

Sağlık hizmetlerinde algı yönetimi*

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Halen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık iletişiminin; hastalık önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve yaşam kalitesi de dahil olmak üzere, sağlık ve refahın hemen hemen her yönüyle ilgisi olduğu görülmektedir. Küreselleşmenin getirdiği zorluklar da göz önüne alındığında, sağlık iletişimi uzmanları sağlığın geliştirilmesi, koruma ve önleme çalışmalarında olduğu kadar tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde de insan davranışını anlamının politika ve hizmetler açısından bir ihtiyaç olduğunu bildirmektedir. İletişim, sağlık hizmetlerinin tam kalbinde ve beyindedir. Bilgi alışverişimizi, simgesel yeteneğimizi içermekte ve bir işlevi yerine getirmede başarımızın ana belirleyicilerinden biri olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan kadar hizmeti alanın da tutum ve davranışları önemli olduğundan, sağlık yöneticileri makro ve mikro planda her zaman hizmet verdiği kitleye/kişiye yönelik davranış geliştirme çabalarını da hizmetin önemli bir kısmı olarak görmektedir. Sağlık profesyoneli, hizmet verdiği kişilerin sağlık okuryazarlığını ve sağlıklı ilgili tutum ve davranışlarını profesyonel normları içinde doğru gördüğü yöne çekmeye çalışır. Bunu yapabilmesi için de sağlık iletişimi tekniklerinden yararlanmaktadır. Örneğin İngiltere'de NHS, her beş yılda bir hekimleri revalide ederken (yeniden geçerli kılar) hekimin yetkinliğini klinik, iletişim ve yönetim yetenekleri olmak üzere üç boyutta ele almaktadır. Birçok ülkede de sağlık profesyonelinin iletişim becerileri en az klinik becerileri kadar önemli sayılmaktadır.

Yirmi birinci yüzyılın sağlık hizmetlerini kendinden önceki bütün zamanların hizmetlerine göre farklı kılan en önemli özellik, onun hasta ve hizmet verilen birey odaklı hale gelmiş olmasıdır. Artık hizmet verdiğimiz kişilere de babacan (pederşahi, paternal) yaklaşım yerine karar sorumluluklarına ortak ettiğimiz birer paydaş gözüyle bakmamız gerekmektedir. Bunu yapabilmek için öncelikle hizmet verdiğimiz toplumun değerleriyle çatışma içine girmememiz, daha sonra da hizmetimizi alan ve alacak olanların sağlık okur yazarlığını yükseltmemiz gerekmektedir. Ancak her durumda kitlenin bir davranış değişikliği içine girmesini arzuluyoruz ve bu arzu net sınırlara kavuşturulduğunda "sağlığın geliştirilmesi", "toplumun güçlendirilmesi" vb. çerçevelerin içine alınmış olmaktadır.

Sağlık ve Hastalık Algısı ve Önemi

Klinikte görev yapan sağlık profesyonellerinin hastalarla, özellikle kronik hastalığı olan kişilerle iletişimi karşılıklı bilgi aktarımı, karar alma ve motivasyon açılarından kritik bir önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelinin iletişim becerisi büyük etkiler yapabilmektedir. Bu etkinin menzili hastanın hayatının artık kronik hastalıkla uyumunun derecesine bağlı olarak şekilleneceği dönemlerde onu destekleyip cesaretlendirerek olumlu ve uyumlu tutuma sokabilecek veya bütün motivasyonunu ortadan kaldıracak uçlara kadar uzanır. Akut durumlarda ise iletişimin kalitesi tıbbi hizmetin kalitesini belirleyecek kadar önem kazanır. Salgın durumlarında

ve sağlıklı yaşam stillerinin desteklenip sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında ise doğru mesajların oluşturulmasından başlayarak onun doğru kanallarla topluma ulaştırılması salgının akıbetini belirleyen olmaktadır.

