

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

**HASTA DENEYİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:
TÜRKİYE VE KAZAKİSTAN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Azhar ZHAIYKKYZY
ORCID: 0009-0000-1508-9528**

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
ORCID: 0000-0001-6055-6826**

HAZİRAN – 2025

Azhar ZHAIYKKYZY tarafından hazırlanan “Hasta Deneyiminin Değerlendirilmesi: Türkiye ve Kazakistan Karşılaştırması” başlıklı bu tez, 12/05/2025 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Selma ALTINDIŞ

Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Erhan EKİNGEN

Batman Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa: 1/1		
Öğrencinin				
Adı Soyadı	:	Azhar Zhaiykkzy		
Öğrenci Numarası	:	Y209047106		
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi		
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi		
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA		
Tezin Başlığı	:	Hasta Deneyiminin Değerlendirilmesi: Türkiye ve Kazakistan Karşılaştırılması		
Benzerlik Oranı	:	%7		
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. 18 / 03 / 2025 İmza Öğrenci Azhar Zhaiykkzy				
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbtez@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim. <table><tr><td></td><td>18 / 03 / 2025 İmza Danışman Doç. Dr. Harun KIRILMAZ</td></tr></table>				18 / 03 / 2025 İmza Danışman Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
	18 / 03 / 2025 İmza Danışman Doç. Dr. Harun KIRILMAZ			
Uygundur				
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ Tarih: 18 / 03 / 2025 İmza:				
☐ Kabul Edilmiştir ☐ Reddedilmiştir	Enstitü Birim Sorumlusu Onayı			
EYK Tarih ve No: / / 20.... /				

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	iii
TABLolar.....	iv
ŞEKİLLER	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1. SAĞLIK HİZMETİ VE HASTA DENEYİMİ	5
--	----------

1.1. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Kapsamı.....	5
1.2. Hasta Deneyimi Kavramının Tanımı ve Önemi.....	7
1.3. Hasta Memnuniyeti ile Hasta Deneyimi İlişkisi	9
1.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Deneyimi Ölçüm Yöntemleri.....	10
1.5. Hasta Deneyimini Etkileyen Faktörler.....	13
1.5.1. Sağlık Çalışanları	13
1.5.2. Deneyim Esnasında Kullanılan Dil.....	14
1.5.3. Yöneticilerin Hastaya Bakış Açısı.....	15
1.5.4. Hastaların Bakış Açısı.....	15
1.5.5. Hastaların Stres Düzeyi.....	16
1.5.6. Hizmet Ortamı.....	17
1.5.7. Kurumsal Faktörler	18
1.5.8. Tedaviyi Belli Bir Süreye Yayma.....	19
1.5.9. Yenilikçi Gelişmeler.....	19
1.5.10. Kültürel Farklılıklar	20
1.6. Hasta Deneyimi Ölçmenin Sağlık Hizmeti Kalitesine Etkisi	24
1.7. Hasta Deneyim Ölçekleri	25

BÖLÜM 2. KAZAKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ VE HASTA DENEYİMİ	28
---	-----------

2.1. Kazakistan Sağlık Sisteminin Genel Yapısı	28
2.2. Kazakistan’da Hasta Deneyiminin Tarihçesi	30
2.3. Kazakistan’da Hasta Deneyimi İyileştirme Çabaları	31

BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	32
--	-----------

3.1. Araştırmanın Amacı	32
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.3. Veri Toplama Aracı.....	33

3.4. Veri Toplama Süreci	34
3.5. Araştırmanın Kısıtları.....	35
3.6. Araştırmanın Hipotezleri	35
3.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler.....	37
BÖLÜM 4. BULGULAR.....	38
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	38
4.2. Tanımlayıcı İstatistikler	39
4.3. Hasta Deneyimine İlişkin İfadeler	40
4.4. Fark Analizleri.....	43
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
KAYNAKÇA.....	54
EKLER.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	66

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CQC	: Care Quality Commission (Bakım Kalite Komisyonu)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HSQ	: Hospital Stress Questionnaire (Hastane Stres Anketi)
NHS	: National Health Service (Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi)
PPE	: Picker Patient Experience Questionnaire (Picker Hasta Deneyimi Anketi)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket Programı)
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLÖLAR

Tablo 1: Hasta Deneyimi Anketi	34
Tablo 2: Katılımcıların Kişisel Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	39
Tablo 3: Hasta Deneyimine Dair Tanımlayıcı İstatistikler	40
Tablo 4: Hasta Deneyimine İlişkin İfadeler	41
Tablo 5: Katılımcıların Sağlık Hizmeti Aldıkları Ülkeye Göre Fark Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetine Göre Fark Analizi Sonuçları	45
Tablo 7: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 8: Katılımcıların Yaşına Göre Fark Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 9: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları	47
Tablo 10: Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	48
Tablo 11: Katılımcıların Mesleğine Göre Fark Analizi Sonuçları.....	49

ŞEKİLLER

Şekil 1: Hasta Şikayetlerinde İşlenen Konular	12
Şekil 2: Hasta Deneyim Ölçütleri	27
Şekil 3: Kazakistan’da Sağlık Sistemi	30



ÖZET

Zhaiykyzy, A. (2025). *Hasta deneyiminin değerlendirilmesi: Türkiye ve Kazakistan karşılaştırması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi.

Deneyim, sağlık hizmetleri kullanımında öne çıkan kavramlardan biridir. Hasta deneyimi, hastaların sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşuna başvurmadan başlayan sağlık planlarını, sağlık profesyonellerinin uygulamalarını ve sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetleri içeren sağlık sistemi ile etkileşimini kapsamaktadır. Tüketim kavramıyla yakından ilişkili olan hasta deneyiminin, sağlık hizmetlerinde kalite ve memnuniyet ile yakından ilişkisi vardır. Hasta deneyimi sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini ve performansını değerlendirmenin yanı sıra, hasta memnuniyetinin değerlendirilmesini de dikkate alan bir süreçtir. Günümüzde sağlık kuruluşlarının performans ve kalite algıları, tek başına ideal sağlık bakımının sağlanmasını incelemenin ötesine geçmeye ve hasta deneyimini önemli bir gösterge olarak görmeye ve benimsemeye başlamıştır. Bu doğrultuda, hasta deneyiminin sağlık hizmetlerinde önemli bir konu olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan yabancı ülkelerde tedavi gören hastaların kültürel farklılıklarla karşılaşmaları beklenmektedir. Bu farklılıkların olumsuz algılanması durumunda, hasta memnuniyetsizliğine, tedavi uyumsuzluğuna ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmesi muhtemeldir. Nitekim yabancı hastalar tarafından algılanan sağlık hizmetlerindeki kültürel farklılığın hasta deneyimini etkileyeceği varsayılmaktadır.

Bu doğrultuda çalışmanın amacı kültürel farklılıkların hasta deneyiminde değişikliğe yol açıp açmayacağını belirlemesidir. Çalışmanın evrenini Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi ile Türkiye’de sağlık hizmeti alan 300 Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşı ve Kazakistan’da sağlık hizmeti alan 300 Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşı ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu “Sosyo-Demografik Bilgi Formu” ile “Picker Hasta Deneyimi Anketi” esas alınarak hazırlanmıştır. Anket sonucunda elde edilecek verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve fark analizleri kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular analiz edilerek Türkiye ve Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan vatandaşlarının hasta deneyimleri karşılaştırılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, hasta memnuniyeti ve deneyimi üzerindeki etkileri açısından değerlendirilmiş, tanımlayıcı istatistikler ve fark analizleri ile hasta deneyiminin cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve gelir seviyesi gibi değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, iki ülkenin sağlık hizmetleri arasında hasta deneyimi açısından belirgin farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuş, hasta memnuniyetini artırmaya yönelik iyileştirme alanları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Deneyimi, Türkiye, Kazakistan

ABSTRACT

Zhaiykyzy, A. (2025). *Evaluation of patient experience: comparison of Türkiye and Kazakhstan* (Unpublished master's thesis). Sakarya University.

Experience is one of the prominent concepts in the use of health services. Patient experience encompasses the interaction of patients with the healthcare system, including their health plans, the practices of healthcare professionals, and the services provided by the healthcare organization, starting before they apply to the healthcare organization to receive healthcare services. Patient experience, which is closely related to the concept of consumption, is closely related to quality and satisfaction in healthcare services. Patient experience is a process that takes into account the evaluation of patient satisfaction as well as the evaluation of the service quality and performance of the health institution. Today, the performance and quality perceptions of health institutions have begun to go beyond examining the provision of ideal health care alone and to see and adopt patient experience as an important indicator. In this direction, patient experience is considered to be an important issue in health services. On the other hand, it is expected that patients receiving treatment in foreign countries will encounter cultural differences. If these differences are perceived negatively, it is likely to cause patient dissatisfaction, treatment non-compliance, and negative health outcomes. Indeed, it is assumed that the cultural differences in health services perceived by foreign patients will affect the patient experience.

In this direction, the aim of the study is to determine whether cultural differences will lead to a change in patient experience. The universe of the study consists of citizens of the Republic of Kazakhstan receiving health services in Türkiye and citizens of the Republic of Kazakhstan receiving health services in Kazakhstan. The aim was to reach 300 citizens of the Republic of Kazakhstan receiving health services in Turkey and 300 citizens of the Republic of Kazakhstan receiving health services in Kazakhstan using the convenience sampling method. A survey form was used as the data collection tool in the study. The survey form was prepared based on the “Socio-Demographic Information Form” and the “Picker Patient Experience Questionnaire”. Descriptive statistical methods and difference analyses were used in the analysis of the data to be obtained as a result of the survey.

The findings obtained within the scope of the study were analyzed and the patient experiences of Kazakh citizens receiving health services in Türkiye and Kazakhstan were compared. The socio-demographic characteristics of the participants were evaluated in terms of their effects on patient satisfaction and experience, and descriptive statistics and difference analyses were used to examine whether patient experience showed significant differences according to variables such as gender, age, education status and income level. The results obtained revealed that there were significant differences in terms of patient experience between the health services of the two countries, and areas for improvement were determined to increase patient satisfaction.

Keywords: Patient Experience, Türkiye, Kazakhstan

GİRİŞ

Deneyim kavramı, tüketicinin bulunduğu her sektörde sektörün gelişimi için dikkate alınması gereken bir kavramdır. Sağlık sektörü gibi tüketiciye hizmet sunulan sektörlerde, tüketicinin hizmet alımını bir mal alımından daha riskli görmesinden dolayı mal alım-satımına kıyasen deneyimin farklılaştığı söylenecektir (Hutton ve Richardson, 1995). Sağlık sektörü de hastanın deneyimlerinin tartılarak hastanın işletmeye bağlılığının artırılmaya çalışıldığı bir sektördür (Herzlinger, 2006). Sağlık sektöründe hasta deneyimi, fiziksel etkilere açık olmakla birlikte duygusal etkilere de açık bir olgudur (Reimer ve Kuehn, 2005). Hasta deneyimi ile tedavi faydasının, hasta güvenliğinin ve iyilik halinin doğrudan alakalı olduğu çalışmalarda ortaya koyulmuştur (AHRQ, 2021). Hasta deneyimini etkileyen hususların başında personelin hasta ile iletişimi, hastanede sunulan fiziksel imkânlar bulunmaktadır (Holder ve Berndt, 2011). Hastane personeli, hasta deneyiminin merkezindedir (Lovelock ve Wright, 2002). Yapılan çalışmalarda hasta deneyimini etkileyen en büyük iki faktörün doktorlarla iletişim ve hemşirelerle iletişim olduğu görülmektedir (Park vd., 2022). Hasta deneyimini olumsuz etkileyen hususlar da bulunmaktadır. Ancak sosyalleşme gibi bazı deneyimlerin hastaya sunulduğu durumlarda hasta deneyiminin olumsuz yönlerinin giderildiği de görülmektedir (Akmaz, 2019). Hastanın deneyimi, hasta özelinde sağlık tesisine yeniden gelme/gelmeme, bir başka hastaya önerme gibi sonuçlar doğurmaktadır. Hastanın karşılaştığı deneyim, hastaneye gelmeden önce düşündüğü umutlarla karşılaştırıldığında hastanın memnuniyeti kavramı ortaya çıkmaktadır. Eğer hasta beklediğiyle paralel bir deneyim yaşıyorsa memnun olarak, beklediği hizmetten kalitesiz bir deneyim yaşıyorsa memnuniyetsiz bir şekilde sağlık tesisinden ayrılmaktadır (Pascoe ve Steiber, 1996). Hasta deneyimi ile hasta memnuniyeti kavramı birbirine yakın kavramlar olsa ve bazen birbirlerinin yerine kullanılsa da ikisinin ayrımı yapılmalıdır. Hasta memnuniyeti genel olarak hastanın beklentileri üzerinden şekillenirken hasta deneyimi hizmetin nasıl algılandığı üzerinden oluşmaktadır (Janapala, 2021). İngiltere ve Güney Kore gibi gelişmiş ülkelerde hasta deneyimi düzenli olarak ölçülmekte ve sağlık hizmetlerinin hasta merkezli olması sağlanmaktadır (Health Insurance Review and Assessment Service; Care Quality Commission, 2021).

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık hizmetleri ve hasta deneyimi kavramları ele alınmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmetinin tanımı, kapsamı ve hasta deneyimi ile olan ilişkisi incelenmiştir; sağlık hizmetlerinde hasta deneyimini ölçme yöntemleri, hasta deneyimini etkileyen faktörler ve hasta memnuniyeti ile olan ilişkisi

detaylandırılmıştır. Ayrıca, hasta deneyiminin sağlık hizmeti kalitesine etkisi ve hasta deneyimini ölçmede kullanılan ölçekler de bu bölümde ele alınmıştır.

İkinci bölümde, Kazakistan sağlık sistemi ve hasta deneyimi üzerine odaklanılmıştır. Kazakistan'daki sağlık sisteminin genel yapısı, sağlık hizmetlerinin sunumu, devlet ve özel sağlık sektörlerinin işleyişi gibi konular ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Ayrıca, Kazakistan'da hasta deneyiminin tarihçesi ve bu deneyimi iyileştirme çabaları üzerinde durulmuştur.

Üçüncü bölümde, araştırmanın yöntemi açıklanmıştır. Araştırmanın amacı, evreni ve örneklemini, veri toplama araçları ve süreci detaylandırılmıştır. Ayrıca, araştırmanın hipotezleri, kullanılan analiz yöntemleri ve çalışmanın karşılaşılabileceği sınırlılıklar ele alınmıştır.

Dördüncü bölümde, araştırmanın bulgularına yer verilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, hasta deneyimine ilişkin veriler, tanımlayıcı istatistikler ve farklı değişkenlere göre fark analizleri detaylı bir şekilde değerlendirilmiştir. Son olarak, araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda öneriler sunulmuştur.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı sağlık kuruluşundan hizmet alan bireylerin hasta deneyimini değerlendirmek, sosyo-demografik özelliklere göre hasta deneyiminin değişip değişmediği tespit etmek ve Türkiye'de ve Kazakistan'da sağlık hizmeti alan bireyler arasında hasta deneyiminin farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymaktır.

Araştırmanın Problemi ve Soruları

Araştırma amacı doğrultusunda araştırma soruları şu şekilde oluşturulmuştur:

1. Sağlık kuruluşlarından hizmet alan bireylerin hasta deneyimi sonuçları nedir?
2. Bireylerin hasta deneyimi, sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşmakta mıdır?
3. Türkiye'de ve Kazakistan'da sağlık hizmeti alan bireylerin hasta deneyimi arasında farklılık var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Literatürde hasta deneyimi ile ilgili çalışmalar bulunmakla birlikte, Türkiye ve Kazakistan örnekleminin karşılaştırması ile literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmadan elde edilecek bulguların Kazakistan’da sağlık kuruluşları ve sağlık sistemi için çıkarımlar sunma potansiyeli bulunmaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi ile Türkiye’de sağlık hizmeti alan 300 Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşı ve Kazakistan’da sağlık hizmeti alan 300 Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşı ulaşılması planlanmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılacaktır. Anket formu “Sosyo-Demografik Bilgi Formu” ile “Picker Hasta Deneyimi Anketi” (Jenkinson vd., 2002; Leonardsen vd., 2017) esas alınarak hazırlanacaktır. Anket sonucunda elde edilecek verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve fark analizleri kullanılacaktır. Picker Hasta Deneyimi Ölçeği yedi bakım boyutuna dağıtılmış 15 sorudan oluşmaktadır: saygı, koordinasyon, bilgi/iletişim/egitim, fiziksel konfor, duygusal destek, yakınların katılımı ve geçiş ve süreklilik. Ölçek bakımın iyileştirilmesi gereken yönlerini vurgulamak ve performans ve bakımı izlemek için hastalardan geri bildirim almak üzere geliştirilmiştir. Sorularda iki (“evet”, “hayır”); üç (“evet, sıklıkla”, “evet, bazen”, “hayır”), dört (“evet, kesinlikle”, “evet, bir dereceye kadar”, “hayır”, “hiçbir endişe veya korkum olmadı”) ve beş yanıt seçeneği (“evet, kesinlikle”, “evet, bir dereceye kadar” “hayır”, “ailem veya arkadaşlarım dâhil olmadı”, “ailem veya arkadaşlarım bilgi istemedi veya bilgiye ihtiyaç duymadı”) bulunmaktadır. Anket formu Kazakça ve Rusça dillerinde hazırlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS Statistics 22 veri analiz yazılımı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve fark analizleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırma, hasta deneyimini değerlendirme ve Türkiye ile Kazakistan’daki sağlık hizmetleri arasındaki farklılıkları ortaya koyma amacı taşısa da bazı sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle, çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olup, bu durum örneklemin genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Katılımcılar gönüllülük esasına

göre belirlenmiş olduğundan, yanıtların yalnızca belirli bir hasta grubunun görüşlerini yansıtmıa ihtimali bulunmaktadır. Ayrıca, araştırmada anket yöntemi kullanılmış olup, bu durum hastaların sağlık hizmeti deneyimlerini daha derinlemesine analiz etmeyi zorlaştırmaktadır. Anket sorularına verilen yanıtlar bireysel algı ve öznele değeriendirmelere dayandığı için yanlılık riski taşımaktadır. Buna ek olarak, çalışma yalnızca Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarını kapsamaktadır, dolayısıyla farklı kültürel geçmişe sahip hastalar için genellenebilir bulgular sunmamaktadır. Son olarak, sağlık hizmetleri deneyimi zamana bağlı olarak değışebilen dinamik bir süreç olduğundan, araştırmanın belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilmesi elde edilen bulguların uzun vadeli sağlık hizmeti politikalarına yönelik çıkarımlarını sınırlandırabilmektedir.



BÖLÜM 1. SAĞLIK HİZMETİ VE HASTA DENEYİMİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmeti ve hasta deneyimi kavramlarının açıklanmasına yönelik genel bir çerçeve sunulmaktadır. Bu kapsamda, sağlık hizmetinin tanımı ve kapsamı, hasta deneyimi kavramının önemi, sağlık hizmetlerinde hasta deneyimini ölçme yöntemleri ve bu deneyimi etkileyen faktörler ele alınmaktadır. Ayrıca, hasta memnuniyeti ile hasta deneyimi arasındaki ilişki irdelenerek, hasta deneyiminin sağlık hizmetlerinin kalitesine olan etkisi değerlendirilmektedir. Son olarak, hasta deneyimini ölçmede kullanılan ölçekler incelenerek, sağlık hizmetlerinin hasta odaklı değerlendirilmesine yönelik yaklaşımlar tartışılmaktadır.

1.1. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Kapsamı

Sağlık, insanoğlu var olduğundan beri korunması ve kıymeti bilinmesi gereken bir değer olarak varlığını sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından gerçekleştirilen sağlıklı olma tanımı “sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik” olarak ifade edilmektedir (Durmuş, 2012, s. 200).

Bireylere karşı sağlığın sağlanması için gereken hizmetler de sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık hizmeti kapsamında birey ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme; koruma ve geliştirmenin sağlanması için tanı, tedavi, önleyici tıp hizmetlerinin kullanılmasını kapsamaktadır. Sağlık hizmeti genel anlamda “*bilimin ışığında birey ve toplumların karşılayabileceği maliyet ile her an ulaşılabilir, sosyal yönden kabul edilebilir zorunlu hizmet*” olarak ifade edilmektedir (World Health Organization, 1998). Sağlık hizmetlerinin yapılması ve çağa uygun bir şekilde geliştirilmesi, bireylerin yaşam mutluluklarının artmasına vesile olacaktır. Bu sebeple Türkiye ve Kazakistan’da olduğu gibi çoğu ülkenin anayasasında sağlık hizmetinin vatandaşlara sunumu bir kamu hizmeti olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri genel olarak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere birbiriyle bağlantılı üç farklı başlıkta toplanmaktadır (Stamatis, 2000).

