT-PCR Positivity Among Initially Negative Patients. *Clinical Infectious Diseases*. 2021; 72(2): 323-326.
84. Li Y, Xia L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Role of chest CT in diagnosis and management. *American Journal of Roentgenology*. 2020;214(6):1280–6.
85. Yavuz H, Aydın H. Laboratory findings in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Cumhuriyet Medical Journal*. 2020;198(2):202.
86. “National Institutes of Health. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. Erişim: ”<https://covid19treatmentguidelines.nih.gov> Erişim tarihi: 27 Mayıs 2021.

87. “Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19” Erişim:
<https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management> (Erişim tarihi: 25 Temmuz 2021).
88. “Centers for Disease Control and Prevention. Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19). 2021”. Erişim: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>. Erişim tarihi: 25 Temmuz 2021.
89. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al. Remdesivir for the treatment of COVID-19—final report. N Engl J Med, 2020; 383(19): 1813-1826.
90. Goldman JD, Lye DCB, Hui DS, et al. Remdesivir for 5 or 10 days in patients with severe COVID-19. N Engl J Med. 2020; 383(19): 1827-1837.
91. RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19—preliminary report. N Engl J Med, 2020; 384(8): 693-704.
92. Honein MA, Christie A, Rose DA, et al. Summary of Guidance for Public Health Strategies to Address High Levels of Community Transmission of SARS-CoV-2 and Related Deaths, December 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69:1860.
93. “WHO. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. December 1, 2020.” Erişim: [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak) Erişim tarihi: 10 Temmuz 2021
94. “Centers for Disease Control and Prevention. Federal Register Notice: Wearing of face masks while on conveyances and at transportation hubs.” Erişim: <https://www.cdc.gov/quarantine/masks/mask-travel-guidance.html>. (Erişim tarihi: 15 Temmuz 2021)
95. Centers for Disease Control and Prevention. Types of Masks. Erişim: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/types-of-masks.html>. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2021

96. Islam N, Sharp SJ, Chowell G, et al. Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. *BMJ* 2020; 370: m2743.
97. Chu DK, Akl EA, Duda S, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020; 395:1973.
98. Centers for Disease Control and Prevention. Testing guidance for nursing homes. Erişim: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>. (Erişim tarihi: 16 Temmuz 2021)
99. Denny TN, Andrews L, Bonsignori M, et al. Implementation of a Pooled Surveillance Testing Program for Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections on a College Campus — Duke University, Durham, North Carolina, August 2–October 11, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020; 69(46): 1743.
100. Pan A, Liu L, Wang C, et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323:1915.
101. Jüni P, Rothenbühler M, Bobos P, et al. Impact of climate and public health interventions on the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study. *CMAJ* 2020; 192: E566.
102. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid increase of a SARS-CoV-2 variant with multiple spike protein mutations observed in the United Kingdom, December 2020. Erişim: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SARS-CoV-2-variant-multiple-spike-protein-mutations-United-Kingdom.pdf>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
103. Firestone MJ, Lorentz AJ, Wang X, et al. First Identified Cases of SARS-CoV-2 Variant B.1.1.7 in Minnesota — December 2020–January 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70. Erişim: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7008e1.htm?utm_medium=email&utm_source=govdelivery. Erişim tarihi: 11 Ağustos 2021.
104. Public Health England. Investigation of novel SARS-CoV-2 variant: Variant of Concern 202012/01. Technical briefing 5. Erişim:

- https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/957504/Variant_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_5_England.pdf. Erişim tarihi:21 Temmuz 2021.
- 105.Challen R, Brooks-Pollock E, Read JM, et al. Risk of mortality in patients infected with SARS-CoV-2 variant of concern 202012/1: matched cohort study. *BMJ* 2021; 372: n579.
- 106.Frampton D, Rampling T, Cross A, Bailey H, et al. Genomic characteristics and clinical effect of the emergent SARS-CoV-2 B.1.1.7 lineage in London, UK: a whole-genome sequencing and hospital-based cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00170-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00170-5)
- 107.SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Technical briefing 14. Erişim: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/991343/Variants_of_Concern_VOC_Technical_Briefing_14.pdf. Erişim tarihi:21 Temmuz 2021.
- 108.Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, et al. Detection of a SARS-CoV-2 variant of concern in South Africa. *Nature* 2021; 592:438.
- 109.Virological. Genomic characterisation of an emergent SARS-CoV-2 lineage in Manaus: preliminary findings. Erişim: <https://virological.org/t/genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-manaus-preliminary-findings/586>. Erişim tarihi:21 Temmuz 2021
- 110.Faria NR, Mellan TA, Whittaker C, et al. Genomics and epidemiology of the P.1 SARS-CoV-2 lineage in Manaus, Brazil. *Science* 2021; 372:815.
- 111.Zhang W, Davis BD, Chen SS, et al. Emergence of a Novel SARS-CoV-2 Variant in Southern California. *JAMA*. 2021; 325:1324.
- 112.Deng X, Garcia-Knight MA, Khalid MM, et al. Transmission, infectivity, and antibody neutralization of an emerging SARS-CoV2 2 variant in California carrying a L452R spike protein mutation. Erişim: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33758899/> Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
- 113.COVID-19 Weekly Epidemiological Update Global overview. Erişim: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19> Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2021

114. Genomic surveillance of SARS-CoV-2 novel emerging lineage C.37 Erişim: https://nextstrain.org/community/quipu/C37_lineage Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2021
115. Chen J, Wang R, Wang M, Wei GW. Mutations strengthened SARS-CoV-2 infectivity. *Journal of Molecular Biology*. 2020; 432(19), 5212-5226.
116. Emergency Use Authorization (EUA) of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine to Prevent Coronavirus. Fact sheet for healthcare providers administering vaccine. Erişim: <https://www.fda.gov/media/144413/download>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
117. United Kingdom Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. UK medicines regulator gives approval for first UK COVID-19 vaccine. Erişim: <https://www.gov.uk/government/news/uk-medicines-regulator-gives-approval-for-first-uk-covid-19-vaccine>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
118. Canada. Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: Authorization information. Erişim: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/drugs-vaccines-treatments/vaccines/pfizer-biontech/authorization.html>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
119. European Medicines Agency. EMA recommends first COVID-19 vaccine for authorisation in the EU. Erişim: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
120. Walsh EE, Frenck RW Jr, Falsey AR, et al. Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates. *N Engl J Med* 2020; 383:2439.
121. Frenck RW Jr, Klein NP, Kitchin N, et al. Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents. *N Engl J Med* 2021; 385:239.
122. Zhou D, Dejnirattisai W, Supasa P, et al. Evidence of escape of SARS-CoV-2 variant B.1.351 from natural and vaccine-induced sera. *Cell* 2021; 184:2348.
123. Planas D, Veyer D, Baidaliuk A, et al. Reduced sensitivity of SARS-CoV-2 variant Delta to antibody neutralization. *Nature* 2021; 1-7.
124. FDA Briefing Document. Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine. Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee Meeting. December 10, 2020.

- Erişim: <https://www.fda.gov/media/144245/download>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
125. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med* 2020; 383:2603.
126. Haas EJ, Angula FJ, McLaughlin JM, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet*. 2021; 397(10287):1819-1829.
127. Hall VJ, Foulkes S, Saei A, et al. COVID-19 vaccine coverage in health-care workers in England and effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection (SIREN): a prospective, multicentre, cohort study. *Lancet* 2021; 397:1725.
128. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Butt AA, National Study Group for COVID-19 Vaccination. Effectiveness of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine against the B.1.1.7 and B.1.351 Variants. *New England Journal of Medicine*. Published online May 2021. doi:10.1056/NEJMc2104974
129. Thomas SJ, Moreira ED, Kitchin N, et al. Six Month Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. Erişim: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261159v1.full.pdf>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
130. Gee J, Marquez P, Su J, et al. First Month of COVID-19 Vaccine Safety Monitoring — United States, December 14, 2020–January 13, 2021. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70. Erişim: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7008e3.htm>. Erişim tarihi 11 Ağustos 2021.
131. Chapin-Bardales J, Gee J, Myers T. Reactogenicity Following Receipt of mRNA-Based COVID-19 Vaccines. *JAMA* 2021; 325:2201.
132. Shimabukuro T. COVID-19 vaccine safety update, Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) meeting, January 27, 2021. Erişim: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-01/06-COVID-Shimabukuro.pdf>. Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2021