Algı ve yönetiminin sağlık hizmetleri yönetimindeki önemi yalnızca hasta ve yakınlarıyla ilgili kısımdan kaynaklanmaz. Buna ek olarak tedarikçilerin, hizmeti sunanların, yöneticilerin vb. tarafların yanında hizmetin finansmanını sağlayan mercilerin algıları da işin içine karışır ve kompleks bir sonuç ortaya çıkar. Bu bölümde yalnızca hizmetin sunumu esnasındaki algı ve önemi ile sınırlı kalmıştır.

Leventhal'in bilişsel ortak akıl hastalık modeli, bireyin hastalığını algılaması ve hastalığa yanıt vermesine yönelik bireysel ve zihinsel kavramlar önermektedir. Burada, bilişsel ve duygusal başa çıkma stratejileri hastaların hastalık algısına dayanmakta ve kendi kendini düzenlemektedir. Hastalık davranışı, hastalıkla ilişkili semptomları algıladığı, değerlendirdiği ve buna göre hareket ettiği için hastanın sağlık durumunu ele almak için kavramsal modeldir. Hem hastalık algısı hem de hastalık davranışı kişisel hastalık yönetimini ve sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini yönetmemizde bize önemli katkılar sağlamaktadır. Özellikle kanser vb. hastalığı olanlarda sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi hastaların hastalıklarını algılama ve tepki verme şekline önemli ölçüde etkilenmektedir. Somut olarak, kanser hastalarının



hastalıklarını nasıl algıladıkları, kişisel başa çıkma stratejilerini ve tedaviye uyumlu veya uyumsuz olma durumlarını (hastalığın ve hastalık seyrinin kabulü veya reddilmesi) belirlemektedir. Tedavi/kişisel kontrol algısı belirli başa çıkma yolları ile ilişkili değildir, ancak hastalık üzerinde kişisel kontrole olan inançlar hipertansiyonlu vb. hastalarda terapötik rejimlere daha iyi uyum ile ilişkilidir. Bu nedenle, hastalık algısının tanınması uyumsuzluk gösteren hastaları tanımlamaya yardımcı olabilir ve hastaların öz kontrolünü destekleyerek tedaviye daha iyi uyum sağlayabilir. Profesyonel hasta eğitimi, hastaların baş etme stratejilerine yönelik eğitim vererek semptom kontrolünü ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi sağlamaktadır. Hastaların öz kontrolünü desteklemenin hastalık seyri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir. Doktorlar tarafından hastalara verilen bilgi, hastalığın gerçek şiddetini ve seyrini yanıtsız ancak demoralize etmemelidir. Hastaları bir kez daha yönetmenin ve desteklemenin bu ikili rolü, hastaların olumlu hastalık algılarını güçlendirmek için klinik psikologlarla iş birliği gibi disiplinler arası ekip çalışması, profesyonel psikolojik destek hastaların semptom kontrolü ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için duygusal ve bilişsel başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Hekim, hemşire gibi birebir hasta ile çalışan sağlık profesyonellerini psiko-eğitim konusunda eğitmek yararlı olabilir. Bu konuda bilinmesi gereken önemli bir husus daha vardır. Hastaların hastalık algıları tanınan sonuçlara yanıt olarak hızla değişmekte, böylece hastalık algısını terapötik başarıyı izlemek için bir araç olarak kullanma imkânı doğmaktadır.

Bu amaçla, klinik çalışmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bir zorunluluktur (1).

Toplumun eğitim düzeyi görece düşük ve kültürel olarak farklılık taşıyan kesimlerinde yaygın olarak görülen sağlık sorunları ve bunların nedenlerine yönelik algılarının anlaşılması, politika yapıcılarının bu topluluklara etkili entegre temel sağlık stratejileri tasarlamalarına yardımcı olabilir. Başarılı entegre temel sağlık hizmeti stratejileri için bu alanların üçünde de hastaların ihtiyaçlarını desteklemeye yönelik olmalıdır.