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık bireyde var olmadan önce, bireyi hastalıktan korumak adına gerçekleştirilen bireye ve çevreye karşı her türlü sağlık hizmetidir (Kavuncubaşı, 2000, s. 34). Bireylerin hastalık hakkında bilinçlendirilmesi, halk sağlığını korumak adına su analizlerinin yapılması, hava kirliliğine karşı farkındalık gibi

alışmalar koruyucu sağlık hizmeti olarak kabul edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetinin başarısı, sağlık giderlerinin de azalmasına olacaktır (etin, 2019, s. 7).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığını fiziksel veya psikolojik anlamda belli bir oranda yitirmiş kişilere gerçekleştirilen teşhis ve tedavi surelerini ifade etmektedir (Olsen, 2009). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden en buyk farkı doğrudan kişiye oluşudur. Bu sebeple daha maliyetlidir ancak kişiye özel oluşundan kaynaklı olarak daha etkilidir (Altay, 2007, s. 38). Tedavi edici sağlık hizmetleri tedavi şekline, hastalığın ağırlığına gore  basamağa ayrılmaktadır;

- Birinci basamak sağlık hizmetleri hastanın ayakta muayene hizmeti veren aile hekimliği benzeri yerlerdir.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmeti veren yerlerde zulemeyen, uzmanlık isteyen, hastanın yatırılması gereken durumların tedavi edildiği yerlerdir.
- nc basamak sağlık hizmetleri özel branşlarda uzmanlaşmış, yüksek ve farklı teknolojilere sahip kurumlarda verilen hizmetlerdir.

Hastalık sonrasında kişilerde bulunan farklı kusurlar, hayatlarını etkilemeye devam edebilmektedir. Fiziksel veya ruhsal açıdan etkilenen ve hayatına tek başına devam edemeyecek kişilere gerçekleştirilen hizmetler de rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007, s. 65).

Hasta deneyimini şekillendiren unsurları anlamak için sağlık hizmetinin nasıl bir hizmet türü olduğunu anlamakta fayda bulunmaktadır. Zira sağlık hizmeti, bir tamir hizmeti gibi sıradan bir hizmet türü değildir. Sağlık hizmetinin genel özellikleri şu şekilde özetlenebilir (Ak ve Sevin, 2000):

- Sağlık hizmeti soyuttur, bireylere elle tutulabilir bir çıktı vermez.
- Arz talep dengesizliği mevcuttur.
- Talep miktarının ölçülmesi ve tahminde bulunulması imknsızdır.
- Oluşacak yoğun talebe yönelik herhangi bir hizmet depolaması gerçekleştirilemez.
- Alınacak hizmet ertelenemez.
- Yerini dolduracak bir hizmet bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetinde hasta deneyimini etkileyen en önemli unsurlardan biri kaliteli bakımdır. WHO kaliteli bakımın şartlarını etkili, verimli, bütünlük, eşitlikçi, güvenli ve hasta merkezli hizmet sunumu olarak ifade etmektedir (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Kalitenin genel tanımı “müşteri beklentilerini karşılayan, sürekli gelişmeyi amaçlayan, kusursuzluk anlayışına sahip, verimli, değişmeyi göze alma” şeklindedir (Çetin, 2019, s. 10). Sağlık hizmetlerinde kalite ise, hastanın sağlığını iyileştirmek adına gerçekleştirilen faaliyetlerdeki hatayı ve kişiye olan zararın tamamen azaltılması anlamına gelecektir (Aslantekin vd., 2007). Kaliteli bir sağlık bakımının oluşması için, hasta deneyiminin incelenerek verilen geri dönüşlere göre hasta merkezli bir sağlık hizmetinin oluşturulması gerekmektedir. Hasta, kaliteli sağlık hizmetinin tam ortasında ele alınmalıdır (Berwick vd., 2008, s. 762).

1.2. Hasta Deneyimi Kavramının Tanımı ve Önemi

Hasta deneyimi literatürde çalışılmakla birlikte karmaşık yapısı sebebiyle genel bir tanımı bulunmamaktadır. Risser, hasta deneyimini, “hastaların ideal bakım beklentileri ile gerçekte aldıkları bakım arasındaki uyum derecesi” olarak tanımlamıştır (Gjhs, 2009). Hasta deneyimi, “sağlık organizasyonunun kültürü tarafından şekillendirilen ve hasta algılarını etkileyen, hastanın sağlık bakımı esnasındaki tüm etkileşimlerinin toplamı” olarak ifade edilmektedir (The Beryl Institute, 2022). Wolosin, hasta deneyimini bakım kalitesinin bir göstergesi olarak görmüş ve bunu hasta memnuniyetinin temel bir unsuru olarak değerlendirmiştir. Wolosin’e göre, bir hasta, aldığı hizmetin beklentilerini aştığını hissettiğinde memnuniyet duymaktadır (Gjhs, 2009).

Hasta deneyimi kavramı, ekonomi anlayışında 1998 yılında yayımlanan bir makale üzerine temelleri kurulan müşteri deneyimi kavramından ortaya çıkmıştır (URL-1). Hasta deneyimi hastanın sağlık tesisine girmesinden önce başlayan tedavilerinin planlanması, sağlık çalışanlarıyla etkileşimi dâhil tedavi gördüğü sağlık sistemiyle olan ilişkisini ifade etmektedir (URL-2). Hasta deneyimi sağlık hizmeti almadan önce başlar, gelecekte elde edilecek sonuçların öngörülmesiyle devam eder ve sağlık hizmeti bittikten sonra tesise karşı değerlendirmeler ve anılarla sona erer (Godovykh ve Tasci, 2020). Hasta deneyimi bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerden oluşmaktadır (Godovykh ve Tasci, 2022). Hasta deneyimini oluşturan 3 ana noktanın bulunduğu ifade edilmektedir. Bunlardan birincisi hasta deneyimini sağlık sisteminin bütüncül bir şekilde oluşturması, hastaların rasyonel olarak yaşadıklarından ziyade duygusal olarak yaşadıklarının önemli olması ve hasta deneyiminin sezgi üzerine bir kavram olduğudur (Çetin, 2019, s. 13). Bu sebeple

hasta deneyimi kişiye özeldir; kişiden kişiye değişebilir niteliktedir ve hasta deneyiminin yönetilmesi sağlık tesisine ekonomik olarak fayda sağlayacaktır (Duran ve Uray, 2012).

Tüketicinin deneyimi önemli olmakla birlikte hastanın sağlık tesisinde yaşadığı deneyim diğer tüketici davranışlarından farklıdır. Zira fiziksel ürün alan tüketiciye nazaran hizmet alan tüketici bu alımı daha riskli görmektedir (Hutton ve Richardson, 1995, s.55). Sağlık sektöründe ise kişinin sağlığına etki eden hizmetler gerçekleştirildiği için hasta, sağlık tesisinde bulunduğu ortamda daha olumsuz duygulara sahip olmaktadır (Hutton ve Richardson, 1995, s. 48-61). Bu ise hasta deneyiminin daha zor değerlendirilmesine sebep olmaktadır. Bununla birlikte kişiler arası etkileşimin önemli olduğu sağlık hizmeti sektöründe hizmetin sosyal tarafı üzerine daha fazla dikkat edilmesi gerekliliğine sebebiyet vermektedir (Ismail ve Velnampy, 2013).

Hasta deneyimi, sağlık hizmetlerinin insanileştirmesine hizmet eden en önemli kavramdır. Hasta deneyiminin sağlık hizmetlerinde dikkate alınması hastalık merkezli hizmetten hasta merkezli hizmete geçişi ifade etmektedir (Wiseman vd., 2015). Sağlık hizmetinin insanileşmesi hasta deneyiminin olumlu olarak devam etmesi ve sonuçlanmasına katkı sağlamakla birlikte sağlık kuruluşlarının hasta ile aralarında empati duygusunu, şahsileştirilmiş diğer duyguları ve sonraki sağlık hizmetlerinde sağlık kuruluşuna tekrar gelmesini sağlayan bağlılık duygusunu artırır (Wolf, 2024). Hasta deneyiminin olumlu sonuçlanması hastalık seyrinin olumlu sonuçlanması için de önemlidir (Aiken vd., 2021).

Hasta deneyimini dikkate alan ve insan merkezli bir sağlık hizmetinin sunulmasını sağlamak, sürekli olarak sağlık hizmetinin gelişmesini sağlamak için inovatif bir yaklaşım sergilemek anlamına gelmektedir. Hasta deneyimi ile birlikte verilen hizmetin değiştirilmesi önemlidir ancak hastaların deneyim çıktıları ile tedavisi sağlık hizmetleri arasında uzun denebilecek bir süre bulunduğundan hasta deneyimi incelenirken dikkat edilmesi gereklidir (Aiken vd., 2021). Bununla birlikte hastanın birçok durumda aldığı sağlık hizmetinin gerekliliğini, kalitesini ölçecek seviyede bulunmaması da hasta deneyiminin dikkate alınarak gerçekleştirildiği kalite değişimlerinde dikkat edilmesi gereken durumlardandır.

Hasta deneyiminin şekillenmesindeki en önemli unsurlardan biri de hastanın hizmete karşı algısının nasıl olduğudur. Hastanın beklentileri ve sağlık tesisinin verdiği hizmete karşı hasta tarafından oluşturulan algı, hasta deneyiminin olumlu ya da olumsuz sonuçlanmasını sağlayacaktır. Hastanın sağlık hizmetine karşılık verdiği ücret, bu hizmeti almak için harcadığı zaman, geçirdiği stres hastanın külfetine katlandığı toplam maliyettir

(Dursun ve Çerçi, 2004, s. 4-5). Sağlık hizmetinin sonunda gerçekleşen yarar algısı, külfet algısının üzerinde olursa hasta tatmini sağlanacaktır ancak tam tersi durumunda hastanın olumsuz bir deneyim gerçekleşmesine sebep olacaktır. Bu sebeple, Türkiye sosyal güvenlik sistemi bulunan ülkelerde devlet hastanesine başvuran hastaların deneyimlerinin sağlık hizmetini değerlendirmeye ne kadar müsait olduğu tartışılmalıdır. Zira bu şekilde devlet hastanesine başvuran hastalar ya hiç ya da çok az ücret ödediklerinden hizmetin ücret külfetine katılmamaktadır. Bu ise hasta deneyiminin daha fazla olumlu sonuçlanmasına sebep olabilecektir.

1.3. Hasta Memnuniyeti ile Hasta Deneyimi İlişkisi

Hasta deneyimi ile hasta memnuniyeti birbirine çok yakın kavramlar olup karıştırılmaya müsaittir. Ancak iki kavramın hedefi farklı olduğu için aralarındaki farkın ortaya koyulması gerekmektedir. Hasta deneyimi önceki bölümlerde açıklandığından hasta memnuniyeti kavramının mahiyetinin belirlenmesi uygun olacaktır. Hasta memnuniyeti, hastaların isteklerine uygun bir şekilde hizmet alması, beklentilerinin üstünde hizmet gerçekleştirilmesi anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007, s. 65). Hasta memnuniyeti, hastaların bekledikleri hizmet ile sağlık tesisinde edindikleri deneyim arasında şekillenmiş bir kavramdır (Beattie vd., 2015, s. 97). Bununla birlikte hasta memnuniyeti kavramı, deneyim kavramından daha sığ ve subjektif bir ölçüm gerçekleştirmektedir. Kişinin maddi durumu, hayattan aldığı zevk, statüsü gibi faktörler hasta deneyimine etki edecektir. Örnek vermek gerekirse, hastanın tesiste doktoru beklemesine dair değerlendirme istenmesi memnuniyet ölçecekken doktoru kaç dakika beklediğinin sorulması deneyim ölçümüne fayda sağlayacaktır (Çetin, 2019, s. 15). Önceki deneyimlerinde hiç doktor beklememiş olan hasta için 5 dakika bekletilmek memnuniyet düşürücü bir etken olarak ifade edilebilecekken diğer bir hasta için 5 dakika bekletilmek bekleme olarak bile ifade edilmeyebilecektir.

Sağlık sektöründe 2000 yılları öncesinde hasta memnuniyeti üzerinden bir değerlendirme gerçekleştirilirken 2000 yılları başından sonra hasta deneyimi üzerinden gerçekleştirilmeye devam edilmiştir. Bu husus 2000 yılında yayımlanan DSÖ raporunda da ifade edilmiştir. Geçişin gerekmesinin amacı olarak kişinin hasta deneyiminden alınan bilgiler dikkate alınarak gerçek bir sistem performansının ölçülmesidir (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005, s. 8).

1.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Deneyimi Ölçüm Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde hasta deneyimini ölçen en önemli verilerden biri hasta şikâyetleridir. Hasta şikâyeti sağlık hizmeti nihayete erdiğinde, genellikle hastanın memnuniyetsizlik sınırı aşıldığında hastane yönetimine hitaben yazdığı resmi yazılardır (Dursun ve Çerçi, 2004, s. 4-5). Hasta, hizmetin öznesi olarak hizmetin aksayan yanlarını, eksiklerini eleştirel olarak bakabilecek en önemli unsurlardandır. Hasta şikâyetleri genel olarak sağlık tesisi sahibi ve yönetimi açısından olumsuz algılansa da hasta şikâyetlerinin incelenmesi sağlık tesisi açısından da faydalıdır. Görülmeyen, dikkat edilmeyen unsurlar hasta tarafından tespit edilebilir ve raporlanabilir. İngiltere’de yaşanan bir vakada, Mid-Staffordshire NHS Vakfı hastanesinde gerçekleşen 1200’e yakın hasta ölümüne dair hükümet tarafından soruşturma gerçekleştirilmiştir. Soruşturma sonrasında anlaşılmıştır ki hastaların ölümüne sebep olan hastane eksikliklerinin birçoğu hasta şikâyetlerinde dile getirilmiştir (Francis, 2013). Hasta şikâyetleri hastanenin eksikliklerine yönelik olabilse de genel itibarıyla gerçekleşen öznel deneyime yönelik arızaları iletmek için gerçekleştirilir. Sağlık tesisinin kalitesini ve verimini ölçen araçlar, hastanın deneyimlediği onur kırıcı hareketlerin, mahremiyetin ölçümünde yeterli kalmayabilir. Bu gibi duygusal ve deneyim içeren hususlar hasta şikâyetleriyle tespit edilebilir. Hasta şikâyetlerinin dört genel özelliği mevcuttur (Reader vd., 2014, s. 680):

1. Hasta şikâyetleri sağlık tesisinin başarısızlığını sistematik bir şekilde ortaya koymaz. Hastanın fiziksel, ruhsal zararlarını ifade eder.
2. Duygusal niteliktedir. Sağlık çalışanlarının eksikliklerini ifade ederken öfkeli ve sıkıntılı bir şekilde ifade edebilirler.
3. Öznel nitelikte olduğundan ve bireysel sıkıntıları dile getirdiğinden sağlık sisteminin onarılması için gereken noktaları ifade etmekten uzak kalabilir.
4. Şikâyetle hastanın muhatap olduğu sağlık çalışanının olay kapsamında gerçekleştirdiği eylem ve tutum iletildiğinden sorunun gerçek kaynağına yönelik bir tespit içermez. Örneğin sağlık çalışanının öfkelenmesi, yeterli ilgiyi vermemesi personel eksikliğinden kaynaklanabilir. Ancak bu durum, hasta tarafından şikâyete konu edilmez.

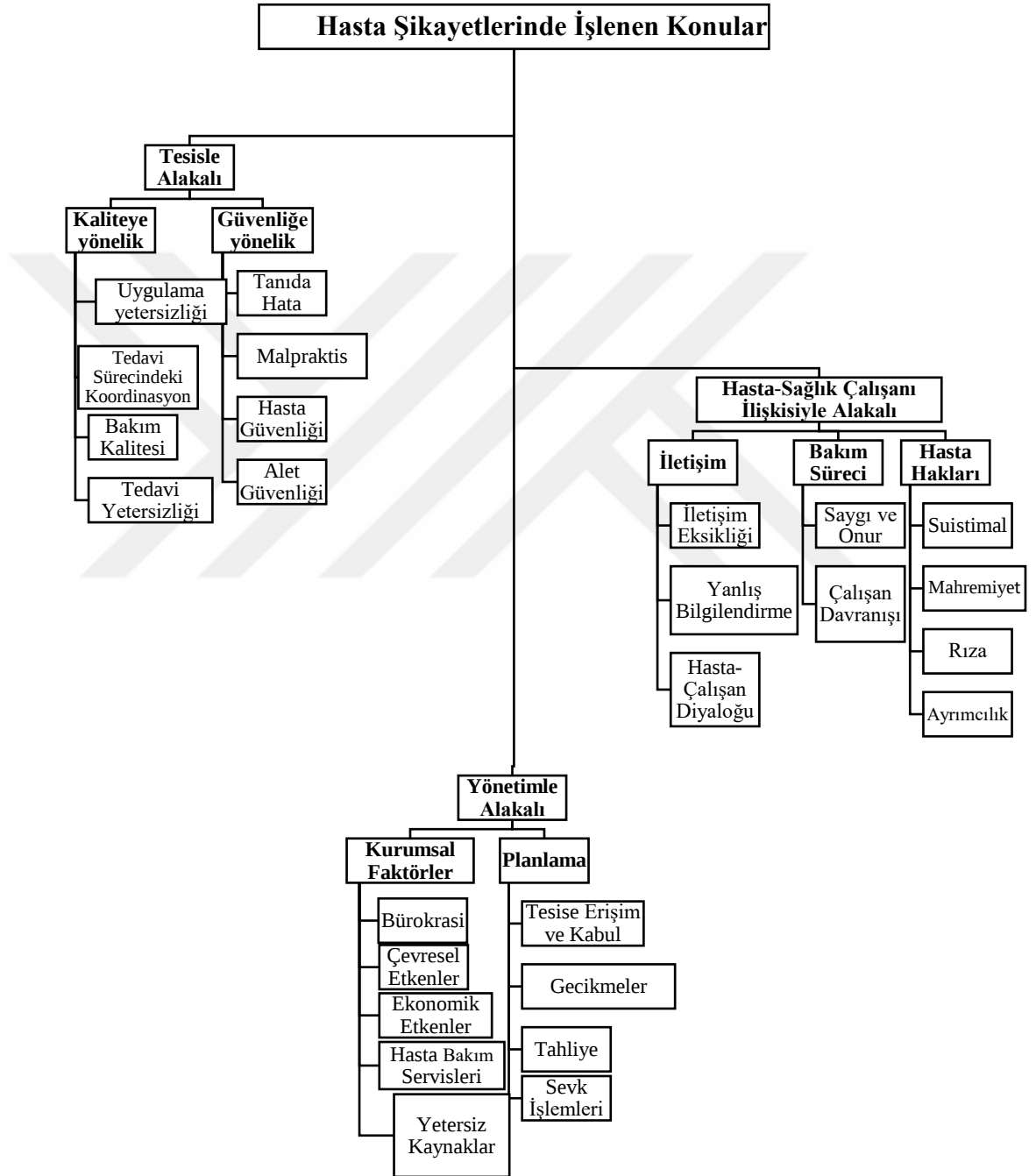
Reader ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada, İngilizce olarak yazılmış hasta şikâyeti verilerini oluşturan 88.069 hasta şikâyeti bildiren 59 çalışma incelenmiş ve hasta şikâyetlerinin hangi başlıklar altında gerçekleştirildiği tespit edilmiştir (Reader vd., 2014,

s. 685). Hasta şikâyetlerinde işlenen konular, aynı zamanda hasta deneyimini olumsuz etkileyen unsurları gözler önüne sereceğinden şikâyetlerin hangi konular çerçevesinde oluştuğunu gözlemlemek faydalı olacaktır. Buna göre genel olarak hasta şikâyetlerinin ana ve alt kategorileri Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1

Hasta Şikayetlerinde İşlenen Konular



Kaynak: Reader vd., (2014.)