- 133.CDC COVID-19 Response Team; Food and Drug Administration. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine — United States, December 14–23, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 70(2): 46–51.
- 134.Shimabukuro T, Nair N. Allergic reactions including anaphylaxis after receipt of the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine. JAMA 2021; 325(8): 780-781.
- 135.Gargano JW, Wallace M, Hadler SC, Langley G, et al. Use of mRNA COVID-19 vaccine after reports of myocarditis among vaccine recipients: update from the Advisory Committee on Immunization Practices—United States, June 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report 2021; 70(27): 977.
- 136.Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States. Erişim: <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html> Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2021
- 137.Dionne A, Sperotto F, Chamberlain S, et al "Association of myocarditis with BNT162b2 messenger RNA COVID vaccine in a case series of children" JAMA Cardiol August 2021; August 10, 2021. Erişim: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2783052>. Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2021
- 138.Emergency Use Authorization (EUA) of the Moderna COVID-19 Vaccine to prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Factsheet for healthcare providers administering vaccine. Erişim: https://www.fda.gov/media/144637/download?utm_medium=email&utm_source=govdelivery. Erişim tarihi 21 Temmuz 2021.
- 139.European Medicines Agency. EMA recommends COVID-19 Vaccine Moderna for authorisation in the EU. Erişim: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-moderna-authorisation-eu>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
- 140.Jackson LA, Anderson EJ, Rouphael NG, et al. An mRNA Vaccine against SARS-CoV-2 - Preliminary Report. N Engl J Med 2020; 383:1920.

141. Doria-Rose N, Suthar MS, Makowski M, et al. Antibody Persistence through 6 Months after the Second Dose of mRNA-1273 Vaccine for Covid-19. *N Engl J Med* 2021; 384:2259.
142. Edara VV, Pinsky BA, Suthar MS, Lai L, Davis-Gardner ME, Floyd K, et al. Infection and Vaccine-Induced Neutralizing-Antibody Responses to the SARS-CoV-2 B.1.617 Variants. *N Engl J Med*. 2021; 385:664-666
143. Wu K, Werner AP, Koch M, et al. Serum Neutralizing Activity Elicited by mRNA-1273 Vaccine — Preliminary Report. *New England Journal of Medicine*. 2021; 384(15): 1468-1470.
144. Shen X, Tang H, Pajon R, et al. Neutralization of SARS-CoV-2 Variants B.1.429 and B.1.351. *N Engl J Med* 2021; 384:2352.
145. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med* 2021; 384:403.
146. FDA Briefing Document. Moderna COVID-19 Vaccine. Erişim: <https://www.fda.gov/media/144434/download>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
147. Ali K, Berman G, Zhou H, Deng W, et al. Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine in Adolescents. *The New England Journal of Medicine*; August 11, 2021; doi: 10.1056/NEJMoa2109522. Online ahead of print. Erişim: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2109522>. Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2021
148. World Health Organization. Interim recommendations for use of the AZD1222 (ChAdOx1-S (recombinant)) vaccine against COVID-19 developed by Oxford University and AstraZeneca. Erişim: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-AZD1222-2021.1. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
149. Folegatti PM, Ewer KJ, Aley PK, et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2020; 396:467.
150. Wall EC, Wu M, Harvey R, et al. AZD1222-induced neutralising antibody activity against SARS-CoV-2 Delta VOC. *Lancet* 2021; 398:207.
151. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four

- randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. The Lancet. 2021; 397(10269): 99-111
152. Pai M, Grill A, Ivers A, et al. Vaccine-Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia (VIPIT) Following AstraZeneca COVID-19 Vaccination. Erişim: <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/vaccine-induced-prothrombotic-immune-thrombocytopenia-vipit-following-astrazeneca-covid-19-vaccination/>. Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2021
153. Schultz NH, Sørvoll IH, Michelsen AE, et al. Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. N Engl J Med 2021; 384:2124.
154. Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE, et al. Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. N Engl J Med 2021; 384:2092.
155. European Medicines Agency. AstraZeneca's COVID-19 vaccine: EMA finds possible link to very rare cases of unusual blood clots with low blood platelets. Erişim: <https://www.ema.europa.eu/en/news/astrazenecas-covid-19-vaccine-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood>. Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2021
156. Dyer O. Covid-19: EMA defends AstraZeneca vaccine as Germany and Canada halt rollouts. BMJ 2021; 373:n883.
157. Zhang Y, Zeng G, Pan H, et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults aged 18-59 years: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 clinical trial. Lancet Infect Dis 2021; 21:181.
158. US Food and Drug Administration. Emergency use authorization for vaccines to prevent COVID-19: Guidance for industry. February 2021. Erişim: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/emergency-use-authorization-vaccines-prevent-covid-19>. Erişim tarihi: 21 Temmuz 2021.
159. Wang GL, Wang ZY, Duan LJ, et al. Susceptibility of Circulating SARS-CoV-2 Variants to Neutralization. N Engl J Med 2021; 384:2354.
160. Tanrıover MD, Doğanay HL, Akova M, et al. Efficacy and safety of an inactivated whole-virion SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac): interim results of a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial in Turkey. Lancet 2021; 398:213.

161. Baraniuk C. What do we know about China's covid-19 vaccines? BMJ 2021; 373: n912.
162. Wouters E, Heunis C, van Rensburg D, Meulemans H. Patient satisfaction with antiretroviral services at primary health-care facilities in the Free State, South Africa – a two-year study using four waves of cross-sectional data. BMC Health Services Research. 2008; 8(1): 1-16.
163. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Social Science & Medicine. 2000; 51(11), 1611-1625.
164. Sagaro GG, Yalew AW Koyira MM. Patients ' Satisfaction and Associated Factors Among Outpatient Department at Wolaita Sodo University Teaching Hospital, Southern Ethiopia: A Cross Sectional Study, Sci J Clin Med. 2015; 4(5): 109-116.
165. Sower V, Duffy J, Kilbourne W, Kohers G, Jones P. The Dimensions of service quality for Hospitals; Development and use of the KQCAH scale; Health care management Review. 2001; 26(2): 47-59.
166. Gill M. Purchasing for quality: still in the starting blocks? Quality in Health Care. 1993; 2 (2):179- 182.
167. Ovretveit J. "Japanese health care quality improvement", International Journal of Health Care Quality Assurance. 2001; 14(4): 164-167.
168. Chakraborty SN, Bhattacharjee S, Rahaman MA . A cross-sectional study on patient satisfaction in an Urban Health Care Centre of Siliguri Municipal Corporation, Darjeeling, West Bengal. Medical Journal of Dr. DY Patil University. 2016; 9(3): 325.
169. Peprah AA, Atarah BA. Assessing Patient ' s Satisfaction Using SERVQUAL Model: A case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. International Journal of Business and Social Research (IJBSR). 2014; 4(2): 133-143.
170. Hendriks A, Oort F, Vrielink M, Smets, E. Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. International Journal for Quality in Health Care. 2002; 14(6): 471-482.
171. Torcson, PJ. Patient satisfaction: the Hospitalist's role. Erişim: <https://www.the-hospitalist.org/hospitalist/article/122984/patient-satisfaction-hospitalists-role>. Erişim tarihi: 10 Nisan 2021