Gelişmekte olan ülkelerdeki nüfusun üçte birinden fazlasında, biyomedikal sağlık hizmetlerine erişim güçlükleri yaşanmaktadır. Fiziksel erişim engellerine ek olarak, biyomedikal sağlık hizmetlerinin güvenilirlik çerçevesinde kültürel engelleri de bulunmaktadır. Biyomedikal sağlık kurumları ve politikaları, kırsal sağlık hizmetlerinde, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, yerli sağlıksızlık inançlarının ve tıbbi bilginin oynadığı önemli rolü genellikle tanımamaktadır. Bu ülkelerin yerel kültür sahibi insanları genellikle Batılı eğitimli doktorların kendi ruhsal ve fiziksel kaygıları içerebilecek endişelerini giderecek donanıma sahip olmadığına inanmaktadırlar. Kötü sağlık inanç ve algıları sosyokültürel bağlamdan ve birçok toplumda, belirli sağlık sorunlarına yönelik en iyi yol olarak algılanmaları halinde yerli şifacıardan alternatif bir sağlık hizmeti oluşturabilir (2).

Çağımızın en önemli kronik hastalıkları arasında sayılan Tip 2 diyabetin insanlık tarihinin en büyük salgınlarından biri olduğu ve 21. yüzyılda insan sağlığına

Birçok ülkede de sağlık profesyonelinin iletişim becerileri en az klinik becerileri kadar önemli sayılmaktadır. Yirmi birinci yüzyılın sağlık hizmetlerini kendinden önceki bütün zamanların hizmetlerine göre farklı kılan en önemli özellik, onun hasta ve hizmet verilen birey odaklı hale gelmiş olmasıdır. Artık hizmet verdiğimiz kişilere de babacan yaklaşım yerine karar sorumluluklarına ortak ettiğimiz birer paydaş gözüyle bakmamız gerekmektedir.

yönelik büyük tehditlerden biri olduğu belirtilmektedir. Biyomedikal bilimlerde teknolojik atılımla diyabetli kişilerin yaşamlarını iyileştirmedeki muazzam başarıya rağmen, Tip 2 diyabetin yönetimi büyük ölçüde diyabetli olanlara aittir. Hastalığın yönetimi ağırlıklı olarak hastaların kendileri tarafından yapılması gereken uygulamaları içerir. Bunlar arasında sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz yapma, ilaç reçete edildiği gibi alınması, kan şekeri düzeyinin izlenmesi, düzenli klinik ziyaretleri ve stresin yönetilmesi yer almaktadır. Aslında hasta-

nın yapması gerekenlere bakıldığında bunların davranış gerektiren işlemler olduğu görülmektedir. Davranış değişikliği düzeyinde uyum ise hastalar açısından her zaman bir mesele olmuştur. Becker ve Maiman tarafından 1975'te geliştirilen sağlık inanç modeli (health belief model / HBM), diyabet yönetimi önerileri gibi kişisel bakım faaliyetlerini açıklamada yararlıdır ve hastalığın önlenmesi ile ilgili davranışlara odaklanmaktadır. HBM, bireyin davranışının, sağlığıyla ilgili belirli bir davranış hakkında karar verirken, bireyin düşünebileceği belirli konulara (algılanabilir duyarlılık, algılanan şiddet, algılanan faydalar ve algılanan engeller) dayalı olarak tahmin edilebileceğini belirtmektedir. Sağlık inancının algılanan duyarlılığı, özellikle komplikasyonlar hakkındaki bilginin gerekli önleyici tedbirlerin alınmasında etken olabileceğine odaklanılmaktadır (3).