1.5. Hasta Deneyimini Etkileyen Faktörler

1.5.1. Sağlık Çalışanları

Sağlık çalışanlarının hastaya davranışları, hasta deneyimini etkileyen en önemli faktörlerdendir. Tanı, tedavi ya da rehabilitasyon amaçlı olarak sağlık tesisine gelen hasta, bulunduğu özel durumu sebebiyle normalden daha fazla ilgi ve alakaya muhtaç olabilmektedir. Kişilerarası faktörler, hasta deneyimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık çalışanlarının hastalarla olan etkileşimlerinde sergiledikleri tutum ve davranışlar, hizmet kalitesini doğrudan etkiler. Hastalarla etkili iletişim kuramayan sağlık profesyonelleri tükenmişlik, hayal kırıklığı ve stres gibi durumlarla karşılaşabilir. Bu durum, hasta-hizmet sağlayıcı ilişkisini olumsuz etkileyerek memnuniyetsizliğe yol açabilir (Back vd., 2019, s. 440). Batbaatar'ın incelemesinde yer alan 62 çalışmada, doktor ve hemşirelerin hastalara gösterdiği davranışların, hasta deneyiminin en temel belirleyicileri arasında olduğu vurgulanmıştır. Bu davranışlar arasında nezaket, samimiyet, empati, hasta tercihlerine saygı, hasta ve ailelere karşı nazik davranışlar yer almaktadır (Camgöz-Akdağ ve Zineldin, 2010). Ayrıca, hastalar, bir sağlık kuruluşunu değerlendirdiklerinde çoğunlukla doktorların teknik becerilerinden çok duygusal yaklaşımlarını temel alarak karar vermektedir (Batbaatar vd., 2017).

Çalışma ortamı, meslektaşların ve yöneticilerin sağladığı destekle şekillenmektedir. Bu tür destekler, iş birliğini güçlendirerek görevlerin ve hedeflerin başarıyla yerine getirilmesine olanak tanır (Flott vd., 2018). Olumlu bir çalışma iklimi, sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırır ve hasta deneyimini olumlu yönde etkiler. Ayrıca, kurumsal kültürün, personelin tutumlarını ve davranışlarını bilinçaltında etkileyerek hizmet kalitesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Nilsen ve Bernhardsson, 2019).

Hasta deneyimini oluşturan en önemli sağlık çalışanlarından biri hemşirelerdir. Hastanın bakımıyla, hazırlanmasıyla ve sair yardım gereken işlerle uğraşan hemşirelerin hastalara tutumu yüzeysel değildir ve hastanın hastaneden ayrılışına kadar hasta deneyimini etkilemeye devam eder. Hemşirenin hastayla tanışması, ilişki kurması hastanın sağlık tesisine karşı güven duymasına ve etkili iletişim kurulmasına yol açmaktadır (Öztürk vd., 2020).

1.5.2. Deneyim Esnasında Kullanılan Dil

Hasta deneyiminin oluşmasında kullanılan dil, hastanın sağlık hizmeti sürecinde kendini nasıl hissettiğini, tedaviye olan güvenini ve sağlık çalışanlarına olan bağlılığını önemli ölçüde etkiler. Hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimin kalitesi, sağlık hizmetlerinin hasta merkezli bir yapıya kavuşması için kritik bir bileşendir. Dilin doğru, anlaşılır ve empati dolu bir şekilde kullanılması, hastaların kendilerini güvende hissetmelerine ve sürece daha kolay uyum sağlamalarına yardımcı olur. Hastanın bilmesi gereken bilgilerin tıbbi literatür kapsamında verilmesi hasta deneyiminin olumsuz inşa edilmesine sebep olabilmektedir.

Bazı durumlarda da hasta ile alakalı olmayan veya hastanın bilmemesi gereken içeriklerin tıbbi terminoloji kullanılarak konuşulması hastaları tedirgin edebilmektedir. Kavramı bilmeyen ve anlamlandıramayan hasta kavramı kendince anlamlandırarak kendine olumsuz bir pay çıkartabilmektedir. Bu ise hastalarda nocebo¹ etkisi oluşturabilmektedir. Hasta ile temas bulunan durumlarda sağlık çalışanlarının kendi aralarında tıbbi jargon kullanması, belirsiz dil kullanması, abartılı ifadeler kullanması hastaların tedaviye cevap süresini uzatabilir ya da hiç cevap vermemesine sebep olabilir (Cheek, 1969, s. 80). Sağlık durumundan kaynaklı olarak kaygılı olmaya hazır hastaya karşı olumsuz anlaşılabilir dil kullanılmamalıdır. Yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanlarının kendi aralarında kullandığı ifadeler derlenmiştir. Bu derlemede çalışanlara ekip arasında kullanılan ifadeler sorulmuştur. Listenin başında, tıbbi jargonlar gelmiştir. İfadelere örnek olarak aşağıdaki cevaplar verilmiştir (Riestra Guidance vd., 2024):

- Sık uçan yolcu
- Göğüse giriyoruz
- Balon takmalı mıyız
- Boşluğa doğru gidiyor, bir ayağı mezarda
- Kanalizasyona giriyoruz.

¹ **Nocebo etkisi**, bir kişinin olumsuz bir sonuç veya yan etki beklediğinde, bu beklentilerin gerçekte yaşadığı olumsuz etkileri ortaya çıkarması durumunu tanımlar. "Nocebo" kelimesi, Latince "zarar vermek" anlamına gelen "nocere" kelimesinden türetilmiştir. Bu etki, hastaların tedavi sırasında yaşadıkları olumsuz yan etkilerin veya semptomların, ilaç veya tedavi ile ilgili olmayan psikolojik faktörlerden kaynaklanabileceğini gösterir.

Bu başlıklar haricinde hasta deneyimini etkileyen öngörülen, öngörülemeyen birçok faktör olabilir ve olay gerçekleşebilir. Kişinin dini tercihlerine uymayan bazı uygulamaların sağlık tesislerinde bulunması hasta deneyimine etki edebilecektir. ABD’de bazı hastanelerde gerçekleştirilen bir uygulamada kilise rahibi, hasta ve hasta yakınlarına moral vermek, nasihat etmek amacıyla hastanede dolaşmaktadır. Çocuğunun hastalığı sebebiyle hastaneye gelen bir çift, çocuğun başında beklerken rahip odaya girer ve çocuğu kaybedecekleri duygusuna kapılan çiftin tedirginliği artar (Black, 2024). Dini hassasiyeti yüksek bir hasta ve yakını açısından normal karşılanabilecek bir olay duygusal, rahibin dinine ya da başka bir dine inanmayan bireyler açısından travmatik olabilecektir. Uzun süre sağlık tesisinde kalan, barınan bireylerin dini hassasiyetlerinin gözetilerek ibadetlerinin gerçekleştireceği yerlerin tesis edilmesi, dini açıdan olumsuz algılanabilecek uygulamalara yer verilmemesi hasta deneyimini olumlu yönden etkileyecektir.

1.5.3. Yöneticilerin Hastaya Bakış Açısı

Sağlık tesislerini yöneten kişilerin hasta merkezietçi olmaması, hasta deneyimini iyileştirmeye yönelik engeller oluşturmaktadır. Hastanın kaliteli bir sağlık hizmetinden anlamadığının, hastayı memnun etmenin mümkün olmadığını, hastanın sağlık hizmetlerine yönelik bir katkısının olmayacağını düşünmek hastadan gelecek geri dönüşleri sağlıklı bir şekilde değerlendirememek ve gerekli değişikliklerin gerçekleştirilememek anlamına gelecektir (Asprey vd., 2013, s. 65). Burada yöneticilerin sağlık hizmeti kalitesini düşürdükleri ya da yükseltmedikleri anlaşılmamalıdır. Bazı durumlarda yöneticiler sağlık hizmetinin kalitesini artırırken hastanın nasıl algıladığına dikkat etmediğinden sağlık sistemi teknik anlamda kaliteli bir evrim yaşamışken hasta deneyimi buna paralel olmayarak gerileyebilecektir.

1.5.4. Hastaların Bakış Açısı

Hasta deneyimi, yalnızca objektif veriler değil, aynı zamanda hastaların bakım sürecindeki öznel algılarını da içerir. Bu nedenle, her hastanın duygusal ve geçmiş deneyimlerine bağlı olarak sağlık hizmetlerinden farklı beklentilere sahip olduğu vurgulanmaktadır (Foster, 2010).

Hastaların bakış açısının hasta deneyimini etkilediği alanlardan biri de hastanın karmaşık tedavi ihtiyaçlarına karşılık multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi gereken durumlarda hastanın direnciyle karşılaşılmasıdır. Hastaya verilen sağlık hizmeti

kalitesinin artırılması için bazı durumlarda farklı alanda uzman birden fazla doktorun müdahalesi gerekebilmektedir. Ancak hastaların genel bakış açısı, kendisiyle ilgilenen doktorun aynı kalmasına yöneliktir. Bu ise multidisipliner çalışmayı engellemekte ve hastaya verilen hizmet kalitesinin artırılmasına rağmen hasta deneyiminin zayıflamasına yol açmaktadır (Rawlinson vd., 2021).

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum gibi hastaların sosyo-demografik özellikleri hastaların deneyimini farklı kılmaktadır. Araştırmalar, yaşın hasta deneyimini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Yaşlı hastalar, genellikle daha düşük beklentilere sahip olmaları ve sağlık profesyonellerinin uzmanlığına daha az itiraz etmeleri nedeniyle, diğer gruplara kıyasla daha yüksek memnuniyet bildirmektedir (Al-Abri ve Al-Balushi, 2014). Bunun yanı sıra, kadınların erkeklere göre daha düşük memnuniyet düzeyi bildirdiği de araştırmalarda belirtilmiştir (Ilioudi vd., 2013).

Eğitim düzeyi ile memnuniyet arasındaki ilişki incelendiğinde, daha az eğitilmiş bireylerin, beklentilerinin düşük olması nedeniyle daha yüksek memnuniyet oranlarına sahip olduğu görülmektedir (Gnardellis ve Niakas, 2005). Hall ve Dornan, sosyal statünün hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu ifade etmiştir (Ilioudi, vd., 2013).

1.5.5. Hastaların Stres Düzeyi

Hastaların hastane süreçlerinde yaşadıkları stres, kaygı ve hayal kırıklığını anlamak, bu duyguların sağlıkları üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu tür duygusal durumlar, hastaların genel sağlık durumunu ve hastanede geçirdikleri deneyimleri olumsuz etkileyebilmektedir.

ICUs and Nursing Web Journal'da yayımlanan bir araştırmaya göre, yoğun duygular, ister olumlu ister olumsuz olsun, bireyin performans yeteneğini düşürmektedir. Bu tür durumların uzun süre devam etmesi, sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Kotrotsiou vd., 2001). Stres, kaygı ve hayal kırıklığı, yoğun duygusal heyecanlar olarak sınıflandırılır ve bu duyguların sürekli deneyimlenmesi hastaların sağlık durumunu daha da kötüleştirebilmektedir.

Malezya'daki Kuala Lipis Hastanesi'nde yapılan bir araştırma, hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca stres seviyelerini değerlendirmek için Hastane Stres Anketi (HSQ) kullanmıştır. Çalışmada, hastalıktan kurtulamama, ciddi hastalık riski, kanser olma ve

ameliyat geçirme gibi endişeler en belirgin stres kaynakları olarak tanımlanmıştır (Boey, 2016).

Bunun yanı sıra, tesislerle ilgili sorunlar (örneğin, dışarıdan gelen gürültü) ve dini yükümlölükleri yerine getirmedeki zorluklar (örneğin, uzak mesafedeki dua odaları) da stres faktörleri olarak belirlenmiştir. Test sonuçlarını öğrenememe, doktor veya hemşire planlarından habersiz olma, sağlık çalışanlarının hastanın gerçek sorunlarını anlamaması ve hastalığa ya da tedaviye ilişkin net açıklama yapılmaması da stres seviyesini artıran diğer nedenler arasında yer almıştır. Ayrıca, eğitim düzeyi, hane halkı büyüklüğü ve yaş gibi sosyo-demografik özelliklerin de stresle ilişkili olduğu bulunmuştur. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlar, geniş ailelere mensup bireyler ve genç hastalar, daha fazla stres yaşadıklarını bildirmiştir. Buna karşılık, yaşlı bireylerin genellikle daha az nevrotik ve daha iyimser olmaları nedeniyle daha düşük stres seviyelerine sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin, hastaların stres ve kaygı kaynaklarını tanıması ve bunları azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmesi büyük önem taşır. Böylece, hastane ortamında yaşanan olumsuz duyguların etkileri en aza indirilebilir ve hastaların genel sağlık durumları korunabilir.

1.5.6. Hizmet Ortamı

Hizmet ortamı, hastaya sağlık tesisi tarafından verilen hizmetin fiziksel şartlarını ifade etmek için kullanılır (Reimer ve Kuehn, 2005, s. 789). Hasta deneyimini etkileyen en önemli faktörlerden biri de sağlık tesisinin hizmet ortamıdır. Hizmet ortamındaki fiziksel unsurlar, hastanın konfor ve güvenlik algısına hitap edebileceği gibi hastanın sınırlandırılmasına da hizmet edebilir. Hastanın nerede dinleneceği, nereye giremeyeceği gibi hususlar da hizmet ortamında bulunan fiziksel uyarcılar aracılığıyla gerçekleşir (Akmaz, 2019). Hizmet ortamının hastaya nasıl tesir ettiği aynı zamanda hastanın sağlık çalışanları ile aralarındaki ilişkiye de etki edecektir. Hastanın diğer deneyimlerini de etkileyen fiziksel uyaranlar şu şekilde ifade edilmiştir (Bitner, 1992, s. 64):

- Ortam şartları (hava sıcaklığı, ses kalabalığı vs.)
- Mekân düzeni ve verimliliği
- Hastayı yönlendiren işaret ve semboller
- Uygun aydınlatma ve gün ışığına erişim (Demicco ve Poorani, 2017, s. 108)

- Hastanın bulunduğu odadan görebileceği doğa manzaraları

Bulunan ortamın fiziksel tasarımı hasta deneyimini iyileştirebileceği gibi tüketiciyi tedirgin de edebilecektir. Tüketici, bulunduğu ortamı değerlendirerek aldığı hizmeti kimliklendirmeye çalışmaktadır. Bu sebeple tasarımın soyut ve somut unsurlarını hasta deneyimine uygun bir şekilde tesis etmek gerekmektedir (Rosenbaum ve Massiah, 2011, s. 482). Bu şekilde sağlık tesisleri hasta deneyimini iyileştirerek tüketicilerin memnuniyetine, hizmeti tekraren satın almaya, çevrelerine övmelerini sağlamaya çalışmaktadır.

Sağlık tesisinin verdiği hizmeti otel standartlarına yaklaştırması hastanın deneyimini iyileştirmeye faydalı olacaktır. Otel benzeri hasta odalarının bulunması, hastane içerisinde eğlence aktivitelerinin bulunması, yiyeceklerin hastane menüsünden ziyade otel menüsüne uygun bir şekilde hazırlanmasının hasta deneyimini iyileştirici nitelikte olduğu gözlemlenmiştir (Jonsson vd., 2021, s. 398).

1.5.7. Kurumsal Faktörler

Kurumsal faktörler, sağlık hizmeti süreçlerini şekillendiren temel bir unsurdur. Hastane altyapısı, çalışma ortamı ve yönetim politikaları gibi unsurlar, hasta deneyimini belirgin şekilde etkileyebilir. Hastaların sağlık kuruluşlarındaki deneyimleri, kurumların işleyişine bağlıdır. Bekleme süreleri, muayene ve ameliyat hazırlıkları ile ilaç temini gibi iç işleyiş prosedürleri, hasta memnuniyetinde önemli bir rol oynar.

Örgütsel yönetim, sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından önemli bir faktördür. Çeşitli araştırmalar, doğru personel planlamasının hasta sonuçları üzerinde olumlu etkiler yarattığını ve bu uygulamanın ölüm oranlarını düşürdüğünü, yeniden yatışları önlediğini ve personel tükenmişliğini azalttığını göstermiştir (McHugh vd., 2021, s. 1908; Halm, 2019, s.154). Bu bağlamda, gelecekte yapılacak çalışmaların, hasta ihtiyaçlarına uygun şekilde personel sayılarını ve beceri setlerini optimize edecek mekanizmalar geliştirmesi gerektiği ifade edilmektedir (Grossi vd., 2021, s. 407).

Literatürde hasta deneyimini etkileyen hususların sınıflandırmasında kullanılan “teknik bakım” kriteri de kurumsal faktörler kapsamında değerlendirilebilecektir. Teknik bakım, sağlık profesyonellerinin yeterlilik, verimlilik ve kaliteli hizmet sunma becerilerine odaklanır (Senarath vd., 2013, s. 68). Bunun yanı sıra, hasta gizliliğine saygı göstermek gibi etik değerler de teknik bakımın bir parçasıdır (Lee vd., 2010, s. 518). Yapılan bir

inceleme, teknik bakım kalitesinin, hastaların sağlık kuruluşlarındaki memnuniyet düzeyini önemli ölçüde artırdığını ortaya koymuştur (Batbaatar vd., 2017, s. 95).

Hastaların, yanlış tedavi görmek ya da saygısız veya ayrımcı bir şekilde muamele görmek gibi durumlarla karşılaştıklarında sağlık deneyimlerinden memnuniyetsizlik duyduğu belirtilmiştir (Lee vd., 2010). Buna karşın, sağlık hizmeti sağlayıcılarının profesyonel rehberlik sunma, ağrı yönetiminde başarılı olma ve uzmanlıklarını etkili bir şekilde kullanma becerileri, hastaların bakım deneyimiyle olumlu bir ilişki göstermektedir (Chen vd., 2013, s. 19).

1.5.8. Tedaviyi Belli Bir Süreye Yayma

Bazı hastalıkların tedavisini ve bununla bağlantılı olarak doktor-hasta arasındaki ilişkiyi belli bir süreye yaymak, hastanın tedavi anlayışını ve hasta deneyimini iyileştirir mahiyettedir (Gálvez vd., 2024).

1.5.9. Yenilikçi Gelişmeler

Sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımının artmasıyla birlikte farklı hizmet türleri oluşmakta ve farklı hasta deneyimleri oluşmaktadır. Bunlardan biri de tele-tıp uygulamalarıdır. Hastalığın ciddiyetine göre bazı sağlık sistemlerinde hastanın doktora uzaktan danıştığı sağlık sistemleri kurulabilmektedir. Türkiye’de de uzaktan sağlık sistemlerinin yasal dayanağı mevcut olup sağlık tesislerinin bu sistemi gerçekleştirebilmesi için ruhsat alması gereklidir. Sağlık tesisleri, 31746 sayılı Resmi Gazete’de 10/02/2022 tarihinde yayımlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik’te bulunan şartları sağladığı takdirde uzaktan sağlık hizmeti verebilecektir.

Bu tür yenilikler bazı hastalar açısından kolaylaştırıcı ve hasta deneyimini olumlu olarak etki eden faktörlerse de bazı hastalar için olumsuz olabilmektedir. Teknolojiden anlamayan, yeniliklere karşı adaptasyon gerçekleştiremeyen başta yaşlı kişiler olmak üzere bireylerin hasta deneyimi kötü seyredebilmektedir (Gálvez vd., 2024). Bu husus sadece uzaktan sağlık hizmetleri açısından değil, hastanenin teknoloji entegrasyonu çerçevesinde gerçekleşen her türlü yenilik açısından düşünölebilecektir. Hastaneye girildikten sonra sıra otomatının üzerinde bulunan yazılımın sorunlu oluşu, arayüzünün karmaşık oluşu, internet kesilmeleri gibi hususlar sadece yaşlı bireyleri değil diğer yaşı grubundaki bireylerin de hasta deneyimini etkileyecektir.

Yapay zekânın gelişmesiyle birlikte hasta deneyimini olumlu yönden etkileyen başkaca gelişmeler olmuştur. Tıp biliminin kendine uygun jargonunun bulunması ve tıbbi teknik terimler içermesi nedeniyle hasta ile alakalı olan bazı raporların hasta tarafından okunması zor olabilmektedir. Bu durum, kişinin farklı bir ülkede ikamet etmesi ve hastane deneyimi yaşaması halinde daha çok hissedilmektedir. Kişinin kendi ile alakalı raporları okuyamaması, anlayamaması kişide belirsizlik duygusu yol açabileceği gibi, anlayamadığı hususları anlam kapsamı dışına çıkararak olumsuz yorumlayabilecektir. Yapılan bir çalışma, ABD’de radyoloji raporlarının yapay zekâ ile kişilerin anlayabileceği dile çevrilmesi halinde doğruluk payının ne kadar olacağını incelemiş ve yapay zekânın %99 oranında güvenli, %80 oranında kaliteli şekilde çeviride bulunduğu tespit edilmiştir (Sterling vd., 2024).