172. Pelletier LR, Stichler JF. Patient-centered care and engagement: nurse leaders' imperative for health reform. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2014; 44(9): 473-480.
173. Agrawal D. Health Sector Reforms: Relevance in India. *Indian Journal of Community Medicine*. 2006; 31: 220-222.
174. Murante AM. Patient satisfaction: a strategic tool for health service management. 2010; 48-49 Yayınlanmamış Doktora Tezi. Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa, Italy.
175. Tateke T, Woldie M, Ololo S. Determinants of patient satisfaction with outpatient health services at public and private hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 2012; 4(1): 1-11.
176. Kirsner RS, Federman DG. Patient satisfaction: quality of care from the patients' perspective. *Archives of Dermatology*, 1997; 133(11): 1427-1431.
177. Boyer L, Francois P, Dautre E, Weil G, Labarere J. (2006). Perception and Use of the Results of Patient Satisfaction Surveys by Care Providers in a French Teaching Hospital: *International Journal of Quality of Health Care*. 2006; (18): 359-364.
178. Chow A, Mayer EK, Darzi AW, Athanasiou T. Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*. 2009; 146(3): 435-443.
179. Papanikolaou V, Ntani S. Addressing the Paradoxes of Satisfaction with Hospital Care, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008; 21(6): 548-561.
180. Mahon PY. An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 24: 1241-8.
181. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*. 1997; 45: 1829-43.
182. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*. 1999; 186: 161-165.
183. Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2006; 20: 331-46.
184. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. *Sociology of Health & Illness*. 1983; 5: 297-311.

185. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 6: 185–210.
186. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*. 2009; 22: 8–19.
187. Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 1982; 16: 577–82.
188. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*. 1994; 38: 509–16.
189. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*. 2002; 6: 1–244.
190. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12): 1743-8.
191. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*. 2007; 10(2): 123-142.
192. Swanson KA, Bastani R, Rubenstein LV, Meredith LS, Ford DE. Effect of mental health care and shared decision making on patient satisfaction in a community sample of patients with depression. *Medical Care Research and Review*. 2007; 64(4): 416-430.
193. Xiao H, Barber JP. The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value In Health*. 2008; 11(4): 719-725.
194. Assefa F, Mosse A. Assessment of clients' satisfaction with health service deliveries at Jimma University specialized hospital. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2011; 21(2): 101-110.
195. Cheng SH, Yang MC, Chiang TL. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15(4): 345-355.
196. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*. 2012; 21(1): 39-46.

197. Zaghloul AA, Youssef AA, El-Einein NY. Patient preference for providers' gender at a primary health care setting in Alexandria, Egypt. *Saudi Medical Journal* 2005; 26: 90–95.
198. al-Qatari G, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 523–31.
199. Oermann MH, Masserang M, Maxey M, Lange MP. Clinic visit and waiting: Patient education and satisfaction. *Nursing Economist* 2002; 11: 247–50.
200. Saeed AA, Mohammed BA, Magzoub ME, Al-Doghaither AH. Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers. *Saudi medical journal*. 2001; 22(3): 262-267.
201. Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health & Medical Care Services Review*. 1978; 1(1): 3–15.
202. Becker G, Newsom E. Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *American Journal of Public Health* 2003; 93: 742–8.
203. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87: 271–8.
204. Muhammad A, Farwa R, Abrar Hussain A, Abdul Majid R, Ahmed K, Nadia T. Effect of demographic characteristics on patient's satisfaction with health care facility. *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*. 2014; 28(2): 154-160
205. Ibraheem WA, Ibraheem AB, Bekibele CO. Socio-demographic predictors of patients' satisfaction. *African Journal of Medical and Health Sciences*. 2013; 12(2): 87.
206. Larsson G, Wilde-Larsson B. Quality of care and patient satisfaction: A new theoretical and methodological approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23: 228–47.
207. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 2011; 26: 1265–71.

208. Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science & Medicine* 2005; 60: 501–13.
209. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine* 2001; 52: 1359–70.
210. Atinga RA, Abekah-Nkrumah G, Domfeh KA. Managing healthcare quality in Ghana: a necessity of patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2011; 7(24): 548-563.
211. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. *Health Services Research*. 2005; 40(6p2): 1996-2017.
212. Sung Soo K, Stan K, Mark VJ. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance, *Evaluation & The Health Professions*, 2004; 27(3): 237-25.
213. Arshad AS, Hamid S, Jabeen R, Anjum F. Measuring patient satisfaction: a cross sectional study to improve quality of care at a tertiary care hospital. *Healthline, Journal of Indian Association of Preventive and Social Medicine*. 2012; 3(1): 59-62.
214. Fatima M, Aftab A, Muhammad Aslam B, Shahzana S, Shahzeb H, Zahra M, Ramsha M. Patient satisfaction; OPD services in a tertiary care hospital of Lahore. *The Professional Medical Journal-Quarterly*. 2013; 20 (6): 973-980.
215. Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2000; 18(4): 394-400.
216. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & Safety in Health Care*. 2002; 11: 335–9.
217. Andaleeb SS. Determinants of customer satisfaction with hospitals: A managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*. 1998; 11: 181–7.
218. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R et al. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy*. 2002; 7: 186–8.