Sağlıkla ilgili algı ve bu algıya dayanan sağlık aram davranışları konusuna iyi bir örnek olarak çocukların ateşi konusunda annelerin algısı verilmektedir. Ateş, çocuk polikliniğine ve genel sağlık hizmeti polikliniğine başvurularında şikayetlerin %70'ini oluşturan çok yaygın bir belirtidir. Çocuklarda ateşle ilgili birçok yanlış algı, 1980'de küresel olarak bilinen yüksek ebeveyn kaygısına yol açmıştır. Barton Schmitt ateşle ilgili ebeveyn endişelerini ve kaygılarını tanımlamış, bunu "ateş fobisi" olarak adlandırmıştır. Ateş fobisi, anne-babaların ve bakıcıların ateşi agresif bir şekilde yönetmelerine ve bazen çocukları tedavi etmek için yanlış ateş düşürücü ilaç kullanımına yol açar. Anne-babalar ateşin nedeni ve çocuklarının sağlığı üzerindeki etkisi hakkında bilgi eksikliği taşımakta, yanlış algı geliştirmekte ve kaygı duymaktadır (4).

Aynı durumu ve kaygıyı anne-babalarda çocuklarının ishali konusunda da görürüz. Dünya çapında ishal, her yıl 2 milyon çocuğun hayatını elinden almakta ve bunların %22'si Sahra-altı Afrika ülkelerinde gerçekleşmektedir. İshal morbiditesinin yükü, su kalitesi ve sanitasyonun ve genel yaşam koşullarının kötü kaldığı gelişmekte olan ülkelerde büyük ölçüde hakimdir. Gelişmekte olan birçok ülkede, ishal dönemlerinin çoğu evde tedavi edilmektedir ve anneler beş yaşın altındaki çocuklara kilit bakıcıdır. Çocuğa verilen yiyeceklerin türü ve hastalığın genel yönetimi hak-

kında karar verenlerdir. Bu nedenle, bu yaygın hastalık hakkındaki bilgileri kritik derecede önemlidir. İshalin bilinmesi ve algılanması ile hastalığın önlenmesi ve/veya yönetilmesi için bireysel ve hane halkı eylemleri, ishale bağlı hastalık ve ölümlerin azaltılmasında büyük önem taşımaktadır. Öte yandan, annelerin ishalin nedeni hakkındaki zayıf bilgi ve tutumları, uygun zamanında harekete geçmelerini kısıtlayabilir. Anne eğitimi, tehlike işaretlerini tanımlama ve hastalığın ciddiyeti gibi faktörler, diyare hastalıklarının tedavisinde sağlıklı uygulamaları destekleyebilir (5).

Sağlık hizmetlerinin her kademesinde ve aşamasında, her hastalık durumu veya sağlık durumu için hizmeti veren bütün ekibin işbirliğindeki etkililiğin artması için de algı yönetiminin hayati bir önemi vardır. Bu demektir ki, sağlık profesyonelleri birbirleriyle elbirliği veya konsültasyon ilişkileri içindeyken takımın diğer görevlilerinin algılarını da yanlışlık oluşmaması için yönetmek zorundadır.

Yirmibirinci yüzyılda hizmet verdiğimiz kişilerle paydaşlık ilişkisi isterken bir yandan da onların bu paydaşlığı istenilen düzeyde yürütebilmesi açısından sağlık okuryazarlığı yükseltmek zorundayız. Bu açıdan da sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesi, sağlığa risk oluşturan etkenlerden kaçınılması ve çevre ve toplumsal yaşamın tam iyilik haline uygun tanzim edilmesi için yine algı yönetimini ustalikle yapmak durumundayız.

Hizmetler açısından kritik bir nokta ise akıl ve ruh sağlığı alanında verilen hizmetlerde algının ustalikle yönetilmesi meselesidir. Bu açıdan psikolog ve psikiyatristlerin algı yönetimi konusunda zaten uzmanlıkları olduğu halde bile, algı yönetimine olan özenlerinin bir an bile eksilmeden sürmesi çok önem taşır.