1.5.10. Kültürel Farklılıklar

Son yıllarda, göçmenlik oranlarındaki artış, toplumları daha çok kültürlü hale getirmiştir. Bu durum, sağlık sistemlerine ek zorluklar getirmiş ve özellikle göçmen ve etnik azınlık gruplarına uygun sağlık hizmeti sunulmasında çeşitli engellerle karşılaşılmasına neden olmuştur (Acuña vd., 2010). Örneğin, azınlık hastalarının yoğun olduğu sağlık tesislerinde hasta iletişimde yaşanan sorunlar, kültürel duyarlılığın artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır (Debesay vd., 2022). Bu tür durumlarda, kültürel çeşitliliği anlayan ve buna uygun stratejiler geliştiren bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda piyasa rekabeti, sosyal bağlam ve politika değişiklikleri gibi dışsal faktörlerin sağlık hizmeti süreçlerine etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda, sağlık kuruluşlarının, toplulukların ihtiyaçlarına hızlı yanıt verebilecek stratejik eylemler geliştirmesi önerilmektedir (Guan vd., 2024).

Avrupa'daki etnik azınlık hastalarının, sağlık hizmetlerine erişimde güçlükler yaşadığı, bakım kalitesinde düşüklükle karşılaştığı ve sağlık sonuçlarının genellikle daha kötü olduğu literatürde sıkça belirtilmiştir (Rechel vd., 2013). Bu gruplar, kültürlerarası bakım eksikliği nedeniyle yerel nüfusa göre daha olumsuz hastane deneyimleri yaşamaktadır (Pharos EvA, 2003).

Akut ve acil tedavi gerektiren durumlarda bu tür zorluklar daha da belirgin hale gelir (Deschepper vd., 2015). Kültürlerarası bakımın önündeki başlıca engeller arasında dil sorunları, sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki farklılıklar, sosyoekonomik dezavantajlar, yetersiz hastane kaynakları ve hasta ile sağlık personeli arasındaki kültürel farklılıklar yer

almaktadır. Ayrıca, hastalık ve tedavi algısındaki farklılıklar ile karşılıklı güven eksikliği de bu zorlukları artırmaktadır (Priebe vd., 2011).

Kültürlerarası hemşirelik, kültürel uygunluk ve yeterlilik gibi kavramlar dünya çapında giderek daha fazla ilgi görmekle birlikte, bu alandaki etik rehberlik hala yetersizdir. Bu durum, bakım süreçlerinde yanlış anlaşılmanın devam etmesine neden olmaktadır (Betancourt vd., 2003). Farklı bir ülkede tedavi gören hastalar, karşılaşabilecekleri kültürel farklılıklara genellikle hazırlıklıdır. Ancak, bu farklılıklar olumsuz bir şekilde algılandığında hasta memnuniyetsizliğine, ilaç kullanımında uyumsuzluğa ve sağlık durumunda kötüleşmeye yol açabilir (Napier vd., 2014). Bu tür olumsuz sonuçların önlenmesi için hemşirelerin, hastaların kültürel benzerlik ve farklılıkları nasıl algıladığını anlaması kritik öneme sahiptir (Tucker vd., 2014). Bu anlayış, hasta değerlerinin ve tercihlerinin hemşirelik hizmetlerine entegre edilmesine olanak sağlar. Hemşirelerin, yabancı hastaların kültürel inanç ve beklentilerini daha iyi anlaması, onların bu değerleri bakım süreçlerine daha etkili bir şekilde dâhil etmelerini mümkün kılar.

Hong Kong hastanelerinde yapılan bir çalışmada, Güney Asyalı halkların Hong Kong hastanelerinde Çinli vatandaşlara göre hasta deneyimi ölçülmüş ve belirgin bir fark ortaya çıkmıştır. Katılımcıların %64,4'ü yerel dil olan Kantonca'yı konuşamamaktadır ve bu durum, sağlık çalışanlarıyla iletişimde dil bariyerlerine neden olmaktadır (Liesbet vd., 2017). Güney Asyalı hastalarının karşılaştığı en büyük sorunlar, bakım sürekliliği ve geçişi ile fiziksel konfor eksiklikleridir. Bakım sürekliliği ve geçişi, taburcu olan hastaların evde durumlarını yönetmek için aldıkları bilgi ve önerileri ifade etmektedir. Araştırmalar, Güney Asyalı hastaların bu konuda Çinli hastalara kıyasla %18 daha düşük bir algıya sahip olduğunu ortaya koymuştur (Vandan vd., 2020). Aynı şekilde, arkadaşların hastayı ziyaret etmesi, sosyal normların bir parçası olarak zorunlu kabul edilmektedir (Deschepper vd., 2015). Ancak Hong Kong'daki kamu hastanelerinde, ziyaret saatlerinin sıkı bir şekilde uygulanması ve kısıtlı süreler nedeniyle, aile üyelerinin doktorlarla yeterince zaman geçirememesi önemli bir sorun oluşturmaktadır (Liesbet vd., 2017). Kamu hastanelerindeki ziyaret saatleri genellikle üç ila dört saat ile sınırlıdır ve aynı anda yalnızca iki ziyaretçiye izin verilmektedir. Bu durum, SA katılımcıların, memleketlerinde kısıtlı ziyaret saatleri uygulamasının yaygın olmaması nedeniyle, kendilerini daha da dezavantajlı hissetmelerine neden olmaktadır.

Yapılan bir çalışma, Güney Kore'deki yabancı hastaların deneyimini ölçmüş ve yabancı hastalar, Güney Kore'deki sağlık sistemini kendi ülkelerindeki sağlık hizmetlerinden

belirgin şekilde farklı olarak algılamıştır (Sung ve Park, 2019). Özellikle dil gruplarına göre algılanan farklılıklar dikkat çekmektedir. Moğolca ve Rusça konuşan hastalar, coğrafi yakınlık ve ortak kültürel alışverişlerin etkisiyle benzer kültürel algılar sergilemiştir. Arapça konuşan hastalar ise, Güney Kore hükümetinin Müslüman dostu bir sağlık sistemi oluşturma çabaları nedeniyle diğer gruplara göre daha az kültürel farklılık hissetmiştir. Bunun, 2011 yılında Birleşik Arap Emirlikleri hükümetiyle imzalanan bir mutabakat zaptı gibi girişimlerle desteklendiği belirtilmektedir. Ayrıca, Arapça konuşan katılımcıların ankete daha ılımlı yanıt verme eğilimi de bu bulguyu desteklemektedir (Abdulrahim ve El Asmar, 2012). Ancak, bu grup, kişilerarası etkileşim ve kişisel faktörler açısından daha büyük farklılıklar algılamıştır. Yine aynı çalışmada yabancı hastaların yemek kültürünün farklılığından kaynaklı olarak hasta deneyiminde negatif hususlar yaşadığını gözlemlemiştir. Bulgular, yabancı hastaların "tıbbi bakım maliyeti" ve "tıbbi personelin beceri ve yeterliliği" gibi konuları, ülkelerindeki sağlık hizmetlerine göre oldukça farklı algıladığını göstermiştir. Benzer şekilde, "yemek aroması" ve "yemek tadı" gibi gıda unsurları ile "sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi" de en belirgin farklılık gösteren alanlar arasında yer almıştır.

Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde Afrika kökenli Amerikalı meme kanseri hastalarının, yan etkiler hakkında yeterli bilgi almadıkları için memnuniyetsizlik yaşadıkları bildirilmiştir (Burg vd., 2009, s. 469). Kültürel azınlık konumundaki toplulukların bu tür engellerle karşılaşmasının sebebi olarak şu sebepler ortaya koyulmuştur:

1. Çoğu azınlık hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcıları aynı dili konuşmamaktadır. Bu durum, ikinci bir dil üzerinden iletişim kurmaya çalışıldığında bilgi akışını engelleyerek önemli bilgi eksikliklerine yol açmaktadır (Liesbet vd., 2017).
2. Azınlık hastaların kültürel ihtiyaçları, tercihlerinin ve değerlerinin yerel sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yeterince bilinmemesi veya göz ardı edilmesidir. Bu durum, taburculuk sürecindeki destek ve bakımın yetersiz kalmasına neden olmaktadır (Vandan vd., 2018).
3. Üçüncü neden ise kamu hastanelerinde sınırlı insan kaynakları ve kısa danışmanlık süreleridir. Bu durum, sağlık hizmeti sağlayıcılarının taburculuk sürecinde bakım sürekliliği ve geçişine odaklanmalarını zorlaştırmaktadır (Hall, 2006).

Kültürel, etnik farklılıklar sadece dil, iletişim üzerinden değil çekilen ağrılar üzerinden bile farklılaştığından kültürel ve etnik farklılıklara dikkat edilmesi gerekmektedir. Etnik azınlıktaki hastaların hastane personelinin ağrı yönetimi konusundaki çabalarına yönelik fiziksel konforla ilgili daha fazla sorun bildirmektedir. Bu durum, etnik ağrı algısı kavramını ön plana çıkarmaktadır. Araştırmalar, etnik farklılıklara bağlı olarak ağrı algısının değişebileceğini ve bunun sağlık hizmetlerinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Wingfai ve Thakshyanee, 2014, s. 198). İngiltere’de yapılan bir çalışmada, Güney Asyalı ve Afrika kökenli etnik grupların, Beyaz Avrupalı nüfusa kıyasla farklı kas-iskelet ağrıları yaşadıkları tespit edilmiştir (Allison vd., 2002, s. 151). Ayrıca, Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan sistematik bir inceleme, Afrika kökenli Amerikalıların glokom, migren, ameliyat sonrası ağrı ve artrit gibi durumlarda Beyaz Amerikalılara göre daha fazla ağrı yaşadıklarını ortaya koymuştur (Campbell ve Edwards, 2012, s. 225). Etnik azınlık geçmişine sahip bireylerin, ağrı algısı konusunda çoğunluk gruplarına kıyasla daha hassas oldukları belirtilmiştir. Nörofizyolojik farklılıklar ve sağlık sistemindeki yapısal faktörler, bireyler arasındaki ağrı algısı farklılıklarının temel nedenleri arasında yer almaktadır.

Belçika'daki çok kültürlü bir hastanede yapılan bir etnografik çalışmada, acil servis hastalarının yoğun duygusal yalnızlık yaşadığı tespit edilmiştir. Özellikle Fas, Cezayir, Türkiye ve Kongo gibi ülkelerden gelen hastalar, sosyal temas ve yakınlığa daha fazla ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Keer vd., 2016). Ancak dil engelleri ve diğer klinik nedenler, bu sosyal ihtiyaçların karşılanmasını zorlaştırmaktadır (Clucas, 2016, s. 1725). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastaların sosyal ihtiyaçlarını anlaması ve bu ihtiyaçları karşılaması kritik öneme sahiptir (Deschepper vd., 2015).

Etnik kökenler arasında ağrı deneyimi, stresle ilişkili fizyolojik tepkilerin farklı şekillerde tetiklenmesine neden olabilir. Farklı gruplar, ağrı şikâyetlerini yönetmek için farklı başa çıkma stratejileri benimserken, sağlık çalışanlarının tedavi kararlarının da hastanın etnik kökenine göre değişiklik gösterebildiği görülmektedir. Bu durum, EM geçmişine sahip bireylerde ağrının daha yoğun bir şekilde yaşanmasına neden olabilmektedir (Campbell ve Edwards, 2012, s. 226). Bu tür farklılıklar, hastanın hissettiği ağrı düzeyi ile sağlık hizmeti sağlayıcısının algıladığı seviye arasında anlaşmazlıklara yol açabilir. Örneğin, etnik çoğunluk geçmişine sahip sağlık çalışanları, EM hastalarının ağrılarını daha az önemli görerek bu durumu yeterince dikkate almayabilir (Patel vd., 2009, s. 915). Bazı

durumlarda, sağlık çalışanları, hastanın dikkat çekmek amacıyla ağrısını abarttığını bile dűőünebilir (Jha vd., 2008, s. 1928; Kennel vd., 2019, s. 924).

1.6. Hasta Deneyimi ölmenin Sağlık Hizmeti Kalitesine Etkisi

Hastadan olumlu-olumsuz geri dnűőler alınarak bu eleőtirilerin dikkate alındığı deđiőikliklerin sergilenmesi hasta deneyimini olumlu etkilemekte ve hastanın sağlık tesisine olan sadakatini geliőtirmektedir. Zira hasta, deneyimlediği sağlık hizmetini yorumlamayı ve bu yorumlama sonucunda sağlık tesisinin bazı eylemlerde bulunmasını bekler (Bratincsak vd., 2024). Sağlık çalışanlarına hasta deneyimini neden araőtırılması gerektiği sorulduğunda genel olarak verilen cevaplar řu őekildedir:

- Verilen sağlık hizmetini deneyimleyen tek kişinin hasta olması
- Hasta bakım kalitesinin standart yöntemlerle izlenebilir olduğu sağlık tesisindeki kaliteyi artırmada kilit rolünün olması
- Hizmet ıktısının hasta deneyimiyle alakalı olması
- Hizmetin süjesi olan hastanın doğrudan söz hakkı olması gerekliliği

Sağlık tesisi yöneticileri için hastanın genel memnuniyeti, tesisin iyiliği açısından yeterlidir. Zira birçok yönetici, hastanın tam anlamıyla memnuniyetinin sağlanması ve memnun olmayan hastalara fazla odaklanmanın maliyeti aőırı yükselteceğini dűőünmektedir. Ancak deneyiminden yüksek derece memnun olmayan hastaların aynı tesisi bir daha tercih etme olasılığı dűőükken mükemmel derecede tatmin olan hastanın tesise sadakati daha yüksek olmakta ve sağlık tesisini ayakta tutan da genel olarak bu hasta kitlesi olmaktadır (Otani vd., 2009, s. 98).

Hasta deneyiminin öllmesi, müőteri sadakatini sağlamak adına sağlık tesisinin veri toplaması anlamına gelmektedir. Müőteri sadakati *“bir müőterinin bir hizmet sağlayıcısından yeniden satın alma davranıőı gösterme, sağlayıcıya karőı pozitif tutum sergileme ve bu hizmete ihtiyaç duyduğunda sadece ilgili sağlayıcıya yönelmeyi dűőünme derecesi”* olarak ifade edilmiőtir (Akmaz, 2019, s. 13). Müőteri sadakati diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de dikkate alınması gereken bir alan olarak ortaya çıkmıőtır. Zira yapılan araőtırmalar bir iőtletmenin yeni bir müőteri kazanmasının var olan müőterinin elde tutulmasından daha maliyetli olduğunu ortaya koymuőtur (Holmlund ve Kock, 1996, s. 28). Var olan müőterinin tatmin edilmesi sadakate hizmet etmenin yanı sıra

hastaların kulaktan kulağa reklam gerçekleştirmesiyle işletmeye yeni müşteriler de kazandırmaktadır.

Hasta deneyimini ölçmenin tek başına sağlık hizmetine katkı sunduğu söylenemez. Uzman kişiler tarafından bu verilerin incelenerek sonuçların çıkarılması ve sonrasında uygulanacak politikaların belirlenmesi gerekmektedir. Bununla birlikte bu ölçümlerin bir defa gerçekleştirilerek devamının getirilmemesi de sağlık tesisi açısından faydalı olmayacaktır. Bu testlerin düzenli olarak yapılarak çıktılarının değerlendirilmesi, geliştirilmesi gereken hususların tespiti gerçekleştirilmelidir.

1.7. Hasta Deneyim Ölçekleri

Hasta deneyiminin ölçülmesinde anketler başta olmak üzere birçok veriden faydalanılmaktadır. Bunlara örnek olarak hasta şikâyetler, röportajlar, hasta hakları savunmacıları, hastalar tarafından kullanılan internet sitelerinden alınan verilerle hasta deneyimi ölçülebilmektedir. Hasta deneyimi anketleri, hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili algılarını ölçmek için önemli bir araçtır. Ancak bu anketlerin tasarımı, uygulama süresi ve kalıpları sonuçların doğruluğunu etkileyebilir. Araştırmalar, taburculuktan uzun süre sonra doldurulan anketlerin zayıf deneyim puanlarıyla ilişkilendirildiğini ortaya koymuştur (Kebaish vd., 2021, s. 1268). Bu nedenle, anketlerin taburculuktan sonraki 2 ila 42 gün içinde uygulanması önerilmektedir (Hopkins vd., 2019, s. 398). Ayrıca, anketlerin hasta karışımına uygun şekilde düzenlenmesi, hastane performanslarının doğru bir şekilde karşılaştırılabilmesi için gereklidir (Elliott vd., 2009, s. 509).

Bazı ülkelerin kendine özgü hasta deneyim ölçekleri bulunmakta olup bu deneyim ölçekleriyle sağlık sistemini tecrübe etmiş hastaların deneyimleri ölçülerek strateji çalışmak adına raporlanmaktadır. Bunlardan biri de İspanya’da gerçekleştirilen Memnuniyet Anketi Planı (Plaensa)’dır (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2023). İngiltere’nin Sağlık Bakanlığı olan National Health Services (NHS), 2001 yılından beri hasta deneyimi ölçümleri yapmaktadır. Bu sonuçlar Care Quality Commission (CQC) tarafından denetlenmekte ve sonrasında yayımlanmaktadır (URL-3).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte hasta deneyiminin ölçülmesine yönelik bazı geliştirmelerin gerekliliği hissedilmiş ve bu konuda bazı çalışmalar yapılmıştır. Northwestern Medicine tarafından düzenlenen hastalar için geri bildirim programında üç esas üzerine kurulmuş bir denklem mevcuttur; kısa, modern ve akıllı. Anketler kısaltılarak ölçeklerin verimliliğin artırılması, açık uçlu soruların ve bireylerin kişisel cevap

vermelerinin önü açılarak modern bir anket oluşturulması ve yapay zeka kullanılarak gerçekleştirilen ankete dair verilerin daha akıllıca işlenmesi sağlanmaktadır (Russell vd., 2024). Anketlerin modernleştirilmesi, hastalar tarafından gerçekleştirilen geri bildirim sayısının da artmasına sebep olacaktır. Yazıyla geri dönüş sağlamanın yerine video, ses kayıtlarının kullanılarak geri bildirimlerin alınması hasta deneyimini olumlu etkilemekle birlikte geri dönüş sayısını artıracığından insan merkezli sağlık hizmeti sunulmasının da önünü açacaktır. Geri bildirimlerde yapay zekayı kullanmanın olumlu bir yanı da açık uçlu soruların olumlu/olumsuz geri dönüşler olarak sınıflandırılması ve istatistiğe dökülmesinde kolaylık sağlamasıdır.

Hasta deneyiminin ölçülmesinde en çok kullanılan araçların başında Picker Hasta Deneyimi Anketi gelmektedir. Picker ölçeği ölçüm yapılan sağlık tesisinin değerlendirildiği 100 alt soruya bölünebilecek 40 temel maddeyi kapsar (Jenkinson, 2002, s. 338). Ölçek ilk çıktığında evrensellikten yoksundu. Bu sorunu gidermek adına Picker Enstitüsü tüm hastane ve hastalarda geçerli olabilecek 15 sorudan oluşan PPE-15 testini geliştirdi. Sonrasında Barrio-Cantalejo ve arkadaşları tarafından PPE-15 geliştirilerek PPE-33 oluşturuldu. PPE-33, hastaneye yatırılan hastalara sağlanan bilgileri, hastaların karar alma sürecine katılımlarını ele alan farklı boyutta maddeler içermektedir (Barrio-Cantalejo vd., 2002). Hasta deneyiminin ölçülmesinde kullanılan diğer yöntem ve araçlara şu örnekler verilebilecektir:

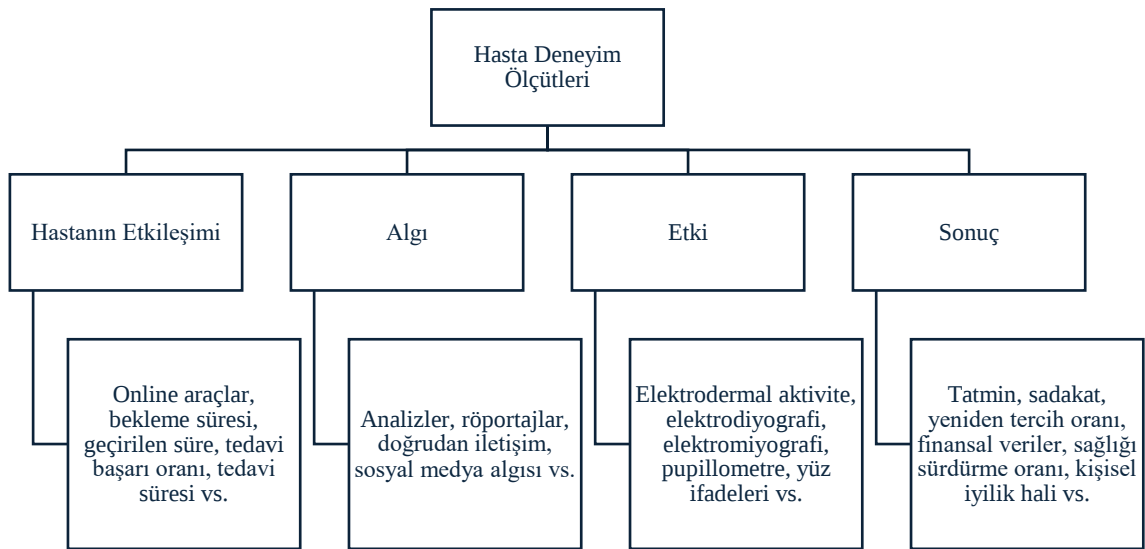
- EXQ Hizmet Deneyimi Ölçeği (Maklan, 2012, s. 8)
- Turistlerin duygusal deneyim ölçeği (Hosany ve Gilbert, 2010); yine sağlık hizmeti turistlerine yönelik tedavi kalitesini, masrafları, altyapıyı, erişim kolaylığını ve diğer bileşenleri ölçen Ghosh ve Mandal deneyim ölçeği (Ghosh ve Mandal, 2019)
- Pozitif ve negatif etki programı (PANAS) (Flores-Kanter vd.)