219. Patro BK, Kumar R, Goswami A, Nongkynrih B, Pandav CS, UG Study Group. Community perception and client satisfaction about the primary health care services in an urban resettlement colony of New Delhi. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. 2008; 33(4): 250.
220. Doe F. Client Perception Of Quality Of Health Care In Bawku West District Of The Upper East Region Of The Republic Of Ghana. 2009; ss:53-54
Yayımlanmamış. Doktora Tezi. University of Ghana, Accra, Ghana.
221. Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? Comparison of three surveys. *BMJ*. 1996; 313(7061): 841-844.
222. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer satisfactions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64(1): 12-40.
223. Bolton RN, Drew JH. A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*. 1991; 17(4): 375-384.
224. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2006; 19 (1): 60-93.
225. Shemwell DJ, Yavas U, Bilgin Z. Customer-service provider relationships: an empirical test of a model of service quality, satisfaction and relationship-oriented outcomes. *International Journal of Service Industry Management*. 1998; 9: 155-68.
226. Brady MK, Robertson CJ. Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: an exploratory cross-national study. *Journal of Business Research*. 2001; 51(1): 53-60.
227. Bigne E, Moliner MA, Sánchez J. Perceived quality and satisfaction in multiservice organisations: the case of Spanish public services. *Journal of Services Marketing*. 2003; 17 (4): 420-42.
228. Choi KS, Lee H, Kim C, Lee S. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*. 2005; 19 (3): 140-150.

- 229.Strasser S, Schweikhart S, Welch II GE, Burge JC. Satisfaction with medical care. Marketing Health Services. 1995; 15(3): 34.
- 230.Oswald SL, Turner DE, Snipes RL, Butler D. Quality determinants and hospital satisfaction. Marketing Health Services. 1998; 18(1): 19.
- 231.Wei J, Wang X, Yang H, Yang T. Development of an in-patient satisfaction questionnaire for the Chinese population. PLoS One. 2015;10(12):e0144785.
- 232.Bostan S, Havvatoğlu K. EUROPEP aile hekimliği memnuniyet ölçeğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(4).
- 233.Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018;22(2):78-91.
- 234.Dağdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument. Yonsei Med J 2004;45(1):23-8.
- 235.Kızıl C, Akman V, Öztürk S. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN HASTA MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: YALOVA İLİ ÖRNEĞİ. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015; 8(2), 33-47.
- 236.Mete B, Pehlivan E, Tekin Ç, Nacar E, Ünver E, Baran A. Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Medicine Science. 2015; 4(4): 2721-2731.
- 237.Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. Croat Med J. 2017;58(1):63–74.
- 238.Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. Fam Pract. 2011;28(3):342-9.
- 239.Goetz K, Hahn K, Steinhäuser J. Psychometric properties of the Arabic version of the EUROPEP questionnaire. Patient Prefer Adherence. 2018;12:1123–1128.
- 240.Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. Eur J Gen Pract. 2007;13(2):92-4.

10. EKLER

Ek 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. **Araştırmanın Adı:** “COVID-19 Pandemisi’nde Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeyleri” Anketi
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Bu çalışma ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği’ne başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzeri hastaların, sosyo-demografik özellikleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki ve COVID-19 pandemisi döneminde Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvurma sebeplerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu çalışma için Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan “European Working Party on Quality in Family Practice” (EQuIP) tarafından 1999 yılında geliştirilen ve 2002 yılında Aktürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan EUROPEP-Tr ölçeği kullanılacaktır.
- c. **Araştırmanın Amacı:** Çalışmadan elde edilen verilerin sunulan sağlık hizmetindeki kaliteyi artırmak konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.
- d. **Araştırmanın Nedeni:**
(X) Bilimsel araştırma
- e. **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 12 ay
- f. **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:**
- g. **Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:**
Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

Ad soyad:

İmza:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Çalışmanın katılımcılara sunulan sağlık hizmetindeki eksik durumları saptamada ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunmada faydası olacağı düşünülmüştür.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Taygun Yiğit

Telefon:

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Ethem Kavukcu tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlere iletilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum

ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 2. COVID-19 Pandemisi’nde Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeyleri Anketi Formu

COVID-19 Pandemisi’nde Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği ve Spor Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeyleri Anketi

MERHABA;

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında yürütülen bir tez çalışmasının anketidir. Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği’ne başvuran hastaların, sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri ve COVID-19 pandemisi döneminde Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvurma sebeplerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu çalışmaya katılarak bir sağlık kuruluşunun kalitesi gösteren en önemli göstergelerden biri olan hasta memnuniyetinin COVID-19 pandemisi dönemindeki değişiminin saptanması amaçlanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

A. Demografik Veriler Anketi

1. Cinsiyetiniz:

Kadın[]

Erkek[]

2. Yaşınız:

18-35 []

36-64 []

65 yaş ve üzeri []

3. Medeni Durumunuz:

Evli []

Bekar []

Boşanmış[]

4. Öğrenim Durumunuz:

Okuryazar değil []

İlkokul []

Ortaokul []

Lise []

Üniversite []

5. Mesleğiniz:

Memur []

İşçi []

Esnaf []

Ev hanımı []

Çiftçi[]

Diğer[] (Lütfen yazınız)

6. Aylık Geliriniz:

0-2500 TL [] 2500TL-7000TL [] 7000TL-15000TL [] 15000TL ve üstü []

7.Bilinen bir hastalığınız var mı?

[]Evet (Lütfen yazınız),,

[]Hayır

8.COVID-19 hastalığı geçirdiniz mi ya da yakın çevrenizde hastalığı geçiren oldu mu (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

- COVID-19 tanısı aldım []
- Yakın çevremde COVID-19 tanısı alan oldu []
- COVID-19 tanısı almadım []
- Yakın çevremde COVID-19 tanısı alan olmadı []

9.Pandemi nedeni ile doktor muayenesini ertelediniz mi?

Evet []

Hayır []

10.Pandemi döneminde aile hekiminize başvurduğunuz mu? Evet ise başvurma sebebiniz nedir?

- Hiç başvurmadım []
- Muayene olmak için []
- Kontrol için []
- İlaç yazdırmak için []
- Aile planlaması hizmeti için []
- Enjeksiyon-pansuman için []
- Aşı olmak için []
- Rapor almak için []
- Sevk almak için []
- İlaç raporu çıkartmak için []
- Diğer []

11. Bugün polikliniğimize başvuru nedeniniz nedir. Lütfen yazınız.

12. Bugün polikliniğimizden hangi hizmetleri aldınız? Lütfen yazınız.

13. Bugün muayene olduğunuz hekimden memnuniyetinizi 1 ile 10 puan arasında değerlendirseydiniz kaç puan verirdiniz? Lütfen yazınız.

1..... 2..... 3.....4..... 5.....6.....7.....8.....9.....10

14. Size göre siz, yakınmalarınızı hekime tam olarak anlatabildiniz mi?

Evet []

Kısmen []

Hayır []

15. Anlatamadıysanız nedeni neydi? Lütfen yazınız.

B. EUROPEP-Tr Ölçeği

Bu ankette sizin son 12 ay boyunca genel olarak sağlık hizmeti aldığınız hekimin ve muayenehanesinin kalitesini derecelendirmenizi istiyoruz(Bu doktor bugün muayene olduğunuz doktor olmayabilir).

Lütfen bütün soruları cevapladığınızdan ve her soruya bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Eğer soru sizinle ilgili değilse, son kolondaki “Değerlendirmeye uygun değil/İlgisiz” seçeneğini işaretleyiniz.

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel	Değerlendirmeye uygun değil/İlgisiz
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
5. Sizi dinlemesi						
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi						
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9. İşini tam yapması						
10. Sizi muayene etmesi						
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)						
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi						
17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18. Doktor dışı personelin yardımı						
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz						
20. Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz						
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması						

ANKET BİTTİ. YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