Sağlık hizmetlerinde algı yönetiminin önemli bir boyutunu da sağlık endüstrisi içinde ele almak gerekmektedir. Özellikle özel sektör girişimleri kapsamında faaliyet gösteren sağlık hizmet kuruluşları açısından algı yönetiminin hayati bir önemi bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Algısı İlişkisi

Yirmi birinci yüzyıl anlayışıyla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde hizmetin kalitesini hastanın ve yakınlarının algı-

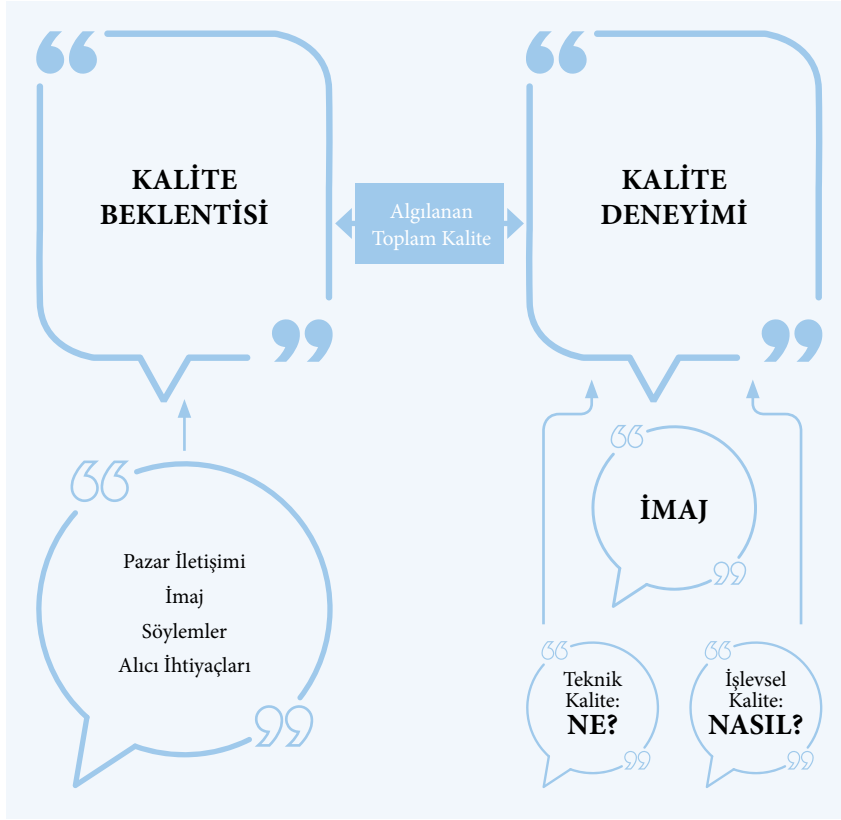
ları önemli bir konu olarak görülmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi profesyonel yaklaşım ve standartlara göre olduğu kadar, hizmeti kullananlara göre de ele alınmalıdır. Sağlık kuruluşu kâr amacı güden, finansal rekabet ortamında ayakta kalmak zorunda olan özel girişim kuruluşu ise hasta ve yakınlarının algılarının rekabet açısından da kritik önemi bulunmaktadır. İmaj oluşturmak ve rekabet avantajlarını sürdürmek için sürekli olarak profesyonel standartlara göre kalite yanında, hedef kitlesinin algıladığı anlamda kaliteyi de sağlayarak hizmet sunmak gerekmektedir. Hastaların alınan bakımla ilgili algılarının bakım kalitesine katkıda bulunduğu bulunmuştur (6).

Hem akciğer kanseri olan hastaların hem de ailelerinin görüşlerini, sunulan bakımın kalitesi ile karşılaştırmak hastaların ve aile üyelerinin bakımın farklı yönlerinin önemine ilişkin puanları arasında bir fark olduğu, aile üyelerinin hemşirelik bakımını hastalardan daha fazla önemsedikleri bulunmuştur (7).