Birçok hasta deneyim ölçeğinin bulunmasının yanı sıra, hastaların deneyimlerine duygu ve düşünceleri karıştığından, memnuniyet düzeylerinin de hasta deneyimine tesir etmesinden kaynaklı olarak bu testlerin yanında birtakım ölçümlerin yapılarak sağlık tesisine karşı oluşturulan önyargıların azaltılması amaçlanmaktadır (Noble ve Heale, 2019). Bu yöntemlerden biri de hastaların tepkilerinin ölçüldüğü psikofizyolojik tekniklerin kullanımıdır. Kardiyovasküler tekniklerin, elektrodermal aktivitenin, elektromiyografinin, pupillometrinin ve olayla ilişkili potansiyellerin zamansal

çözünürlüğü, hasta deneyimi yolculuğunun değişen karakterini de ölçebilir (Wilhelm ve Grossman, 2010, s. 560). Kalp hızının, basıncının ve bu değerlerin değişiminin takibi hasta deneyiminin pozitif/negatif seyri açısından yardımcı olabilecek verilerin elde edilmesini sağlayabilecektir (Agraftoti vd., 2012, s. 110). Hastaların tepkisinin nasıl olduğuna dair elektrodermal aktivitenin takibi de katkı sağlayabilecektir. Yüz kaslarının elektromiyografisinin ölçülmesi deneyim ölçmeye fayda sağlayabilecektir (Kroeber-Riel, 1979, s. 243). Hastalığa yönelik yapılacak olan tetkiklerde, deneylerde ve denemelerde deneyim esnasında kişinin beyin aktivesinin takibi de hasta deneyimi ölçümüne olumlu katkı sağlayabilecektir (Logothetis vd., 2001, s. 152). Yine hastanın deneyimlerinin duygusal bağlamdan koparılarak deneyimin incelenebileceği metotlardan biri sosyal medya duygu analizi metodudur. Hastalar gerek tesise gelmeden önce gerekse sonrasında tesis hakkında sosyal medya üzerinden olumlu, olumsuz yorumlar gerçekleştirebilmektedir. Program kullanımıyla birlikte hastalar tarafından yazılan bu yorumlardan negatif/pozitif hususlar ortaya koyulabilecektir (Huppertz ve Otto, 2018, s. 367) Hasta deneyimi ölçütleri Şekil 2’deki gibi özetlenebilecektir (Godovkykh ve Pizam, 2023):

Şekil 2

Hasta Deneyim Ölçütleri



Kaynak: Godovkykh ve Pizam, (2023.)

BÖLÜM 2. KAZAKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ VE HASTA

DENEYİMİ

Çalışmanın bu bölümünde Kazakistan sağlık sistemi ve hasta deneyimi üzerine genel bir çerçeve sunulmaktadır. Bu kapsamda, Kazakistan’da sağlık sisteminin genel yapısı, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansman modeli ele alınmaktadır. Ayrıca, Kazakistan’da hasta deneyiminin tarihsel gelişimi, mevcut sağlık politikaları ve hasta memnuniyetini artırmaya yönelik uygulamalar incelenmektedir. Son olarak, Kazakistan’daki sağlık hizmetlerinin hasta odaklılık açısından değerlendirilmesi ve Türkiye ile karşılaştırılması üzerinde durulmaktadır.

2.1. Kazakistan Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

Kazakistan sağlık sistemi, Sovyetler Birliği’nin dağılmasından önce ve sonra olarak değerlendirilmelidir. Kazakistan sağlık hizmeti genel olarak Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. Bununla birlikte Savunma, İçişleri ve Ulaştırma Bakanlıkları tarafından kurum çalışanlarına özel olmak üzere sağlık hizmeti sunulmaktadır (Syzdykova ve Abubakirova, 2019, s. 90). Kazakistan Sağlık Bakanlığı’nın hangi konular üzerine çalışacağı 18 Ekim 2009 tarihli Halk Sağlığı ve Sağlık Sistemi Kanunu’nda düzenlenmiştir. Bu kanuna göre sağlık bakanlığının şu sorumlulukları mevcuttur:

- Sağlık politikalarının ulusal düzeyde uygulanması
- Sağlık planlama sistemlerinin geliştirilmesi
- Sağlık hizmetine yönelik çıkarılacak mevzuatın onaylanması ve geliştirilmesi
- Sağlık sistemi faaliyetlerinin organizasyonu, izlenmesi ve değerlendirilmesi
- Sağlık personellerinin sürekli eğitiminin gerçekleştirilmesi
- Yerel düzeyde bulunan sağlık idarecilerinin atanması
- İlaç ve tıbbi hizmetlerin fiyatlarının düzenlenmesi, tespit edilmesi
- Devlet garantisinde bulunan hizmetlerin gerçekleştirilmesi için sağlık hizmetlerinin satın alınması
- Sağlık politikalarının uygulanması konusunda STK’larla iş birliğinin gerçekleştirilmesi

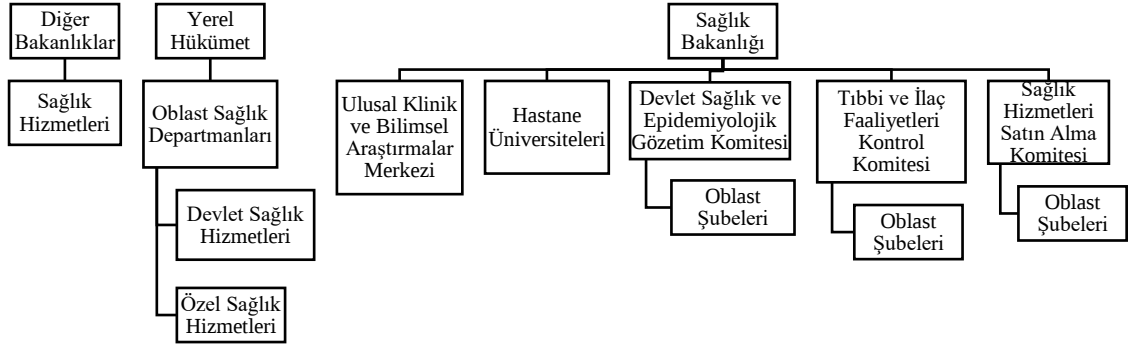
- Acil durumlarda sorumlu olacak kuruluşların hazırlığının ve organizasyonunun sağlanması

Kazakistan'daki sağlık tesislerinin %80'ine yakını idareye ait tesislerken %20'si ise klinik, tıbbi danışmanlık, diş sağlığı merkezi, iyileştirme merkezi gibi kurumlardan oluşan özel sağlık tesisleri oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti genel olarak devlet tarafından gerçekleştirilmektedir ancak bazı sektörlerde özel işletme ağırlığı vardır. Örneğin Kazakistan'daki diş hekimliklerinin %70'i özel sektöre aittir (Syzykova ve Abubakirova, 2019, s. 90). Devlete ait sağlık tesislerinin bazıları devlet kurumuyken bazıları ise devlet işletmesi olarak hizmet vermektedir. Cumhuriyete geçilmesiyle birlikte 1995'te yürürlüğe giren Özyönetim Yasası, kendi fonlarını yöneten devlet işletmesi modelinin önünü açmıştır. Kazakistan'ın sağlık sistemi açısından incelendiğinde devlet tarafından sağlanan üç tür sağlık hizmeti sağlayıcı türünün olduğu görülecektir. Bunlar devlet kurumları, devlet işletmeleri ve devlet ekonomik işletmeleri olarak ifade edilmektedir. Bu kurumların arasındaki esas fark finansal özerklik anlamında ortaya çıkmaktadır. Devlet kurumları, merkez bütçesi tarafından finanse edilmektedir ve hiçbir finans özgürlüğüne sahip değildir. Ekstra herhangi bir ücret de talep edememektedirler. Devlet kurumları kapsamında bulunan sağlık tesisleri toplumsal açıdan önemli olan hastalıkların tedavi edildiği merkezler ve psikiyatri hastaneleridir. Devlet işletmeleri ise finansal yönetimde bazı özerkliklere sahip bulunan ve bazı işlem ve hizmetler için ücret talep etmelerine izin verilen kuruluşlardır. Genel hastaneler, birinci basamak sağlık hizmetleri tesisleri ve teşhis klinikleri bu sınıfa dâhil olmaktadır. Devlet ekonomik işletmeleri ise en fazla ekonomik özerkliğe sahip bulunan ve iç kaynaklarının yönetilmesini izin verilen bir işletme usulüdür. Her ne kadar özerkliği bulunsu da bu kurumları denetleyen mekanizmalar 2011 yılından beri Kazakistan sağlık sisteminde mevcuttur (Health System in Transition, s. 21).

Kazakistan sağlık sistemi özet olarak şu şekilde şematize edilebilecektir (Ministry of Health, 2011):

Şekil 3

Kazakistan'da Sağlık Sistemi



Kaynak: Ministry of Health, (2011.)

Kazakistan'daki doktor sayısı incelendiğinde 2016 yılında 10.000 kişiye düşen doktor sayısı 41,6 iken 2017 yılında gerileyerek 39,7 olmuştur. Aynı şekilde 2017 yılında 10.000 kişiye düşen ebe, hemşire sayısı 78,3'tür (Ministry of Health, 2011). DSÖ'nün yetersiz sınırı olan 23'e göre Kazakistan'da yeterli sağlık çalışanı olduğu söylenebilecektir. Kazakistan'da 14 eyalet bulunmaktadır. Bunlardan Almatı ve Astana en büyükleri ve en çok hastane bulunan eyaletler olduğundan bu iki şehirde uygulanan politikalar ülkenin geneline sirayet etmektedir.

Kazakistan'da sağlık sisteminin bütçe yönetimi de 2012 yılından itibaren merkezileştirilmeye çalışılmıştır. 2004 yılında uygulanmaya başlanan Birleşik Ulusal Sağlık Sistemi çerçevesinde hastanelerin bütçesinin eyalet yönetiminden merkezi hükümet tarafından karşılanmasına çalışılmaktadır. Bu kapsamda genel olarak sağlık tesisleri merkezi hükümet tarafından finanse edilse de bazı dispanserler, psikiyatri hastaneleri ve birinci basamak sağlık tesisleri eyaletler tarafından finanse edilmeye devam etmektedir (Katsaga vd., 2012, s. 16).

2.2. Kazakistan'da Hasta Deneyiminin Tarihçesi

SSCB'nin dağılmasından önce adını sistemin kurucusu olan Nikolay Semashko'dan alan Semashko Modeli uygulanmaktaydı (Türkkan, 2021, s. 323). Semashko Modeli, Sovyetler Birliği döneminde uygulanmış olan, devlet tarafından finanse edilen ve yönetilen bir sağlık hizmeti sistemidir. Bu modelin temel özellikleri, sağlık hizmetlerinin devlet kontrolünde sunulması, ücretsiz olması ve toplumun tüm kesimlerini kapsayan bir yapı oluşturmasıdır. 1950-70 yılları arasında SSCB yönetimindeki Kazakistan'da sayı olarak birçok hastane yapıldı ve doktor istihdam edildi. Bu hastanelerde odak uzmanlaşmaya ve hastane bakımına kayıldı. Bununla birlikte birincil bakıma pek yatırım

yapılmadı. Sonuç olarak sayıca fazla hastanelerin bulunduğu ancak sağlık kalitesinin sağlanmadığı bir durum ortaya çıktı (Katsaga vd., 2012, s. 15). 1980’lerde ise daha üretken alanlara gerçekleştirilen yatırımlar sebebiyle yatırım yapılmayan sağlık sektöründe problemler daha belirgin olmaya başladı. Bütçenin başka alanlara kayması ve sağlık sektöründe artan talep sebebiyle sağlık sektörüne harcanması gereken masraflar farklı adlar altında vatandaştan alınmaya başladı.

Bağımsızlığın kazanılması sonrasında bu sistemin değiştirilmesi amacıyla birçok reform gerçekleştirilmiş ve bu sebeple Kazakistan sağlık sistemi de birden fazla değişikliğe uğramıştır (Katsaga vd., 2012, s. 15). 1990’ların başlarında bağımsızlığın kazanılmasıyla birlikte devlet sisteminin birçok yerinde değişiklik gerçekleştiğinden sağlık sistemi birincil olarak ele alınmamıştır. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlık sigortası sisteminin, hasta ücretlerinin uygulanması için Zhezkazgan ve Semipatanisk eyaletinde pilot uygulamalar gerçekleştirildi.

2.3. Kazakistan’da Hasta Deneyimi İyileştirme Çabaları

Kazakistan, SSCB’den bağımsızlığını ihlal ettikten sonra hasta deneyiminin iyileştirilmesi için belli başlı çalışmalara girmiş ve şu anda da sürdürmektedir. Projelerde devlet bütçesinin yetmediği durumlarda Dünya Bankası tarafından finanse edilen reform paketleriyle hasta deneyimini iyileştirmeye çalışmaktadır. Kazakistan tarafından gerçekleştirilen bu projelerin finansmanı 2008-2016 yılları arasında yaklaşık 300 milyon dolar değerindedir (OECD, 2018). Bu tür projelerin biri 2005-2010 aralığında gerçekleştirilen “Sağlık Hizmeti Reformu ve Geliştirilmesi Ulusal Programı” iken ikincisi 2011-2015 arasında uygulanmış “Salamattı Kazakistan Devlet Sağlık Hizmeti Geliştirilmesi Programı” şeklindedir.

BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın amacı, evreni ve örnekleme, veri toplama aracı, veri toplama süreci, araştırmanın kısıtları, araştırmanın hipotezleri, verilerin analizinde kullanılan yöntemler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, hasta deneyimini değerlendirmek ve Türkiye ile Kazakistan sağlık sistemleri arasında hasta deneyimi açısından anlamlı farklılıkların olup olmadığını belirlemektir. Hasta deneyimi, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini etkileyen kritik bir faktör olup, sağlık kuruluşlarının hasta odaklı yaklaşımlarını geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu çalışmada, Türkiye’de ve Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının hasta deneyimleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Araştırma, hasta deneyimini etkileyen sosyo-demografik değişkenlerin belirlenmesini, hasta memnuniyetini artıran veya düşüren faktörlerin tespit edilmesini ve iki ülke arasındaki sağlık hizmeti sunumundaki temel farklılıkların ortaya konmasını hedeflemektedir. Bu doğrultuda, hasta deneyimini ölçmek amacıyla uluslararası geçerliliği olan Picker Hasta Deneyimi Anketi (PPE-15) kullanılarak, hastaların sağlık hasta deneyimleri değerlendirilmiştir. Çalışma, elde edilen bulgular ışığında hasta merkezli sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik öneriler sunarak, Kazakistan sağlık sisteminde hasta deneyimini iyileştirmeye yönelik politika geliştirme süreçlerine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Türkiye ve Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları oluşturmaktadır. Örneklem belirleme sürecinde kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış ve her iki ülkede toplam 600 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Buna göre, Türkiye’de sağlık hizmeti alan 300, Kazakistan’da sağlık hizmeti alan 300 Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşı araştırmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup, veriler anonim şekilde toplanmıştır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki ana bölümden oluşmaktadır:

1. **Sosyo-Demografik Bilgi Formu:** Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve sağlık hizmetlerinden faydalandıkları ülke gibi değişkenleri içermektedir.
2. **Hasta Deneyimi Anketi:** Katılımcıların sağlık hizmeti deneyimlerini ölçmek amacıyla Picker Hasta Deneyimi Anketi (PPE-15) kullanılmıştır. Bu anket, hasta deneyimini değerlendirmek için uluslararası geçerliliği kabul edilmiş bir araç olup, yedi temel boyuttan oluşmaktadır:
 - a. Bilgi ve eğitim
 - b. Bakım Koordinasyonu
 - c. Duygusal konfor
 - d. Hasta tercihlerine saygı
 - e. Fiziksel konfor
 - f. Aile ve arkadaş katılımı
 - g. Süreklilik ve geçiş

Picker Hasta Deneyimi Anketi (Jenkinson vd., 2002; Leonardsen vd., 2017) uyarlama ve geçerleme çalışması yapılmıştır. Anket soruları, hastaların hasta deneyimi tespit etmek üzere yapılandırılmıştır. Bu aşamada öncelikle anket Türkçeye çevrilmiş, daha sonra Türkçeden tekrar orijinal dile geri çevrilmiştir. Elde edilen Türkçe anket daha sonra sağlık yönetimi alanında uzman üç akademisyen tarafından değerlendirilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda sonrasında anketin nihai hali ortaya çıkmış ve ön test aşamasına geçilmiştir. Ön test sonucunda anket ifadelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış ve ankete son hali verilmiştir (Ek-1). Daha sonra anketin orijinali ve Türkçe uyarlaması dikkate alınarak Kazak dili ve edebiyatı öğretim üyesi tarafından Kazakçaya, Rus dili ve edebiyatı öğretim üyesi tarafından Rusçaya çevrilmiştir.

Anket sorularında kategorik türde farklı cevap seçenekleri bulunmaktadır. Buna göre bazı sorularda iki (“evet”, “hayır”); bazı sorularda üç (“evet, sıklıkla”, “evet, bazen”, “hayır”), bazı sorularda dört (“evet, kesinlikle”, “evet, bir dereceye kadar”, “hayır”, “hiçbir endişe

veya korkum olmadı”) ve bazı sorularda ise beş yanıt seçeneği (“evet, kesinlikle”, “evet, bir dereceye kadar” “hayır”, “ailem veya arkadaşlarım dâhil olmadı”, “ailem veya arkadaşlarım bilgi istemedi veya bilgiye ihtiyaç duymadı”) yer almaktadır. Buna göre sorulara verilen cevaplar “0” ile “4” arasında puanlandırılarak hasta deneyimi düzeyi belirlenmeye çalışılmıştır. Picker Hasta Deneyimi Anketinin alt boyutlarında yer alan ifade sayıları ile boyutlara ilişkin minimum ve maksimum puanlar Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1

Hasta Deneyimi Anketi

	İfade Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan
Bilgi ve Eğitim	2	,00	6,00
Bakım Koordinasyonu	1	,00	2,00
Duygusal Konfor	3	,00	9,00
Hasta Tercihlerine Saygı	3	,00	6,00
Fiziksel Konfor	1	,00	2,00
Aile ve Arkadaş Katılımı	2	,00	8,00
Süreklilik ve Geçiş	3	,00	9,00

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırma için Sakarya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından çalışmanın etik ilkelere uygunluğunu belirten 14/11/2024 tarih ve E-61923333-050.99-420795 sayılı yazı ile onay alınmıştır. Veri toplama sürecinde hasta deneyimini değerlendirmek amacıyla çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini, Türkiye’de ve Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen katılımcılar, dijital ortamda anketi doldurmaya davet edilmiştir. Toplamda 600 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiş ve veriler, katılımcıların gönüllü katılımına dayalı olarak anonim şekilde toplanmıştır. Veri toplama süreci, Google Forms ve benzeri çevrimiçi anket platformları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Anket bağlantıları, sosyal medya, e-posta grupları ve ilgili sağlık platformları üzerinden Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarına ulaştırılmıştır. Katılımcılara anketi doldurmadan önce çalışmanın amacı ve gönüllülük esasına dayalı olduğu hakkında bilgilendirme yapılmış, yanıtlarının anonim olarak saklanacağı vurgulanmıştır. Katılımcıların anketi doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakika olarak öngörülmüştür.