Bu çalışmanın bulgularına benzer sonuçlar Hong Kong'da, birinci basamak kliniklerinde yapılan nitel bir çalışmada elde edilmiştir. Yazarlar, hastaların doktor bakım kalitesini ölçmek için hem konsültasyon sürecini hem de tedavi sonuçlarını algıladığını bulmuşlardır. Hemşirelerdeki ve hastaların görüşlerindeki bu farklılık literatürde ortaya çıkmaya devam etmiştir (8).

Hastanın sağlık hizmeti deneyimiyle ilgili boyutlarını tanımlamak için çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Hastanın kalite perspektifi, arzu ettikleri sağlık sonuçlarını, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile ilişkilerini, sağlık hizmeti sağlayıcılarının nitelikleri ve performansını ve sağlık hizmetlerine erişim ve seçimini içerebilir (9).

Kronik hastalık yönetimi ve hasta merkezli sağlık kavramını araştıran Amerikan Tıp Enstitüsü (IoM) sağlık profesyonelleri ve hastalar açısından hasta merkezli kaliteli sağlık bakımını yansıtan dokuz temel boyut belirlemiştir. Bunlar hasta değerlerine saygı, hasta tercihlerine ve ifade edilen ihtiyaçlara özen, bakımın koordinasyonu ve entegrasyonu, bilgi iletişim ve eğitim, fiziksel rahatlık, duygusal destek, ailenin ve arkadaşların katılımı, süreklilik, bakıma



Şekil 1: Toplam Algılanan Kalite. (Grönroos, 1990, 41)

erişimdir (10). Yalnızca hizmet verilen kişi (hasta veya sağlam olabilir) değil aynı zamanda onun yakın çevresinin de işin içine katıldığı dikkate alınırsa sağlık hizmetlerini sunarken algı yönetiminde kimlerin bizim hedefimiz olduğu da ortaya çıkmaktadır.

Hizmet kalitesi bir ürün veya ürünü içeren bir faaliyet olarak tanımlanır ve hizmetin kendisiyle birlikte hizmetten sonra tatmin olmanın veya olmamanın sonucu olarak ortaya çıkar. Böylelikle kalite, hizmeti alan kişinin algılaması olarak kabul edilir ve hizmeti kullanan kişilerin ihtiyaçlarını, isteklerini ve beklentilerini karşılayıp karşılamadığına bağlı sayılmaktadır. Hizmet kalitesi, hizmetin kullanıcı beklentilerini ne ölçüde karşıladığının toplam değerlendirilmesi olarak görülmektedir (11).

Özünde hizmet kalitesi hizmeti veren ve alan açısından aynı olması gerekirken araya algılar girdiğinden farklılıklar oluşmaktadır. Hizmet, kullanıcılar için hizmet kalitesinin istenen ve ihtiyaç duyulanı ile gerçek hizmet arasındaki farktır. Böylece kalite düşüklüğünün derecesi beklenen ile algılanan arasındaki fark olarak ortaya çıkar. Hizmetlerin yönetilmesinde hizmet kullanıcılarının beklentilerinin yönetilmesi de en az algıların yönetilmesi kadar önem kazanmaktadır. Etkili bir strateji için hem beklentileri

hem de algıları belirleyen unsurları iyice anlamak yerinde olacaktır.

Şekil 1’de bunu gösteren bir model verilmiştir. Kişinin hizmet alma durumunda beklentisini pazarlama kapsamındaki iletişim faaliyetleri, ortaya çıkarılan imaj, söylemler ve bunların çağrıştırdıkları yanında alıcının ihtiyaçları belirlemektedir. Gerçekte olanı algılamak kişi ne yapıldı ve nasıl yapıldı sorularına kendi içinde verdiği cevaplarla bir değer (imaj) belirler. Bu değerlemede sonucu ile ortaya çıkmış bulunan beklenti ne denli uyuyorsa o kadar memnuniyet ortaya çıkar. Grönroos buna algılanan toplam kalite demektedir.