3.5. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırma, hasta deneyimini değerlendirme ve Türkiye ile Kazakistan'daki sağlık hizmetleri arasındaki farklılıkları ortaya koyma amacı taşımaktadır. Ancak, çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır:

- **Örneklem Seçimi:** Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu durum, hasta deneyimlerinin genellenebilirliğini kısıtlamakta ve yalnızca belirli bir hasta grubunun görüşlerini yansıtmaktadır.
- **Öznellik:** Anket yöntemiyle veri toplanmış olup, hastaların sağlık hizmeti deneyimleri bireysel algı ve öznel değerlendirmelere dayanmaktadır. Bu durum, yanıtların sübjektif olmasına neden olabilir.
- **Zamansal Kısıtlar:** Araştırma belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Hasta deneyimleri dinamik bir süreç olduğundan, zaman içinde değişebilecek faktörler göz önünde bulundurulamamıştır.
- **Dil ve Kültürel Farklılıklar:** Türkiye ve Kazakistan'da sağlık hizmeti alan hastalar arasında dil ve kültürel farklılıklar hasta deneyimini etkileyebilir. Bu faktörlerin ölçülmesi ve etkilerinin detaylı analiz edilmesi araştırmanın kapsamı dışında kalmıştır.
- **Hizmet Sunumunda Bölgesel Farklılıklar:** Araştırma, Türkiye ve Kazakistan genelinde yapılmış olmakla birlikte, sağlık hizmetleri şehirler arasında farklılık gösterebilmektedir. Özellikle kırsal ve kentsel bölgelerde sunulan hizmetler arasında farklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu kısıtlamalar, araştırma sonuçlarının dikkatli yorumlanmasını gerektirmekte ve gelecekte yapılacak çalışmalarda daha geniş ve homojen örneklem gruplarıyla çalışılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

3.6. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmanın temel amacı, Türkiye ve Kazakistan'da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının hasta deneyimlerini değerlendirmek ve karşılaştırmaktır. Bu doğrultuda, hasta deneyimini etkileyen faktörleri değerlendirmek ve sosyo-demografik değişkenlerin hasta deneyimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H1: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının bilgi ve eğitim alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir.

H2: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının bakım koordinasyonu alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir.

H3: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının duygusal konfor alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir.

H4: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının hasta tercihlerine saygı alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir.

H5: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının fiziksel konfor alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir.

H6: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının aile ve arkadaş katılımı alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir.

H7: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının süreklilik ve geçiş alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir.

H8: Hasta deneyimi, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H8a: Hasta deneyimi, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H8b: Hasta deneyimi, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H8c: Hasta deneyimi, yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H8d: Hasta deneyimi, eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H8e: Hasta deneyimi, gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H8f: Hasta deneyimi, mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

3.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Bu araştırmada, Türkiye ve Kazakistan'daki sağlık hizmetlerinden yararlanan Kazakistan vatandaşlarının hasta deneyimlerini karşılaştırmalı olarak değerlendirmek amacıyla nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Hasta deneyimini anlamak ve ölçmek için betimleyici ve karşılaştırmalı bir araştırma tasarımı benimsenmiştir. Çalışma, hasta deneyimini değerlendirmeye yönelik ampirik veriler elde etmek amacıyla yapılandırılmıştır.

Araştırma, hasta deneyimlerini anlamak ve sağlık sistemleri arasındaki farklılıkları ortaya koymak amacıyla kesitsel (cross-sectional) bir tasarım kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler SPSS Statistics 22 programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler, hasta deneyimine ilişkin tanımlayıcı bulguları ortaya koymak amacı ile frekans ve yüzdeler, Bağımsız rneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılan araştırmada, gruplar arasında anlamlı bir farkın tespit edilmesiyle farkın hangi gruptan kaynaklandığına yönelik Post-Hoc testleri kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmektedir. Bu kapsamda, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri analiz edilerek hasta deneyimi üzerindeki olası etkileri incelenmektedir. Ayrıca, tanımlayıcı istatistikler aracılığıyla hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili algıları değerlendirilmekte ve fark analizleri ile hasta deneyiminin çeşitli değişkenlere göre nasıl farklılaştığı ortaya konulmaktadır. Türkiye ve Kazakistan'da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının deneyimlerinin karşılaştırmalı olarak incelendiği bu bölümde, sağlık sistemleri arasındaki benzerlikler ve farklılıklar belirlenerek, hasta deneyimine ilişkin çıkarımlarda bulunmaktadır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 2'de yer almaktadır. Çalışmanın temelinde Türkiye'de ve Kazakistan'da sağlık hizmeti almış 300'er olmak üzere toplam 600 katılımcı bulunmaktadır. Çalışmada yer alacak katılımcılar kolay örnekleme yöntemi ile dâhil edilmiştir. Katılımcıların 375'i (%62,5) kadın, 225'i (%37,5) erkektir. Aynı zamandan katılımcıların 328'i (%54,7) evli, 272'si (%45,3) ise bekârdır. Gelir düzeyi oranlarına baktığımızda katılımcıların 181'inin (%30,2) geliri giderinden düşük, 223'ünün (%37,2) geliri giderine denk ve 196'sının (%32,7) geliri giderinden yüksektir. Katılımcıların eğitim düzeyine baktığımızda 98 kişi (%16,3) ilköğretim düzeyinde, 248 kişi (%41,3) lise düzeyinde, 139 kişi (%23,2) lisans düzeyinde ve 115 kişi (19,2) ise lisansüstü düzeyindedir. Katılımcıların yaşa aralığı açısından bakıldığında 95 kişinin (%15,8) 18-25 yaş aralığında, 133 kişinin (%22,2) 26-35 yaş aralığında, 136 kişinin (%22,7) 36-45 yaş aralığında, 125 kişinin (%20,8) 46-55 yaş aralığında ve 111 kişinin (%18,5) 56 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. Meslek açısından katılımcıların 64'ü (%10,7) kamu çalışanı, 107'si (%17,8) özel sektör çalışanı, 111'i (%18,5) serbest meslek erbabı, 43'ü (%7,2) emekli, 130'u (%21,7) ev hanımı, 108'i (%18,0) öğrenci ve 37'si (6,2) işsizdir.

Tablo 2*Katılımcıların Kişisel Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları*

		n	%
Ülke	Türkiye	300	50,0
	Kazakistan	300	50,0
Cinsiyet	Kadın	375	62,5
	Erkek	225	37,5
Medeni Durum	Evli	328	54,7
	Bekâr	272	45,3
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden düşük	181	30,2
	Gelirim giderime denk	223	37,2
	Gelirim giderimden yüksek	196	32,7
Eğitim Durumu	İlköğretim	98	16,3
	Lise	248	41,3
	Lisans	139	23,2
	Lisansüstü	115	19,2
Yaş	18-25	95	15,8
	26-35	133	22,2
	36-45	136	22,7
	46-55	125	20,8
	56 ve üzeri	111	18,5
Meslek	Kamu çalışanı	64	10,7
	Özel sektör çalışanı	107	17,8
	Serbest meslek erbabı	111	18,5
	Emekli	43	7,2
	Ev hanımı	130	21,7
	Öğrenci	108	18,0
	İşsiz	37	6,2

4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 3'te tanımlayıcı istatistik verisine bakıldığında hasta deneyimi alt boyutlarına ilişkin minimum ve maksimum değerler ile ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Bu sonuçlar dikkate alındığında bakım koordinasyonu ($\bar{x}$ = 1,51) ve fiziksel konfor ($\bar{x}$ = 1,99) boyutlarında hasta deneyimin daha iyi düzeyde olduğunu söylemek mümkündür. Diğer taraftan, süreklilik ve geçiş boyutu ($\bar{x}$ = 1,35) ile bilgi ve eğitim boyutunda ($\bar{x}$ = 1,48) hasta deneyimi daha düşük düzeydedir. Diğer boyutlarda ise hasta deneyiminin orta düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 3*Hasta Deneyimi Boyutlarına Dair Tanımlayıcı İstatistikler*

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Bilgi ve Eğitim	,00	3,00	1,48	,979
Bakım Koordinasyonu	,00	2,00	1,51	,740
Duygusal Konfor	,00	3,00	1,54	,802
Hasta Tercihlerine Saygı	,00	2,00	1,06	,434
Fiziksel Konfor	,00	3,00	1,99	1,106
Aile ve Arkadaş Katılımı	,00	4,00	2,03	1,122
Süreklilik ve Geçiş	,00	3,00	1,35	,713

4.3. Hasta Deneyimine İlişkin İfadeler

Tablo 4’te anket soruları tek tek analiz edilerek cevaplarının dağılımına yer verilmiştir. Anket 7 boyuttan oluşmaktadır. Bilgi ve Eğitim boyutu incelendiğinde 149 kişi %24,8’lik bir oran ile bir doktora soru sorduğunda her zaman cevap alabilmiştir. 134 kişi %22,3’lük bir oranla bazen cevap alabildiğini ifade etmiştir. 173 kişi ise %28,8 ile en yüksek oranı oluşturarak cevap alamadığını belirtmiştir. 144 kişi ise %24,0 oranı ile bir doktora soru sormasına gerek olamadığını ifade etmiştir. Bir diğer soruda ise katılımcıların %29,8 i bir hemşireye soru sorma ihtiyacı hissetmediğini ifade ederek büyük çoğunluğu oluşturmuştur. %26,3’ü ise her zaman yanıt alabildiğini belirtmiştir.

Bakım ve Koordinasyon başlığı incelendiğinde ise katılımcıların %66’sı doktor ve hemşirelerin bir tedavi için farklı şeyler söylemesini reddetmiştir. Bu boyutta büyük oranda bir katılımcıların hasta deneyim düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir.

Duygusal Konfor boyutu incelendiğinde katılımcıların %28,2’si kaygı ve korku durumunda bir doktorla bir dereceye kadar görüşebildiğini ifade etmiştir. %31,5’i bir hemşire ile görüşme konusunda hiçbir endişe ve korkusunun olmadığını belirtmiştir. Yine katılımcıların %34,3’ü bir doktor/hemşireyle endişe ve korkuları hakkında konuşmaya ihtiyaç duymadığını ifade ederek nötr bir görüş sergilemiştir.

Hasta Tercihlerine Saygı boyutuna bakıldığında katılımcıların yarısından fazlası (54,3) bir doktorun konuşurken hasta orada yokmuş gibi bir davranış sergilemediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %36,7’si bakım ve tedavisi ile ilgili kararlara kesinlikle dâhil olabildiğini belirtmiştir. Hastanede saygılı ve değerli davranılma konusunda ise katılımcıların %37,2 si “Evet, bazen” cevabı vermişken %37,7’si ise “Hayır” cevabını vermiştir.

Fiziksel Konfor boyutuna dair verilere göre katılımcılardan 316 kişi (%52,7) fiziksel ağrıya sahipken 284 kişide (%47,3) hiçbir ağrı durumu olmamıştır. Fiziksel ağrıya sahip bireylerden 129'u (%40,8) ağrı kontrolünde bir dereceye kadar hasta personelinin elinden geleni yaptığını ifade etmiştir.

Aile ve Arkadaş katılımı boyutunda katılımcıların %38,3'ü hasta yakınlarının doktorla konuşmasına ihtiyaç duymamışken %17,7'si bir dereceye kadar doktorla konuşma imkânı bulmuştur. %16,5 'i ise konuşma imkânı bulamadığını ifade etmiştir. Hasta yakınlarına bakım ve tedavi için gerekli bilgi verilip verilmediğine dair sorulan soruda ise yine %40,2'si böyle bir ihtiyacının olmadığını ifade ederken %17,7'si bir dereceye kadar bilgi verildiğini, %14,0'ı bilgi verilmediğini belirtmiştir.

Son olarak Süreklilik ve Geçiş boyutunda katılımcıların %23,3' evde alınacak ilaçlar ile ilgili yeterince bilgi verilmediğini, %22,8'i ise bir dereceye kadar bilgi alabildiğini ifade etmiştir. %37'si ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verilmediğini, %23,9 'u ise bir dereceye kadar bahsedildiğini belirtmiştir.

Tablo 4

Hasta Deneyimine İlişkin İfadeler

<i>Bilgi ve Eğitim</i>		
Doktora soru sorduğunda cevap alma	n	%
Evet, her zaman	149	24,8
Evet, bazen	134	22,3
Soru sormama gerek yoktu	144	24,0
Hayır	173	28,8
Hemşireye soru sorduğunda cevap alma	n	%
Evet, her zaman	158	26,3
Evet, bazen	132	22,2
Soru sormama gerek yoktu	179	29,8
Hayır	131	21,8
<i>Bakım Koordinasyonu</i>		
Doktor ve hemşirelerin tedavi için farklı şeyler söylemesi	n	%
Evet, sıklıkla	89	14,8
Evet, bazen	115	19,2
Hayır	396	66,0
<i>Duygusal Konfor</i>		
Kaygı veya korku durumunda doktorun görüşmesi	n	%
Evet, kesinlikle	159	26,5
Evet, bir dereceye kadar	169	28,2
Hiç endişem veya korkum olmadı	136	22,7
Hayır	136	22,7
Kaygı veya korku durumunda hemşirenin görüşmesi	n	%
Evet, kesinlikle	152	25,2

<i>Tablolar Devamı</i>		
Evet, bir dereceye kadar	137	22,8
Hiç endişem veya korkum olmadı	189	31,5
Hayır	122	20,3
Doktor / hemşireyle endişeleriniz hakkında konuşabilme imkânı	n	%
Evet, kesinlikle	141	23,5
Evet, bir dereceye kadar	132	22,0
İhtiyaç duymadım	202	34,3
Hayır	121	20,2
<i>Hasta Tercihlerine Saygı</i>		
Doktor konuşurken siz orada değilmiştiniz gibi davrandı mı?	n	%
Evet, sıklıkla	171	28,5
Evet, bazen	103	17,2
Hayır	326	54,3
Bakım ve tedavinizle ilgili kararlara dâhil olma	n	%
Evet, kesinlikle	220	36,7
Evet, bir dereceye kadar	193	32,2
Hayır	187	31,2
Hastanede saygılı ve değerli davranılma durumu	n	%
Evet, her zaman	151	25,2
Evet, bazen	223	37,2
Hayır	226	37,7
<i>Fiziksel Konfor</i>		
Ağrı durumu	n	%
Evet	316	52,7
Hayır	284	47,3
Ağrı kontrolünde hastane personelinin elinden geleni yapma durumu	n	%
Evet, kesinlikle	107	33,9
Evet, bir dereceye kadar	129	40,8
Hayır	80	25,3
<i>Aile ve Arkadaş Katılımı</i>		
Hasta yakınlarının doktorla konuşabilme imkânı	n	%
Evet, kesinlikle	81	13,5
Evet, bir dereceye kadar	106	17,7
İhtiyaç duyulmadı	230	38,3
Sürece dâhil olunmadı	84	14,0
Hayır	99	16,5
Hasta yakınlarına bakım ve tedavi için gerekli bilgi verildi mi?	n	%
Evet, kesinlikle	95	15,8
Evet, bir dereceye kadar	106	17,7
İhtiyaç duyulmadı	241	40,2
Sürece dâhil olunmadı	74	12,3
Hayır	84	14,0
<i>Süreklilik ve Geçiş</i>		
Evde alınacak ilaçlarla ilgili bilgiler verilmesi	n	%
Evet, kesinlikle	108	18,0
Evet, bir dereceye kadar	137	22,8

<i>Tablolar Devamı</i>		
Açıklamaya ihtiyacım olmadı	84	14,0
İlaç kullanmadım	131	21,8
Hayır	140	23,3
İlaçların yan etkilerinden bahsedildi mi?	n	%
Evet, kesinlikle	91	19,4
Evet, bir dereceye kadar	112	23,9
Açıklamaya ihtiyacım olmadı	89	19,0
Hayır	177	37,7
Hastalık ve tedavi ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi	n	%
Evet, kesinlikle	159	26,5
Evet, bir dereceye kadar	257	42,8
Hayır	184	30,7

4.4. Fark Analizleri

Tablo 5'e göre ülke değişkeninin hasta deneyimi üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. Hasta Tercihlerine Saygı boyutunda ülke değişkeni istatistiksel anlamda ayırt edici bir etki göstermiştir ($F=0,722$ ve $p(0,001) < 0,05$). Puan ortalaması bakımından da Kazakistan'da hizmet alan vatandaşların puan ortalaması (1,12) Türkiye'de hizmet alan vatandaşların puan ortalamasından (1,01) anlamlı olarak farklıdır. Buna benzer olarak Fiziksel Konfor ile Süreklilik ve Geçiş boyutlarında da anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Diğer başlıklarda ise ülke faktörünün önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre;

- “H4: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının hasta tercihlerine saygı alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi,
- “H5: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının fiziksel konfor alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi ve
- “H7: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının süreklilik ve geçiş alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Diğer taraftan;

- “H1: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının bilgi ve eğitim alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi,
- “H2: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının bakım koordinasyonu alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi,
- “H3: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının duygusal konfor alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi ve
- “H6: Türkiye’de sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşları ile Kazakistan’da sağlık hizmeti alan Kazakistan Cumhuriyeti vatandaşlarının aile ve arkadaş katılımı alt boyutu deneyimleri anlamlı farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 5

Katılımcıların Sağlık Hizmeti Aldıkları Ülkeye Göre Fark Analizi Sonuçları

Boyutlar	Değişken	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Bilgi ve Eğitim	Türkiye	300	1,47	,952	,825	,771
	Kazakistan	300	1,49	1,006		
Bakım Koordinasyonu	Türkiye	300	1,53	,742	,056	,620
	Kazakistan	300	1,50	,738		
Duygusal Konfor	Türkiye	300	1,49	,787	,056	,215
	Kazakistan	300	1,58	,815		
Hasta Tercihlerine Saygı	Türkiye	300	1,01	,452	,722	,001
	Kazakistan	300	1,12	,409		
Fiziksel Konfor	Türkiye	300	1,84	1,169	15,851	,001
	Kazakistan	300	2,14	1,020		
Aile ve Arkadaş Katılımı	Türkiye	300	2,03	1,133	,043	,856
	Kazakistan	300	2,04	1,112		
Süreklilik ve Geçiş	Türkiye	300	1,23	,706	,503	,000
	Kazakistan	300	1,48	,698		

Tablo 6’da görüldüğü üzere cinsiyetin hasta deneyimi üzerinde istatistiksel anlamda ($p>0,05$) ayırt edici bir etkisinin olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu durum her bir boyut ayrı ayrı incelendiğinde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığını göstermektedir. Elde edilen bulgulara göre “H_{8a}: Hasta deneyimi, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 6*Katılımcıların Cinsiyetine Göre Fark Analizi Sonuçları*

Boyutlar	Değişken	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Bilgi ve Eğitim	Kadın	375	1,50	1,006	5,384	,483
	Erkek	225	1,44	,932		
Bakım Koordinasyonu	Kadın	375	1,55	,726	3,102	,135
	Erkek	225	1,45	,761		
Duygusal Konfor	Kadın	375	1,56	,820	1,187	,324
	Erkek	225	1,49	,770		
Hasta Tercihlerine Saygı	Kadın	375	1,05	,426	1,257	,492
	Erkek	225	1,08	,449		
Fiziksel Konfor	Kadın	375	1,99	1,129	2,732	,992
	Erkek	225	1,99	1,069		
Aile ve Arkadaş Katılımı	Kadın	375	2,07	1,125	,861	,276
	Erkek	225	1,97	1,116		
Süreklilik ve Geçiş	Kadın	375	1,32	,693	1,575	,153
	Erkek	225	1,41	,743		

Aşağıda yer alan Tablo 7'ye göre Hasta Tercihlerine Saygı boyutu dışında medeni durumun önemli bir etkisinin ($p > 0,05$) olmadığı görülmüştür. Hasta Tercihlerine Saygı konusunda ise $p (0,049) < 0,05$ olduğundan puan ortalamaları açısından etkili bir fark vardır. Elde edilen bulgulara göre “ H_{8b} : Hasta deneyimi, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 7*Katılımcıların Medeni Duruma Göre Fark Analizi Sonuçları*

Boyutlar	Değişken	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Bilgi ve Eğitim	Evli	328	1,51	,918	12,575	,479
	Bekâr	272	1,45	1,048		
Bakım Koordinasyonu	Evli	328	1,52	,746	,017	,810
	Bekâr	272	1,50	,734		
Duygusal Konfor	Evli	328	1,55	,781	,627	,669
	Bekâr	272	1,52	,826		
Hasta Tercihlerine Saygı	Evli	328	1,09	,422	,087	,049
	Bekâr	272	1,02	,447		
Fiziksel Konfor	Evli	328	1,96	1,126	2,771	,447
	Bekâr	272	2,03	1,083		
Aile ve Arkadaş Katılımı	Evli	328	2,03	1,018	8,728	,996
	Bekâr	272	2,03	1,238		
Süreklilik ve Geçiş	Evli	328	1,33	,702	1,932	,430
	Bekâr	272	1,38	,726		