Kalite beklentisini oluşturan dış faktörler pazarlama kampanyaları ve programları aracılığıyla hizmet sunucudan alıcıya dış iletişimden kaynaklanmakta, imaj sosyal platform iletişimi de dahil olmak üzere sözcükten ağza iletişim yoluyla oluşturulmakta ve son olarak kişinin ihtiyaçları ile tamamlanmaktadır (12).

Sonuç

Sağlık hizmetlerinde tek doğru ve tek uygulama yoktur. Tanı koymada, şikayet ve bulguları değerlendirmede kesinlik olmadığı gibi hastalığa kesin tanı konulsa bile bunun tedavi ve bakımı uygulamalarında da tek çözümden fazla

seçenek her zaman karşımızdadır. Bu durumda farklılıkların açıklanması dahil her uygulama ve işlemimizde başta kendi ekip arkadaşlarımız ve yöneticilerimiz olmak üzere, hasta ve yakınlarının da algılarını hiçbir zaman göz ardı etmeden hizmeti sunmalı ve iletişim çerçevesindeki faaliyetlerimizi de asli mesleki uygulamalarımızın bir parçası saymalıyız.

* Baskı sürecinde olan “Sağlık İletişimi” kitabındaki ilgili bölümden kısaltılmıştır.

Kaynaklar

1) Porkert S., Lehner-Baumgartner E., Valencak J., et al. (2018). Patients’ Illness Perception as a Tool to Improve Individual Disease Management in Primary Cutaneous Lymphomas, *Acta Derm Venereol* 2018; 98: 240–245.

2) Kahissay M., Teferi G., et al. (2017). Beliefs and Perception of Ill-health Causation: A Socio-cultural Qualitative Study in rural North-Eastern Ethiopia, *BMC Public Health* (2017) 17:124 DOI 10.1186/s12889-017-4052-y.

3) Adejoh S. O., (2014). Diabetes Knowledge, Health Belief, and Diabetes Management Among the Igala, Nigeria, *SAGE April-June 2014 Open: 1–8, DOI: 10.1177 / 2158244014539966.*

4) Eberechukwu L., Aderonke S. O., (2019). Perception and Management of Fever in Children, by Mothers in Port Harcourt Nigeria *Yaguo Ide, International Journal of Tropical Disease and Health* 36(4): 1-8, 2019; Article no.IJTDH.49599 ISSN: 2278–1005, NLM ID: 101632866 .

5) Merga N., Alemayehu T., (2015) Knowledge, Perception, and Management Skills of Mothers with Under-five Children about Diarrhoeal Disease in Indigenous and Resettlement Communities in Assosa District, Western Ethiopia, *J Health Popul Nutr* 2015 March; 33 (1): 20-30 ISSN 1606-0997.

6) Al-Hussami M., Al-Momani M., Hammad S. et al. (2017). Patients’ perception of the quality of nursing care and related hospital services, *Health and Primary Care, Health Prim Car*, 2017, doi: 10.15761/HPC.1000110 Volume 1(2): 1-6, ISSN: 2515-107X.

7) Henoç I, Lovgren M, Wilde-Larsson B, Tishelman C. (2011). Perception of Quality of Care: Comparison of the Views of Patients’ with Lung Cancer and their Family Members. *Journal of Clinical Nursing* 21: 585–594.

8) Fung C., Mercer S. (2009) A Qualitative Study of Patients’ Views on Quality of Primary Care Consultations in Hong Kong and Comparison with the UK Care Measure. *Family Practice* 10: 10.

9) Measuring Patient Perceptions of Quality in Health Care: A Structured Review to Inform Service Delivery for Chronic Disease, <https://phi.uhce.ox.ac.uk/pdf/ChronicConditions/ch11.pdf>. (Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020).

10) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21 st Century*, Institute of Medicine, 2001.

11) Lacle R., (2013). *Management Perception of Service Quality in the Hospitality Industry*, Bachelour’s Thesis, Haaga-Heila University of Applied Sciences, 2013.

12) Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing Moments of Truth in Service Competition*. Lexington Books. Massachusetts.