Tablo 8’de yaş değişkenine göre puan ortalamalarının fark analizi yapılmıştır. Bu tabloya göre Duygusal Konfor, Aile ve Arkadaş Katılımı başlıkları dışında yaşın puan

ortalamları kıyaslandığında önemli ($p<0,05$) bir faktör olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin Bilgi ve Eğitim boyutunda 26-35 yaş arası katılımcıların puanı (1,68) ile 56 yaş ve üzeri katılımcıların puanı (1,23) arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Yine Bakım ve Koordinasyon boyutuna bakıldığında 56 yaş ve üzeri katılımcıların puan ortalaması ile diğer tüm yaş gruplarından katılımcıların puan ortalaması arasındaki fark manidar çıkmıştır. Hasta Tercihlerine Saygı boyutunda 18-25 yaş grubu ile 26-35 ve 36-45 yaş grubu arasında, 36-45 yaş grubu ile de 56 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcılar arasında anlamlı bir puan ortalaması farkı çıkmıştır. Fiziksel Konfor'da 46-55 yaş grubu haricinde diğer yaş grupları ile 56 yaş ve üzeri katılımcılar arasında manidar bir fark puan ortalaması farkı vardır. Son olarak Süreklilik ve Geçiş boyutunda 36-45 ve 46-55 yaş grupları ile 56 yaş ve üzeri kişiler arasındaki puan farkı ayırt edicidir. Bu sonuçlara göre “H_{8c}: Hasta deneyimi, yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 8

Katılımcıların Yaşına Göre Fark Analizi Sonuçları

Boyutlar	Değişken	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Bilgi ve Eğitim	18-25	95	1,48	1,007	3,308	,011	2-5
	26-35	133	1,68	1,157			
	36-45	136	1,51	,789			
	46-55	125	1,45	1,060			
	56 ve üzeri	111	1,23	,774			
Bakım Koordinasyonu	18-25	95	1,53	,742	11,565	,000	1-5 2-5 3-5 4-5
	26-35	133	1,73	,446			
	36-45	136	1,62	,789			
	46-55	125	1,49	,809			
	56 ve üzeri	111	1,14	,745			
Duygusal Konfor	18-25	95	1,56	,793	1,895	,110	
	26-35	133	1,60	,809			
	36-45	136	1,53	,783			
	46-55	125	1,37	,802			
	56 ve üzeri	111	1,62	,808			
Hasta Tercihlerine Saygı	18-25	95	,91	,441	5,949	,000	1-2 1-3 3-4
	26-35	133	1,11	,446			
	36-45	136	1,17	,426			
	46-55	125	1,00	,380			
	56 ve üzeri	111	1,08	,445			
Fiziksel Konfor	18-25	95	2,05	1,045	7,510	,000	1-5 2-5 3-5
	26-35	133	2,29	1,050			
	36-45	136	2,10	1,141			
	46-55	125	1,89	1,116			
	56 ve üzeri	111	1,57	1,041			

<i>Tablolar Devamı</i>							
Aile ve Arkadaş Katılımı	18-25	95	1,82	1,238	2,312	,056	
	26-35	133	2,23	1,290			
	36-45	136	1,95	,758			
	46-55	125	2,11	1,159			
	56 ve üzeri	111	1,99	1,106			
Süreklilik ve Geçiş	18-25	95	1,41	,750	3,825	,004	3-5 4-5
	26-35	133	1,34	,690			
	36-45	136	1,27	,716			
	46-55	125	1,23	,780			
	56 ve üzeri	111	1,56	,574			

Tablo 9'a göre Duygusal Konfor harici hiçbir boyutta eğitim durumunun puan ortalamaları üzerinde ayırt edici bir etkisi olmamıştır. Duygusal Konfor'da ise lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçlara göre “H_{8d}: Hasta deneyimi, eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 9

Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Fark Analizi Sonuçları

Boyutlar	Değişken	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Bilgi ve Eğitim	İlköğretim	98	1,31	,949	1,287	,278	
	Lise	248	1,51	,992			
	Lisans	139	1,54	1,017			
	Lisansüstü	115	1,49	,921			
Bakım Koordinasyonu	İlköğretim	98	1,36	,840	1,798	,146	
	Lise	248	1,53	,719			
	Lisans	139	1,57	,702			
	Lisansüstü	115	1,54	,729			
Duygusal Konfor	İlköğretim	98	1,48	,825	2,863	,036	3-4
	Lise	248	1,57	,772			
	Lisans	139	1,65	,810			
	Lisansüstü	115	1,37	,814			
Hasta Tercihlerine Saygı	İlköğretim	98	1,06	,445	,415	,742	
	Lise	248	1,06	,420			
	Lisans	139	1,04	,437			
	Lisansüstü	115	1,10	,455			
Fiziksel Konfor	İlköğretim	98	1,80	1,148	1,676	,171	
	Lise	248	2,00	1,115			
	Lisans	139	2,12	1,039			
	Lisansüstü	115	1,99	1,120			
Aile ve Arkadaş Katılımı	İlköğretim	98	1,88	1,091	1,331	,263	
	Lise	248	2,01	1,127			
	Lisans	139	2,07	1,137			

<i>Tablolar Devamı</i>					
Süreklilik ve Geçiş	Lisansüstü	115	2,17	1,114	
	İlköğretim	98	1,40	,731	
	Lise	248	1,34	,715	
	Lisans	139	1,33	,700	,260 ,855
	Lisansüstü	115	1,37	,715	

Tablo 10’da gösterilen verilere göre Hasta Tercihlerine Saygı boyutu haricinde gelir düzeyinin puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark ($p>0,05$) ortaya çıkarmamıştır. Hasta Tercihlerine Saygı boyutunda ise Geliri giderinden düşük bireylerin hasta memnuniyeti açısından puan ortalaması ile (0,99) geliri giderinden yüksek bireylerin puan ortalaması (1,13) arasındaki fark istatistiksel olarak ($p<0,05$) anlamlıdır. Bu sonuçlara dikkate alındığında “H_{8c}: Hasta deneyimi, gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 10

Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Fark Analizi Sonuçları

Boyutlar	Değişken	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Bilgi ve Eğitim	Gelir giderden düşük	181	1,48	,929	1,360	,257	
	Gelir gidere denk	223	1,41	,985			
	Gelir giderden yüksek	196	1,56	1,014			
Bakım Koordinasyonu	Gelir giderden düşük	181	1,57	,692	1,373	,254	
	Gelir gidere denk	223	1,45	,757			
	Gelir giderden yüksek	196	1,52	,761			
Duygusal Konfor	Gelir giderden düşük	181	1,55	,786	,288	,750	
	Gelir gidere denk	223	1,50	,777			
	Gelir giderden yüksek	196	1,56	,844			
Hasta Tercihlerine Saygı	Gelir giderden düşük	181	,99	,444	5,356	,005	1-3
	Gelir gidere denk	223	1,06	,436			
	Gelir giderden yüksek	196	1,13	,414			

Tablolar Devamı

Fiziksel Konfor	Gelir giderden düşük	181	2,02	1,105	,361	,697
	Gelir gidere denk	223	1,94	1,132		
	Gelir giderden yüksek	196	2,02	1,081		
Aile ve Arkadaş Katılımı	Gelir giderden düşük	181	2,11	1,115	,827	,438
	Gelir gidere denk	223	1,97	1,136		
	Gelir giderden yüksek	196	2,04	1,113		
Süreklilik ve Geçiş	Gelir giderden düşük	181	1,30	,706	,688	,503
	Gelir gidere denk	223	1,39	,747		
	Gelir giderden yüksek	196	1,36	,679		

Son olarak Tablo 11’deki verilerde katılımcıların meslek faktörünün hasta deneyimi üzerindeki etkisi gözlemlenmiştir. Buna göre sadece Bakım Koordinasyonu ve Hasta Tercihlerine Saygı boyutlarında mesleğin ayırt edici ($p<0,05$) etkisi olmuştur. Bakım Koordinasyonu’nda emekli bireylerin puan ortalaması (1,66) ile işsiz bireylerin puan ortalaması (1,76) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hasta Tercihlerine Saygı’da ise özel sektör çalışanı olan bireyler ile öğrenci olan katılımcıların puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. ($p<0,05$) Bu boyutlar dışında kalan diğer boyutlarda ise sonuçlara göre mesleğin anlamlı bir etkisi olmamıştır. Elde edilen sonuçlara göre “ H_{8f} : Hasta deneyimi, mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde de “ H_8 : Hasta deneyimi, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 11

Katılımcıların Mesleğine Göre Fark Analizi Sonuçları

Boyutlar	Değişken	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Bilgi ve Eğitim	Kamu çalışanı	64	1,60	,931	1,071	,379	
	Özel sektör çalışanı	107	1,43	1,012			
	Serbest meslek	111	1,59	,987			

Tablolar Devamı

	Emekli	43	1,22	,782			
	Ev hanımı	130	1,43	,959			
	Öğrenci	108	1,47	1,052			
	İşsiz	37	1,58	,983			
	Kamu çalışanı	64	1,59	,610			
	Özel sektör çalışanı	107	1,47	,731			
	Serbest meslek	111	1,54	,760			
Bakım Koordinasyonu	Emekli	43	1,21	,888	2,236	,038	4-7
	Ev hanımı	130	1,48	,780			
	Öğrenci	108	1,56	,702			
	İşsiz	37	1,76	,597			
	Kamu çalışanı	64	1,47	,748			
	Özel sektör çalışanı	107	1,56	,775			
	Serbest meslek	111	1,53	,787			
Duygusal Konfor	Emekli	43	1,66	,865	,316	,929	
	Ev hanımı	130	1,50	,851			
	Öğrenci	108	1,55	,811			
	İşsiz	37	1,51	,768			
	Kamu çalışanı	64	1,04	,408			
	Özel sektör çalışanı	107	1,15	,442			
	Serbest meslek	111	1,06	,396			
Hasta Tercihlerine Saygı	Emekli	43	1,09	,466	2,788	,011	2-6
	Ev hanımı	130	1,08	,448			
	Öğrenci	108	,93	,434			
	İşsiz	37	1,15	,420			
	Kamu çalışanı	64	1,98	1,215			
Fiziksel Konfor	Özel sektör çalışanı	107	1,98	1,073	,920	,480	
	Serbest meslek	111	1,86	1,083			
	Emekli	43	1,88	1,074			
	Ev hanımı	130	1,96	1,137			
	Öğrenci	108	2,19	1,024			
	İşsiz	37	2,08	1,233			
	Kamu çalışanı	64	2,30	1,262			
	Özel sektör çalışanı	107	1,93	1,061			
	Serbest meslek	111	2,00	1,053			
Aile ve Arkadaş Katılımı	Emekli	43	1,94	1,087	1,391	,216	
	Ev hanımı	130	2,15	1,007			
	Öğrenci	108	1,99	1,257			
	İşsiz	37	1,78	1,205			
	Kamu çalışanı	64	1,40	,657			
	Özel sektör çalışanı	107	1,28	,680			
	Serbest meslek	111	1,31	,742			
Süreklilik ve Geçiş	Emekli	43	1,60	,728	1,560	,157	
	Ev hanımı	130	1,29	,672			
	Öğrenci	108	1,42	,754			
	İşsiz	37	1,32	,774			

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta deneyimi, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir faktör olup, bireylerin sağlık sistemleriyle etkileşimlerini anlamak için kritik önem arz etmektedir. Hasta deneyimini, insan odaklı sağlık hizmetlerinde temel bir unsur olarak ele değerlendirebiliriz. Sağlık sistemlerinde hasta deneyiminin dikkate alınması ve iyileştirilmesi, bireylerin hizmetten duyduğu memnuniyeti ve tedaviye uyumlarını artırmaktadır. Türkiye ve Kazakistan sağlık sistemleri karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde, her iki ülkede de hasta deneyiminin giderek daha fazla önem kazandığı görülmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansman yapısı ve sağlık personeli ile hasta arasındaki etkileşim gibi temel unsurlar açısından belirgin farklılıklar bulunmaktadır.

Bu araştırmada, Türkiye ve Kazakistan'da sağlık hizmeti alan Kazakistan vatandaşlarının deneyimlerini değerlendirmek amacıyla Picker Hasta Deneyimi Anketi (PPE-15) kullanılmış ve toplam 600 katılımcıdan elde edilen veriler analiz edilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmeti alan katılımcılar, hasta merkezli yaklaşıma ve sağlık personeli ile iletişime yönelik daha olumlu geri bildirimler vermiştir. Anket sonuçlarına bakıldığında hasta tercihlerine saygı, fiziksel konfor, süreklilik ve geçiş konularında Kazakistan'da hizmet alanlar, Türkiye'de hizmet alanlardan daha yüksek bir tatmin seviyesine ulaşmış olup bu konularda anlamlı bir farka ulaşılmıştır ($p < 0,05$). Bu fark, bizlere hasta deneyiminin duygusal yanının ülke karşılaştırmalarında nasıl bir fark oluşturduğuna dair anlamlı bir veri elde etmemize sebep olmuştur. Kendi ülkesinde sağlık hizmeti almayan bireylerin hasta deneyiminin düşük çıktığı literatürde gerçekleştirilen birçok çalışmada belirtilmiştir (Acuña vd., 2010; Priebe vd., 2011, s. 187; Napier vd., 2014; Tucker vd., 2014; Sung ve Park, 2019). Kültürel olarak birbirine benzer iki ülke arasında dahi hasta deneyiminin farklılaşması, sağlık tesislerinin yabancı bireylere verilen sağlık hizmetinde hasta deneyiminin iyileştirilmesine yönelik önemli adımlar atması gerektiğine işaret etmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye ve Kazakistan sağlık sistemleri arasında hasta deneyimi açısından belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyetine odaklanarak sunulması, hizmet sürekliliğinin sağlanması ve sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin gelişmiş olması, hasta deneyimi açısından avantaj sağlamaktadır. Kazakistan'da ise sağlık hizmetlerinde belirli açılardan gelişmeler gözlemlense de, hasta merkezli bakım anlayışının güçlendirilmesine, sağlık personelinin

iletişim becerilerinin artırılmasına ve sağlık hizmeti süreçlerinin daha sistematik hale getirilmesine ihtiyaç duyulduğu düşünülebilir. Kazakistan sağlık sisteminde yapılan reformlar ve hasta deneyimini geliştirmeye yönelik girişimler devam etse de, sağlık çalışanlarının eğitimi ve hastaların tedavi süreçlerine daha aktif dâhil edilmesi önem arz etmektedir. Bulgular, her iki ülkede de hasta deneyimini iyileştirmeye yönelik stratejilerin belirlenmesi ve geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Araştırma bulguları doğrultusunda, Türkiye ve Kazakistan'daki sağlık hizmetlerinde hasta deneyimini iyileştirmeye yönelik çeşitli öneriler geliştirilebilir:

- **Sağlık alışanlarının İletişim Becerilerinin Geliştirilmesi:** Hasta deneyimini doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biri, sağlık çalışanlarının hastalarla olan iletişimidir. Özellikle Kazakistan'da doktor ve hemşirelerin hasta ile daha iyi iletişim kurmalarını sağlamak amacıyla hasta merkezli bakım yaklaşımını benimseyen eğitim programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir. Türkiye'de ise mevcut eğitimlerin daha sistematik hale getirilerek sürekli mesleki gelişim kapsamında uygulanması önerilmektedir.
- **Taburculuk Sürecinin İyileştirilmesi:** Kazakistan'da taburculuk sonrası bilgilendirme oranları Türkiye'ye kıyasla daha yüksek olmakla birlikte, her iki ülkede de hastaların evde kullanacakları ilaçlar ve tedavi süreci hakkında daha kapsamlı bilgilendirilmesi tavsiye edilmektedir. Taburculuk ncesi hastalara yazılı bilgi formları ve ilaç kullanım talimatları verilerek hastaların tedavi süreçlerine daha iyi uyum sağlamaları önem arz etmektedir.
- **Hasta Hakları ve Katılımının Artırılması:** Bulgular, Kazakistan'da hastaların sağlık hizmetlerine dair karar alma süreçlerine Türkiye'ye kıyasla daha az dâhil olduğunu göstermektedir. Hastaların kendi sağlık süreçleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağlamak ve karar alma süreçlerine aktif olarak katılımlarını teşvik etmek için hastane içinde hasta danışmanlık merkezleri kurulmasının, hasta hakları bilgilendirme çalışmaları önem verilmesinin olumlu etkide bulunacağı söylenebilir.
- **Sağlık Hizmeti Sürekliliğinin Güçlendirilmesi:** Sağlık hizmetleri, yalnızca hastane ortamıyla sınırlı kalmamalı, taburculuk sonrası hastalar için takip mekanizmaları oluşturulabilir. Özellikle Kazakistan'da hasta takibini kolaylaştırmak adına tele-sağlık uygulamalarının geliştirilmesi ve aile hekimliği

sisteminin güçlendirilmesi önerilmektedir. Türkiye’de ise dijital hasta takip sistemlerinin yaygınlaştırılmasının hasta deneyimini daha ileriye taşıyacağı düşünülmektedir.

- **Hasta Geri Bildirim Mekanizmalarının Güçlendirilmesi:** Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili geri bildirim verebilecekleri sistemlerin daha etkin hale getirilmesi fayda sağlayacaktır. Özellikle Kazakistan’da hasta şikâyet ve önerilerinin düzenli olarak analiz edilip sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmaya yönelik politikalar geliştirilmesi önerilmektedir. Türkiye’de de hasta deneyimini ölçmeye yönelik anketlerin daha geniş kitlelere uygulanması ve sonuçların hizmet sunumunda aktif olarak kullanılması tavsiye edilmektedir.
- **Sağlık Sistemlerinin Standardizasyonunun Sağlanması:** Kazakistan’da sağlık hizmeti kalitesinin büyük şehirlerde ve kırsal alanlarda farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir. Kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin standartlaştırılması ve altyapının güçlendirilmesi gerekmektedir. Türkiye’de ise devlet ve özel hastaneler arasındaki kalite farklarını azaltmak adına hizmet standartlarının daha sıkı denetlenmesi önerilmektedir.

Bu önerilerin hayata geçirilmesi, Türkiye ve Kazakistan’da hasta deneyimini daha iyi seviyelere taşımaya katkı sağlayacak ve sağlık hizmetlerinin daha insan odaklı hale getirilmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdulrahim, S. ve El Asmar, K. (2012). Is self-rated health a valid measure to use in social inequities and health research? Evidence from the Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) women's data in six Arab countries. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-53>
- Acuña, D. L., Mosca, D., Pace, P., Fortier, J. P., Rijks, B. ve Weeker, J. (2010). *Health of migrants – The way forward: Report of a global consultation*. World Health Organization.
- Agrafioti, F., Hatzinakos, D. ve Anderson, A. K. (2012). ECG pattern analysis for emotion detection. *IEEE Transactions on Affective Computing*, 3(1), 102-115.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M. ve Griffiths, P. (2021). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *British Medical Journal Open*, 8(1).
- Akmaz, A. E. (2019). *Sağlık sektöründe hizmet ortamının müşteri sadakati ile ilişkisi: Özel hastaneler ve devlet hastaneleri açısından bir karşılaştırma* (Yüksek lisans tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü) Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Tez merkezi.
- Al-Abri, R. ve Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3-7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>.
- Allison, T. R., Symmons, D. P. M. ve Brammah, T. (2002). Musculoskeletal pain is more generalized among people from ethnic minorities than among white people in Greater Manchester. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(2), 151.
- Asprey, A., Campbell, J. L. ve Newbould, J. (2013). Challenges to the credibility of patient feedback in primary healthcare settings: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 63(608).
- Back, A. L., Fromme, E. K. ve Meier, D. E. (2019). Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S435-S441.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M. ve Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I. ve Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: A systematic review. 28(4), 97-104.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P. ve McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1235-1245.

- Berwick, D. M., Nolan, T. W. ve Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E. ve Firemong, O. A. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293-302.
- Bitner, M. J. (1992). Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees. *The Journal of Marketing*, 56(2), 57-71.
- Black, V. (2024). *The chaplain in the pediatric ER: A nurse and mom's perspective*. *Journal of Patient Experience*, 11. <https://doi.org/10.1177/23743735241259586>
- Boey, J. P. ve Boey, K. W. (2016). Stress associated with hospitalization among rural patients in Malaysia.
- Burg, M. A., Lopez, E. D. S., Dailey, A., Keller, M. E. ve Prendergast, B. (2009). The potential of survivorship care plans in primary care follow-up of minority breast cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 467-471.
- Bratincsak, A., Quensell, J. ve Mih, B. (2024). Listening to patients makes sense: Soliciting and purposefully addressing written patient expectations at a provider visit improve patient satisfaction. *Journal of Patient Experience*, 11.
- Camgöz-Akdağ, H. ve Zineldin, M. (2010). Quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at Turkey. *Clinical Governance: An International Journal*, 15(2), 92-101. <https://doi.org/10.1108/14777271011035031>
- Campbell, C. M. ve Edwards, R. R. (2012). Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Management*, 2(3), 219-230.
- Cheek, D. B. (1969). Communication with the critically ill. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(2), 75-85.
- Chen, L. M., Birkmeyer, J. D., Saint, S. ve Jha, A. K. (2013). Hospitalist staffing and patient satisfaction in the national Medicare population: Hospitalist care and patient satisfaction. *Journal of Hospital Medicine*, 8, 126-131. <https://doi.org/10.1002/jhm.2001>
- Clucas, C. (2016). Cancer patients' respect experiences in relation to perceived communication behaviours from hospital staff: Analysis of the 2012–2013 National Cancer Patient Experience Survey. *Supportive Care in Cancer*, 24, 1719-1728.
- Çetin, K. (2019). *Sağlık işletmelerinde hasta deneyimi: Akredite özel bir üniversite hastanesinde uygulama* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- Debesay, J., Kartzow, A. H. ve Fougner, M. (2022). Healthcare professionals' encounters with ethnic minority patients: The critical incident approach. *Nursing Inquiry*, 29(1).

- Demicco, F. J. ve Poorani, A. (2017). Improving the health care: The patient/guest experience academy. In *Medical Tourism and Wellness* (s. 103-113). Apple Academic Press.
- Deschepper, R., Francke, A., Huyghens, L. ve Bilsen, J. (2015). Conflicts between healthcare professionals and families of a multi-ethnic patient population during critical care: An ethnographic study. *Critical Care*, 19(441).
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi, İdari ve İlahiyat Fakültesi*, 23, 1-16.
- Dr. Foster. (2010). *Intelligent board: Patient experience*. Dr. Foster. Intelligence. <http://drfosterintelligence.co.uk/wp-content/uploads/2011/06/Intelligent-Board-2010.pdf>
- Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M. ve Goldstein, E. (2009). Effects of survey mode, patient mix, and nonresponse on CAHPS hospital survey scores. *Health Services Research*, 44(2 Pt 1), 501-518.
- Flores-Kanter, P. E., Garrido, L. E., Moretti, L. S. ve Medrano, L. A. (2021). A modern network approach to revisiting the positive and negative affective schedule (PANAS) construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2370-2404.
- Flott, K., Darzi, A., ve Mayer, E. (2018). Care pathway and organisational features driving patient experience: Statistical analysis of large NHS datasets. *British Medical Journal Open*, 8(7).
- Francis, R. (2013). *Report of the Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. The Stationery Office.
- Gálvez, G., Jimenez, M., Manzanera, R. (2024). How do patients and managers value gold standard elements in primary health care. *Journal of Patient Experience*, 11. <https://doi.org/10.1177/23743735241282702>
- Ghosh, T. ve Mandal, S. (2019). Medical tourism experience: Conceptualization, scale development, and validation. *Journal of Travel Research*, 58(8), 1288–1301.
- Gnardellis, C. ve Niakas, D. (2005). Factors influencing inpatient satisfaction: An analysis based on the Greek national health system. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6, 307. <https://doi.org/10.1504/IJHTM.2005.006538>
- Godovykh, M. ve Tasci, A. D. (2022). Customer experience in tourism. In D. Buhalis, *Encyclopedia of Tourism Management and Marketing* (ss. 1-3). Edward Elgar Publishing.
- Godovykh, M. ve Tasci, A. D. (2020). The influence of post-visit emotions on destination loyalty. *Tourism Review*, 76(1), 277-288.

- Guan, T., Chen, X. ve Li, J., Zhang. (2024). Factors influencing patient experience in hospital wards: A systematic review. *BioMed Central Nursing*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4081616/v1>
- Gustafson, D. L. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *ANS Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16.
- Holmlund, M. ve Kock, S. (1996). Buyer dominated relationships in a supply chain: A case study of four small-sized suppliers. *International Small Business Journal*, 15(1), 26-40. <https://doi.org/10.1177/0266242696151002>
- Hosany, S. ve Gilbert, D. (2010). Measuring tourists' emotional experiences toward hedonic holiday destinations. *Journal of Travel Research*, 49(4), 513-526.
- Huppertz, J. W. ve Otto, P. (2018). Predicting Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) scores from hospitals' social media pages: A sentiment analysis. *Health Care Management Review*, 43(4), 359-367.
- Hutton, J. D. ve Richardson, L. D. (1995). Healthscapes: The role of the facility and physical environment on consumer attitudes, satisfaction, quality assessments, and behaviors. *Health Care Management Review*, 20(2), 48-61.
- Ilioudi, S., Lazakidou, A. ve Tsironi, M. (2013). Importance of patient satisfaction measurement and electronic surveys: Methodology and potential benefits.
- Ismail, M. B. M. ve Velnampy, T. (2013). Determinants of patient satisfaction (PS) in public health service organizations (PHSO) in Eastern Province of Sri Lanka. *The USV Annals of Economics and Public Administration*, 13(2 (18)), 135-145.
- Jenkinson, C., Coulter, A., ve Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 353-358.
- Jenkinson, C. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 335-339. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>
- Jonsson, A. S., Nyberg, M., Jonsson, I. M. ve Öström, Å. (2021). Older patients' perspectives on mealtimes in hospitals: A scoping review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 390-404.
- Katsaga, A., Kulzhanov, M., Karanikolos, M. ve Rechel, B. (2012). Kazakhstan health system review. *Health Systems in Transition*, 14(4), 1-154.
- Kavuncubaşı, S. ve Kısa, A. (2007). *Sağlık kurumları yönetimi*. Eskişehir.
- Keer, R. L. V., Deschepper, R., Huyghens, L. ve Bilsen, J. (2016). Mental well-being of patients from ethnic minority groups during critical care: A qualitative ethnographic study. *British Medical Journal Open*, 7.
- Kotrotsiou, E., Theodosopoulou, E., Papathanasiou, I., Gr, D. ve Raftopoulos, V., E., K. (2001). How do patients experience stress caused by hospitalization and how do

nurses perceive this stress experienced by patients? A comparative study. *Intensive and Critical Care Nursing Web Journal*.

Kurtuluş, S. A. (2019). *Hasta deneyimi, tatmini, sadakati, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetini tekrar kullanma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi üzerine bir araştırma* (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

Kroeber-Riel, W. (1979). Activation research: Psychobiological approaches in consumer research. *Journal of Consumer Research*, 5(4), 240-250.

Lee, A. V., Moriarty, J. P., Borgstrom, C. ve Horwitz, L. I. (2010). What can we learn from patient dissatisfaction? Analysis of dissatisfying events at an academic medical center. *Journal of Hospital Medicine*, 5, 514-520. <https://doi.org/10.1002/jhm.861>

Leonardsen, A. C. L., Grøndahl, V. A., Ghanima, W., Storeheier, E., Schönbeck, A., Løken, T. A. ve Jelsness-Jørgensen, L. P. (2017). Evaluating patient experiences in decentralised acute care using the Picker Patient Experience Questionnaire: Methodological and clinical findings. *BioMed Central Health Services Research*, 17, 1-10.

Liesbet, D., Gastmans, C., Mahieu, L., Casterl, B. D. ve Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural counter in hospitals? A systematic review of qualitative research.

Logothetis, N. K., Pauls, J., Augath, M., Trinath, T. ve Oeltermann, A. (2001). Neurophysiological investigation of the basis of the fMRI signal. *Nature*, 412(6843), 150-157.

Maklan, S. (2012). EXQ: A multiple-item scale for assessing service experience. *Journal of Service Management*, 23(1), 5-33.

Godovykh, M. ve Pizam, A. (2023). Measuring patient experience in healthcare. *International Journal of Hospitality Management*, 112, 103405. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2022.103405>

McHugh, M. D., Aiken, L. H. ve Sloane, D. M. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397(10288), 1905-1913.

Ministry of Health. (2011). *Structure of the Ministry of Health*. Astana: Ministry of Health. <http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Rus/OMinisterstve/Struktura&v=ac6>

Mulcahy, L. ve Tritter, J. (1998). Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfaction and complaints. *Sociology of Health & Illness*, 20, 825-847.

Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A. ve Chatterjee, H. (2014). *Culture and health*. *Lancet*, 384(9954), 1607-1639.

- Nilsen, P. ve Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BioMed Central Health Services Research*, 19(1), 1-21.
- Noble, H. ve Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence-Based Nursing*, 22(3), 67-68.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2023). *Central de Resultats. Àmbit d'Atenció Hospitalària. Dades 2017-2022*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *Reviews of health systems: Kazakhstan*. Paris: OECD Publishing
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad: Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención*. <https://doi.org/10.37774/9789241565561>
- Otani, K. L. E., Wayne, F., Faulkner, K. M., Burroghs, T. E. ve Dunagan, W. C. (2009). Patient satisfaction: Focusing on excellent. *Journal of Healthcare Management*, 54(2), 93-104.
- Ozturk, H., Demirsoy, N., Sayligil, O. ve Florczak, K. L. (2020). Patients' perceptions of nursing care in a university hospital. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 12-18. <https://doi.org/10.1177/0894318419881798>
- Pai, Y. P. ve Chary, S. T. (2013). Assessing healthscapes – A comparison among inpatients and outpatients. *Review of Integrative Business and Economics Research*, 2(1), 521.
- Patel, S., Peacock, S. M., McKinley, R. K. ve Clark-Carter, D., Watson, P. J. (2009). GPs' perceptions of the service needs of South Asian people with chronic pain: A qualitative enquiry. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 909-918.
- Priebe, S., Sandhu, S. ve Dias, S. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BioMed Central Public Health*, 11(1), 187-187.
- Rawlinson, C., Carron, T. ve Cohidon, C. (2021). An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Barriers and facilitators. *International Journal of Integrated Care*, 21, 32.
- Reader, T. W., Gillespie, A. ve Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: A systematic review and coding taxonomy. *British Medical Journal Quality & Safety*, 23, 678-689.
- Reimer, A. ve Kuehn, R. (2005). The impact of servicescape on quality perception. *European Journal of Marketing*, 39(7/8), 785-808.

- Riestra Guiance, I., Wallace, L. ve Varga, K. (2024). Communication in the Intensive Care Unit (ICU): An unintended nocebo effect? *Journal of Patient Experience*, 11. <https://doi.org/10.1177/23743735241272148>
- Rosenbaum, M. S. ve Massiah, C. (2011). An expanded servicescape perspective. *Journal of Service Management*, 22(4), 471-490.
- Russell, C., Maraccini, A. ve Salmi, T. (2024). “Short, modern, smart”: Humanizing healthcare experiences through modernized feedback. *Journal of Patient Experience*, 11. <https://doi.org/10.1177/23743735241272168>
- Sterling, N. W., Brann, F., Frisch, S. O. ve Schrager, J. D. (2024). Patient-readable radiology report summaries generated via large language model: Safety and d alite. *Journal of Patient Experience*, 11. <https://doi.org/10.1177/23743735241259477>
- Sung, S. ve Park, H. A. (2019). Perceived cultural differences in healthcare for foreign patients visiting South Korea: Tool development and measurement. *BMC Health Services Research*, 19, 197. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3965-9>
- Syzdykova, A. ve Abubakirova, A. (2019). Kazakistan’da sağlık sektörü ve sağlık turizminin gelişimi için  neriler. *Uluslararası Turizm, İşletme, Ekonomi Dergisi*, 3(2), 88-96.
- Tucker, C. M., Roncoroni, J., Marsiske, M., Nghiem, K. N. ve Wall, W. (2014). Validation of a patient-centered, culturally sensitive, clinic environment inventory using a national sample of adult patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), 80-86. <https://doi.org/10.1177/1043659613504111>
- Vandan, N., Wong, J. Y. H. ve Fong, D. Y. T. (2018). Accessing health care: Experiences of South Asian ethnic minority women in Hong Kong.
- Vandan, N., Wong, J. Y. H., Gong, W. J., Yip, P. S. F. ve Fong, D. Y. T. (2020). Health system responsiveness in Hong Kong: A comparison between South Asian and Chinese patients’ experiences. *Public Health*, 182, 81-87.
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N. ve Adams, J. L. (2015). Do racial/ethnic disparities in quality and patient experience within Medicare plans generalize across measures and racial/ethnic groups? *Health Services Research*, 50(6), 1829-1849.
- Wilhelm, F. H. ve Grossman, P. (2010). Emotions beyond the laboratory: Theoretical fundamentals, study design, and analytic strategies for advanced ambulatory assessment. *Biological Psychology*, 84(3), 552-569.
- Wingfai, K. ve Thakshyanee, B. (2014). The relationship between ethnicity and the pain experience of cancer patients: A systematic review. *Indian Journal of Palliative Care*, 20(3), 194-200.
- Wiseman, T., Lucas, G. ve Sangha, A. (2015). Insights into the experiences of patients with cancer in London: Framework analysis of free-text data from the National Cancer Patient Experience Survey 2012/2013 from the two London Integrated Cancer Systems. *British Medical Journal Open*, 5(10), e007792.

Wolf, J. A. (2024). Looking back to move forward: The next decade and beyond for human experience. *Patient Experience Journal*, 11(1), 1-3.
<https://doi.org/10.35680/2372-0247.1942>



EKLER

EK 1. Picker Hasta Deneyimi Anketi

Boyut ve İfadeler	Puanlama
Bilgi ve Eğitim	
1. Önemli sorular sorduğunuzda doktorunuzdan anlayabileceğiniz cevaplar aldınız mı?	Evet, her zaman / Evet, bazen / Hayır / Soru sormama gerek yoktu
2. Önemli sorular sorduğunuzda hemşirenizden anlayabileceğiniz cevaplar aldınız mı?	Evet, her zaman / Evet, bazen / Hayır / Soru sormama gerek yoktu
Bakım Koordinasyonu	
3. Bazen bir hastanede bir doktor veya hemşire bir şey söylerken, bir diğeri tamamen farklı bir şey söyleyebiliyor. Bu sizin başınıza geldi mi?	Evet, sıklıkla / Evet, bazen / Hayır
Duygusal Konfor	
4. Hastalığınız veya tedaviniz hakkında herhangi bir endişeniz veya korkunuz olduğunda, bir doktorla bunları konuşabildiniz mi?	Evet, kesinlikle / Evet, bir dereceye kadar / Hayır / Hiçbir endişe veya korkum olmadı
5. Hastalığınız veya tedaviniz hakkında herhangi bir endişeniz veya korkunuz olduğunda, bir hemşireyle bunları konuşabildiniz mi?	Evet, kesinlikle / Evet, bir dereceye kadar / Hayır / Hiçbir endişe veya korkum olmadı
6. Endişeleriniz hakkında konuşabileceğiniz bir hastane personeli bulabildiniz mi?	Evet, kesinlikle / Evet, bir dereceye kadar / Hayır / Hiçbir endişe veya korkum olmadı
Hasta Tercihlerine Saygı	
7. Doktorlar sanki siz orada yokmuşsunuz gibi, hastalığınız ve tedavinizle ilgili önünüzde konuştular mı?	Evet, sıklıkla / Evet bazen / Hayır
8. Bakımınız ve tedaviniz hakkında alınan kararlara daha fazla dâhil olmak ister miydiniz?	Evet, kesinlikle / Evet, bir dereceye kadar / Hayır
9. Genel olarak, hastanedeyken size saygılı ve değerli davranıldığını hissettiniz mi?	Evet, her zaman / Evet, bazen / Hayır
Fiziksel Konfor	
10. Hiç ağrınız oldu mu?	Evet / Hayır
10 a. Evet ise... Hastane personelinin ağrınızı kontrol altına almak için ellerinden geleni yaptığını düşünüyor musunuz?	Evet, kesinlikle / Evet, bir dereceye kadar / Hayır
Aile ve Arkadaş Katılımı	
11. Aileniz veya bir arkadaşınız doktorla konuşmak istediğinde, bunu yapmak için yeterli imkânı oldu mu?	Evet, kesinlikle / Evet, bir dereceye kadar / Hayır / Ailem veya arkadaşlarım dâhil olmadı / Ailem veya arkadaşlarım

	bilgi istemedi veya bilgiye ihtiyaç duymadı
12. Doktorlar veya hemşireler, ailenize veya size yakın birine iyileşmenize yardımcı olabilecek tüm bilgileri verdiler mi?	Evet, kesinlikle / Evet, bir dereceye kadar / Hayır / Ailem veya arkadaşlarım dâhil olmadı / Ailem veya arkadaşlarım bilgi istemedi veya bilgiye ihtiyaç duymadı
<i>Süreklilik ve Geçiş</i>	
13. Doktor veya hemşire evde almanız gereken ilaçların kullanımını anlayabileceğiniz bir şekilde açıkladı mı?	Evet, tamamen / Evet, bir dereceye kadar / Hayır / Açıklamaya ihtiyacım olmadı / İlaç kullanmadım (15. soruya geçiniz)
14. Doktor veya hemşire size eve gittiğinizde dikkat etmeniz gereken ilaçların yan etkilerinden bahsetti mi?	Evet, tamamen / Evet, bir dereceye kadar / Hayır / Açıklamaya ihtiyaç duymadım
15. Eve gittikten sonra hastalığınız veya tedaviniz hakkında acil durumlarla ilgili size bilgi verildi mi?	Evet, tamamen / Evet, bir dereceye kadar / Hayır

EK 2. Etik Kurulu Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.11.2024-E.420795



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : E-61923333-050.99-420795
Konu : 76/05 Azhar ZHAİYYKKYZY

14.11.2024

Sayın Azhar ZHAİYYKKYZY

İlgi : 08.11.2024 tarihli ve E--050.99-0 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 13.11.2024 tarihli ve 76 sayılı toplantısında alınan "05" nolu karar ile Azhar ZHAİYYKKYZY'in başvurusu **uygun** görülmüş ve karar örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Selim İNANÇLI
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı

Ek: Karar Yazısı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSULVH1E5K Pin Kodu: 34562

Belge Takip Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5783&eD=BSULVH1E5K&eS=420795>

Adres: Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:

sakaryauiversitesi@hs01.kep.tr

Telefon No: 0264 295 50 00 Faks No: 0264 295 50 31

e-Posta: ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hanife Babacan

Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



EK 3. Karar Belgesi

KARAR

5. Azhar ZHAİYKKYZY'in “ Hasta Deneyiminin Değerlendirilmesi: Türkiye ve Kazakistan Karşılaştırması ” başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda Azhar ZHAİYKKYZY'in “ Hasta Deneyiminin Değerlendirilmesi: Türkiye ve Kazakistan Karşılaştırması ” başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Azhar ZHAIYKKYZY

ÖĞRENİM DURUMU

Öğrenim Derecesi	Öğrenim Yeri	Öğrenim Yılı
Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü/Sağlık Yönetimi	2022-2025
Tıpta Uzmanlık	S. J. Asfendiyarov Kazak Milli Tıp Üniversitesi	2016-2018
Lisans	S. J. Asfendiyarov Kazak Milli Tıp Üniversitesi	2011-2016

YABANCI DİL

İngilizce, Rusça

ESERLER

- Kırılmaz, H., Zhaiykyzy, A. ve Ametov, A. (2022). Kazakistan Cumhuriyeti sağlık bilgi ve iletişim teknolojilerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi Kitabı* içinde (ss. 34-45.) *International Journal of Social Sciences and Humanities (Ispec) Journal*.
- Kırılmaz, H. ve Zhaiykyzy, A. (2023). Otistik spectrum bozukluğu tanısı olan çocuklara sahip ebeveynlerin bilgi düzeyi. *Uluslararası Hukuk ve Sosyal Bilimler Sempozyumu*. Astana yayınları.
- Kırılmaz, H. ve Zhaiykyzy, A. (2023). Aile hekimlerinin otistik spektrum bozukluğu hakkında yeterlilik ve bilinç seviyesinin değerlendirilmesi: Kazakistan örneği. *Uluslararası Hukuk ve Sosyal Bilimler Sempozyumu*. Astana yayınları.
- Kırılmaz, H. ve Zhaiykyzy, A. (2024). Nöronal plastisite mekanizmalarında glial genetik aparatın rolü ve P53 ile gen regülasyonunda uzun vadeli sinaptik iletim transkripsiyon faktörü. (Yayın aşamasında).